

## ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000060

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/
<b>09.10.02 - Sala De Operaciones</b>								
13/02/2025	0000000369	493700143153	ABRAZADERA RADIAL PARA MESA DE OPERACIONES	Unidad	0.00	0.00	2.00	0.00
17/02/2025	0000000393	532297720001	TORNIQUETE NEUMATICO	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
17/02/2025	0000000394	536432870001	COCHE METALICO PARA TRANSP. MATERIAL QUIRURGICO	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
17/02/2025	0000000394	536444290001	COCHE TRANSPORTADOR DE BALON DE OXIGENO	Unidad	0.00	0.00	5.00	0.00
17/02/2025	0000000398	495100130622	SIERRA GIGLI 50 cm	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00
<b>10.03.02 - Hospitalizacion Oncologia Pediatrica</b>								
14/02/2025	0000000386	716000060378	PLUMON PARA PIZARRA ACRILICA PUNTA GRUESA	Unidad	50.00	0.00	0.00	0.00
14/02/2025	0000000386	716000060405	PLUMON PARA PIZARRA ACRILICA PUNTA GRUESA COLOR ROJO	Unidad	0.00	0.00	30.00	0.00
14/02/2025	0000000386	716000060421	PLUMON PARA PIZARRA ACRILICA PUNTA GRUESA COLOR AZUL	Unidad	0.00	0.00	50.00	0.00
14/02/2025	0000000386	716000060423	PLUMON PARA PIZARRA ACRILICA PUNTA GRUESA COLOR NEGRO	Unidad	0.00	0.00	50.00	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 11:39:17 -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