

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000092

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/
08.03.09 - Unidad Funcional De Banco De Sangre Y Medicina Transfusional								
10/03/2025	000000673	358600090972	ANTICUERPO HEPATITIS C	Det	0.00	0.00	40,800.00	0.00
10/03/2025	000000673	358600091955	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE METODO QUIMIOLUMINISCENCIA	Det	0.00	0.00	40,800.00	0.00
10/03/2025	000000673	358600092650	ANTICUERPO ANTI HTLV I-II METODO QUIMIOLUMINISCENCIA	Det	0.00	0.00	40,800.00	0.00
10/03/2025	000000673	358600092799	KIT HEPATITIS B ANTICUERPO ANTI CORE TOTAL METODO QUIMIOLUMINISCENCIA X 100 DETERMIN.Unidad		0.00	0.00	408.00	0.00
10/03/2025	000000673	358600092970	ANTIGENO ANTICUERPO VIH QUIMIOLUMINISCENCIA	Det	0.00	0.00	40,800.00	0.00
10/03/2025	000000673	358600092971	ANTICUERPO ANTI TRYPANOSOMA CRUZI (CHAGAS) IgG METODO QUIMIOLUMINISCENCIA	Det	0.00	0.00	40,800.00	0.00
10/03/2025	000000673	358600092972	ANTICUERPO ANTI TREPONEMA PALLIDUM TOTAL METODO QUIMIOLUMINISCENCIA	Det	0.00	0.00	40,800.00	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: 11.03.2025 20:29:35 -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