

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000048

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/
02.02 - Oficina De Comunicaciones								
14/02/2025	0000000376	040100010008	SERVICIO DE COFFEE BREAK	Servicio	0.00	0.00	0.00	1.00
08.03.05 - Equipo Funcional De Genética Y Biología Molecular								
14/02/2025	0000000377	358600094269	KIT SONDA PARA AMPLIFICACION GEN HER2/NEU MEDIANTE FISH X 1 DETERMINACION	Unidad	0.00	0.00	40.00	0.00
08.03.08.07 - Toma De Muestras								
12/02/2025	0000000352	495700780012	AGUJA MULTIPLE PARA EXTRACCION DE SANGRE AL VACIO 21 G X 1 in	Unidad	0.00	0.00	80,000.00	0.00
12/02/2025	0000000352	511000260059	TUBO PARA EXTRACCION DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO DE 3 mL CON E	Unidad	0.00	0.00	150,000.00	0.00
12/02/2025	0000000353	495700780012	AGUJA MULTIPLE PARA EXTRACCION DE SANGRE AL VACIO 21 G X 1 in	Unidad	80,000.00	0.00	0.00	0.00
12/02/2025	0000000353	511000260059	TUBO PARA EXTRACCION DE SANGRE CON SISTEMA DE VACIO DE POLIPROPILENO DE 3 mL CON E	Unidad	150,000.00	0.00	0.00	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: 20.02.2025 07:21:45 -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