

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000100

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/
06.05.04 - Unidad Funcional De Servicios Generales								
14/03/2025	0000000735	840500010012	SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA	Servicio	0,00	0,00	0,00	4,526,307,00
08.03.09 - Unidad Funcional De Banco De Sangre Y Medicina Transfusional								
17/03/2025	0000000742	354700010248	PRUEBA RAPIDA CROMATOGRAFICA PARA GRUPO SANGUINEO	Det	0,00	0,00	5,600,00	0,00
10.05.02 - Servicio Medico De Emergencia								
17/03/2025	0000000749	642900021346	CORTINA DE VINILO CON RECUBRIMIENTO ANTIBACTERIANO 2.25 m X 2.70 m	Unidad	0,00	0,00	1,00	0,00
17/03/2025	0000000749	642900027277	CORTINA DE VINILO CON RECUBRIMIENTO ANTIBACTERIANO 2.25 m X 3.95 m	Unidad	0,00	0,00	11,00	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: 18.03.2025 08:13:42 -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