

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000019

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/
06.03 - Oficina De Logística								
30/01/2025	0000000168	850500060006	SEGUROS DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES	Servicio	0.00	0.00	0.00	871,966.00
06.05.04 - Unidad Funcional De Servicios Generales								
30/01/2025	0000000157	899600020180	CAMISA DE POLIPIMA MANGA CORTA	Unidad	0.00	0.00	28.00	0.00
30/01/2025	0000000157	899600020181	CAMISA DE POLIPIMA MANGA LARGA	Unidad	0.00	0.00	28.00	0.00
30/01/2025	0000000157	899600070318	CHALECO DE DRIL UNISEX	Unidad	0.00	0.00	28.00	0.00
08.03.02 - Unidad Funcional De Patología Quirúrgica								
28/01/2025	0000000121	351000023198	ACIDO NITRICO P.A. 65% X 2.5 L	Unidad	0.00	0.00	6.00	0.00
08.05 - Departamento De Farmacia								
30/01/2025	0000000159	496900221625	PLACA DE OSTEOSINTESIS PARA TIBIA LATERAL PROXIMAL CON SISTEMA PARA TORNILLOS DE BLC	Unidad	0.00	0.00	2.00	0.00
30/01/2025	0000000159	496900360447	PROTESIS DE RESECCION MODULAR FEMORAL NO CEMENTADA CON ARTICULACION DE RODILLA I	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00
30/01/2025	0000000159	582601450001	DARATUMUMAB 20mg/mL INY 5 mL	Unidad	0.00	0.00	90.00	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: 05.02.2025 18:45:56 -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