

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000033

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/
06.05.03 - Unidad Funcional De Mantenimiento E Equipamiento Medico								
06/02/2025	0000000279	493700141323	TARJETA ELECTRONICA INTEGRADA PARA EQUIPO BIOMEDICO	Unidad	0.00	0.00	8.00	0.00
06/02/2025	0000000279	493700141655	MANGUERA COMPLETA PARA INSUFLADOR DE CO2	Metro	0.00	0.00	4.00	0.00
06/02/2025	0000000279	493700143149	PISTON DE GAS 160 N PARA TAPA DE CENTRIFUGA	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
06/02/2025	0000000279	493700143650	DISPOSITIVO PARA AJUSTE DE CUCHILLA PARA MICROTOMO DE ACERO INOXIDABLE	Unidad	0.00	0.00	3.00	0.00
06/02/2025	0000000279	493700144213	PANTALLA TACTIL PARA MONITOR MULTIPARAMETRO	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
06/02/2025	0000000279	495700320061	HISOPO DE ALGODON CON MANGO DE MADERA 6 in X 100	Unidad	0.00	0.00	2.00	0.00
06/02/2025	0000000279	967800050439	VALVULA DE BRONCE DE SEGURIDAD DE 40 a 60 PSI 3/4 in	Unidad	0.00	0.00	2.00	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: 17.02.2025 16:28:34 -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