

APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000024

UNIDAD EJECUTORA : 402 REGION LORETO-SALUD HOSPITAL DE APOYO IQUITOS
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000872

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/
29/01/2026	0000000084	495700070005	ALGODÓN HIDRÓFILO X 500 g	Unidad	0.00	0.00	20.00	0.00
29/01/2026	0000000084	495700270035	GASA QUIRURGICA 1 YD X 100 YD	Unidad	0.00	0.00	17.00	0.00

01.22 - Departamento De Farmacia - Despacho

- 1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público.
- 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 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, se suscribe:

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

J.C. ADAM JESUS DEL CARMEN ALVARO NUÑEZ

Firma 1: Responsable de la Oficina de Abastecimiento

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Hospital Iquitos "César Garay García"

M.C. CARLOS ALBERTO CORAY GONZALES
Director Ejecutivo/ce

Firma 2: Máxima autoridad-administrativa de la Entidad del Sector Público, o a quien se hubiera delegado dicha facultad