

APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000389

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 Item   | Unidad de Medida | CANTIDAD Y/O VALORES |                |                |                |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------|------------------------|------------------|----------------------|----------------|----------------|----------------|
|                                                                            |                                 |                 |                        |                  | EXCLUSIÓN            |                | INCLUSIÓN      |                |
|                                                                            |                                 |                 |                        |                  | Cantidad Total       | Valor Total S/ | Cantidad Total | Valor Total S/ |
| 01.19 - Departamento De Patología Clínica Y Anatomía Patológica - Despacho |                                 |                 |                        |                  |                      |                |                |                |
| 14/04/2026                                                                 | 0000000905                      | 210100010010    | SERVICIO DE DIGITACION | Servicio         | 0.00                 | 0.00           | 0.00           | 1,300.00       |

- 1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público.
- 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  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL DE APOYO IQUITOS  
JESUS DEL CARMEN ATAC MUNEZ

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL DE APOYO IQUITOS  
M.C. CARLOS ALBERTO CORRAL GONZALES  
Director Ejecutivo (c)  
C.M.P. N° 030138

Firma 1: Responsable de la Oficina de Abastecimiento

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