

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


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/	
<b>012003 - Servicio De Farmacia</b>									
06/02/2025	0000000032	493700180251	ELECTRODO CARDIACO PARA ADULTO	Unidad	0.00	0.00	2,200.00	0.00	
06/02/2025	0000000032	495700020095	AGUJA DE PUNCIÓN LUMBAR 27 G X 3 1/2 in	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00	
06/02/2025	0000000032	495700030031	AGUJA HIPODERMICA DESCARTABLE N° 25 G X 5/8 in	Unidad	0.00	0.00	600.00	0.00	
06/02/2025	0000000032	495700350095	JERINGA DESCARTABLE 60 mL CON CONECTOR LUER LOCK	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00	
06/02/2025	0000000032	495700380010	LLAVE DE TRIPLE VIA CON EXTENSION X 10 cm	Unidad	3,000.00	0.00	0.00	0.00	
06/02/2025	0000000032	495700500007	SONDA NASOGASTRICA N° 8	Unidad	0.00	0.00	600.00	0.00	
06/02/2025	0000000032	495700510003	SONDA VESICAL TIPO NELATON N° 14	Unidad	0.00	0.00	20.00	0.00	
06/02/2025	0000000032	495700530003	SONDA RECTAL DESCARTABLE N° 28	Unidad	0.00	0.00	10.00	0.00	
06/02/2025	0000000032	495700530004	SONDA RECTAL DESCARTABLE N° 30	Unidad	0.00	0.00	20.00	0.00	
06/02/2025	0000000032	495700530016	SONDA RECTAL N° 26	Unidad	0.00	0.00	20.00	0.00	
06/02/2025	0000000032	495701080004	GASA PARAFINADA 10 cm X 10 cm	Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00	
06/02/2025	0000000032	495701710012	ESPONJA HEMOSTÁTICA DE COLÁGENO 10 cm X 12 cm	Unidad	0.00	0.00	120.00	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**  
**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD**  
**HOSPITAL IQUITOS "CEBAN GARAYAR GARCIA"**  
**LIC. ADM. JESÚS DEL CARMEN ATAC NUÑEZ**  
**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 "CEBAN GARAYAR GARCIA"**  
**M.C. CARLOS ALBERTO CORAL GONZALES**  
**Director Ejecutivo (e)**  
**C.M.P. N° 030488**

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