

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000032

UNIDAD EJECUTORA : 001 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001235

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Ítem N.-	Descripción del Ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
08.02.03 - Equipo Funcional De Nutricion								
06/02/2025	0000000283	070500030005	SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN NUTRICION	Servicio	0.00	0.00	0.00	6,450.00
06/02/2025	0000000283	070500030401	SERVICIO DE EVALUACION NUTRICIONAL Y DISEÑO DE DIETAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	21,000.00
06/02/2025	0000000283	070500030743	SERVICIO DE ASISTENCIA EN NUTRICION	Servicio	0.00	0.00	0.00	103,550.00
06/02/2025	0000000283	890200030005	ZAPATO DE CUERO TIPO MOCASIN PARA DAMA	Par	0.00	0.00	50.00	0.00
06/02/2025	0000000283	890200030024	ZAPATO DE CUERO TIPO MOCASIN PARA CABALLERO COLOR BLANCO	Par	0.00	0.00	25.00	0.00
08.05 - Departamento De Farmacia								
06/02/2025	0000000284	495700742422	CIRCUITO COAXIAL DESCARTABLE ADULTO CON BOLSA 3 L Y LINEA DE CO2	Unidad	0.00	0.00	5,500.00	0.00
10.05.01 - Medicina Critica								
06/02/2025	0000000276	071100400048	SERVICIO DE ATENCION ESPECIALIZADA EN EMERGENCIAS	Servicio	0.00	0.00	0.00	21,000.00

1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público u organización de la entidad.

2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.

3/ El campo de "cantidad total" se completa solo en el caso de bienes.

4/ La presente información tiene carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación de la Entidad del Sector Público u organización de la entidad, se suscribe:



Firmado digitalmente por ARAUJO
VALENTIN Edwin Jose FAU
20514964778 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 17.02.2025 16:28:24 -05:00

Firma 1: Responsable del Área involucrada en la gestión de la CAP

Firma 2: Titular de la Entidad u Organización de la entidad, o a quien se hubiera delegado dicha facultad