

## ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000237

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>012003 - Servicio De Farmacia</b>									
08/04/2025	0000000426	495700480053	SONDA DE ASPIRACION ENDOTRAQUEAL CIRCUITO CERRADO N° 08	Unidad	0.00	0.00	100.00	0.00	
08/04/2025	0000000426	495700741843	CERA PARA HUESOS X 2.5 g	Unidad	0.00	0.00	12.00	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"**

  
**LIC. ADM. JESUS DEL CARMEN ATAC NUÑEZ**

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

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

  
**M.C. CARLOS ALBERTO CORAL GONZALEZ**  
**Director Ejecutivo (e)**  
**C.I.N. N° 633482**

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