

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000205

UNIDAD EJECUTORA : 402 REGION LORETO-SALUD HOSPITAL DE APOYO IQUITOS

NRO. IDENTIFICACIÓN : 000872

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES				
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN		
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	
012003 - Servicio De Farmacia									
22/04/2024	0000000323	580600040004	ALBENDAZOL 100 MG/5 ML SUS 20 ML	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00	
22/04/2024	0000000323	580700090007	AMPICILINA SODICA 1 G INY	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00	
22/04/2024	0000000323	580800180003	CEFALEXINA 500 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	4,000.00	0.00	
22/04/2024	0000000323	581000080007	AZITROMICINA 500 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	800.00	0.00	
22/04/2024	0000000323	581400130004	CIPROFLOXACINO (COMO CLORHIDRATO) 500 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00	
22/04/2024	0000000323	582800240001	ACIDO FOLICO + FERROSO SULFATO HEPTAHIDRATO 400 µg + 60 mg Fe TAB	Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00	
22/04/2024	0000000323	583000110002	DILTIAZEM CLORHIDRATO 60 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	800.00	0.00	
22/04/2024	0000000323	583100330002	ENALAPRIL MALEATO 20 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	4,500.00	0.00	
22/04/2024	0000000323	583100330004	ENALAPRIL MALEATO 10 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	7,000.00	0.00	
22/04/2024	0000000323	583800750001	DIMENHIDRINATO 50 MG INY 5 ML	Unidad	0.00	0.00	1,500.00	0.00	
22/04/2024	0000000323	585100070011	DEXTROSA 5 g/100 mL (5 %) INY 1 L	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00	
22/04/2024	0000000323	585100070013	DEXTROSA 10 g/100 mL (10 %) INY 1 L	Unidad	0.00	0.00	350.00	0.00	
22/04/2024	0000000323	586600290003	ALCOHOL ETÍLICO (ETANOL) 70° SOL 1 L	Unidad	0.00	0.00	100.00	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:

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"

J. J. J.
LIC. ADM. JESUS DEL CARMEN ATAC NUNEZ
Jefe de la Unidad de Logística

Firma 1: Responsable del Área involucrada en la gestión de la CAP

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"

M.C. Carlos Alberto Coral Gonzales
M.C. CARLOS ALBERTO CORAL GONZALES
Director Ejecutivo (e)
CAP N° 000488

Firma 2: Titular de la Entidad u Organización de la entidad, o a quien se hubiera delegado dicha facultad