

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000044

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/
08.03.06 - Unidad Funcional De Citopatología								
10/02/2025	0000000315	717200050227	PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4	Emp X 500	0.00	0.00	20.00	0.00
12.01 - Departamento De Enfermería								
13/02/2025	0000000364	475100016061	FORMATO DE EVOLUCION	Ciento	1,200.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100016475	FORMATO RECETA UNICA ESTANDARIZADA AUTOCOPIATIVO (ORIGINAL + 2 COPIAS) BLOCK X 50 JU	Unidad	1,440.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100016650	FORMATO SERVICIO DE MICROBIOLOGIA	Millar	210.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100016736	FORMATO INDICACIONES MEDICAS BLOCK X 100	Unidad	111.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100016781	FORMATO HOJA GRAFICA DE CONTROL VITAL IMPRESO POR AMBOS LADOS	Unidad	2,400.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100016859	FORMATO ENDOSCOPIA Y CIRUGIA MENOR HOJA DE ATENCION DE ENFERMERIA	Millar	120.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100016875	FORMATO SOLICITUD DE EXAMEN PATOLOGIA - ANATOMIA PATOLOGICA	Millar	600.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100016888	FORMATO DE LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA	Ciento	1,500.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100017093	FORMATO RECETA UNICA ESTANDARIZADA BLOCK X 100 JUEGOS	Unidad	45.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100017257	FORMATO DE EVALUACION PRE ANESTESICA (CENTRO QUIRURGICO)	Unidad	11,708.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100017300	FORMATO DE PAPELETA DE HOSPITALIZACION	Unidad	30.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100017333	FORMATO PASE PARA FAMILIARES DE PACIENTES	Ciento	132.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100017337	FORMATO SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE BLOCK X 100 HOJAS	Unidad	105.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100017426	FORMATO SOLICITUD TRANSFUSIONAL DE SANGRE BLOCK X 100 HOJAS	Unidad	18,024.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100017548	FORMATO DE CITAS DE PACIENTES	Ciento	66.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100017584	FORMATO INTERCONSULTA BLOCK X 100 HOJAS	Unidad	240.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100017599	FORMATO HOJA DE RECETARIO BLOCK X 100 HOJAS	Unidad	30.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100017734	FORMATO PEDIDO COMPROBANTE DE SALIDA BLOCK X 100 HOJAS	Unidad	2,301.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100018073	FORMATO IDENTIFICACION DEL CADAVER	Ciento	3.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100018240	FORMATO HOJA DE EVALUACION ANESTESIOLOGIA PRE-OPERATORIO	Ciento	5.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100018283	FORMATO SOLICITUD DE CONSULTA O INTERCONSULTA	Ciento	480.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100018866	FORMATO RESULTADOS HEMATOLOGICO - BIOQUIMICO	Ciento	456.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100018871	FORMATO ENTREGA / RECEPCION DE MATERIALES REPROCESADOS	Ciento	1,215.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100019122	FORMATO REPORTE DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (AMARILLO)	Unidad	1,752.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100019215	FORMATO HOJA REPORTE DE REACCION ADVERSA TRANSFUSIONAL	Ciento	3.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100019416	FORMATO RESULTADO DE PATOLOGIA - INMUNOHISTOQUIMICA - HISTOQUIMICA	Ciento	174.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100019778	FORMATO NOTA DE EVOLUCION - INGRESO	Ciento	3.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100019779	FORMATO ANALISIS DE HEMATOLOGIA ESPECIAL BLOCK X 100 HOJAS	Unidad	300.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100019793	FORMATO CONTROL EXCRETAS DE ENFERMERIA	Ciento	369.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	0000000364	475100019831	FORMATO NOTA DE DEFUNCION	Ciento	6.00	0.00	0.00	0.00

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000044

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/
12.01 - Departamento De Enfermería								
13/02/2025	000000364	475100019837	FORMATO PAPELETA SALIDA DE PACIENTES BLOCK X 100 HOJAS	Unidad	3,840.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	000000364	475100019840	FORMATO PARTE DIARIO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS PARA ESTADISITICA	Ciento	270.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	000000364	475100019854	FORMATO REGISTRO DIARIO PACIENTES HOSPITALIZADOS A-B-C	Ciento	45.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	000000364	475100019861	FORMATO SOLICITUD CITOSTATICOS POR PACIENTE	Ciento	1,080.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	000000364	475100019864	FORMATO SOLICITUD RECONSTRUCCION CITOSTATICOS BLOCK X 100 HOJAS	Unidad	60.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	000000364	475100019867	FORMATO TEMPERATURA	Ciento	900.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	000000364	475100019868	FORMATO TERAPEUTICA	Ciento	545.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	000000364	475100019872	FORMATO INFORME ALTA N° 26	Ciento	45.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	000000364	475100019874	FORMATO INSUMOS ENFERMERIA BLOCK X 100 HOJAS	Unidad	30.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	000000364	475100019877	FORMATO MATERIALES REPROCESADOS BLOCK X 100 HOJAS	Unidad	300.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	000000364	475100019890	FORMATO EXONERACION DE RESPONSABILIDAD POR ALTA VOLUNTARIA	Ciento	3.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	000000364	475100019894	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO MEDICO DEL CANCER	Ciento	150.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	000000364	475100019897	FORMATO CONTROLES VITALES.	Ciento	11,805.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	000000364	475100019898	FORMATO NOTA DE ENFERMERIA.	Ciento	49,745.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	000000364	475100050146	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	Ciento	750.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	000000364	710600010015	ARCHIVADOR DE CARTON CON PALANCA LOMO ANGOSTO TAMAÑO OFICIO	Unidad	90.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	000000364	716000010001	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA LIQUIDA PUNTA FINA COLOR NEGRO	Unidad	100.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	000000364	716000010002	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA LIQUIDA PUNTA FINA COLOR ROJO	Unidad	160.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	000000364	716000010022	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA LIQUIDA PUNTA FINA COLOR AZUL	Unidad	160.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	000000364	716000010187	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR ROJO	Unidad	1,900.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	000000364	716000010208	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR AZUL	Unidad	3,000.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	000000364	716000010209	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR NEGRO	Unidad	500.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	000000364	716000060378	PLUMON PARA PIZARRA ACRILICA PUNTA GRUESA	Unidad	1,500.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	000000364	716000060379	PLUMON PARA PIZARRA ACRILICA PUNTA MEDIANA	Unidad	1,200.00	0.00	0.00	0.00
13/02/2025	000000364	716000060405	PLUMON PARA PIZARRA ACRILICA PUNTA GRUESA COLOR ROJO	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
13/02/2025	000000364	716000060421	PLUMON PARA PIZARRA ACRILICA PUNTA GRUESA COLOR AZUL	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
13/02/2025	000000364	716000060423	PLUMON PARA PIZARRA ACRILICA PUNTA GRUESA COLOR NEGRO	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000044

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/
12.01 - Departamento De Enfermería								
13/02/2025	0000000364	717200050227	PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4	Emp X 500	0.00	0.00	449.00	0.00

- 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: 19.02.2025 19:04:06 -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