

## ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000023

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/	
<b>0118 - Departamento De Patología Clínica Y Anatomía Patologica</b>									
06/02/2025	0000000028	354700010226	KIT PARA DETERMINACIÓN COMPATIBILIDAD PRETRANSFUSIONAL TEST ANTIGLOBULINA DIRECT(Det		0.00	0.00	500.00	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:

  
**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD**  
**HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAN GARCÍA"**  
**LIC. ADM. JESÚS DEL CARMÉN VATA C NÚÑEZ**  
**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 GARAYAN GARCÍA"**  
**M.C. CARLOS ALBERTO CORAL GONZALES**  
**Director Ejecutivo (G)**  
**C.M.F/N° 030488**

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