

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000256


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/
0109 - Oficina De Referencia - Contrareferencia Y Seguro								
15/04/2025	0000000459	070500030220	SERVICIO DE TOMOGRAFIA CEREBRAL SIN CONTRASTE + SEDACION	Servicio	0.00	0.00	0.00	320.00
15/04/2025	0000000460	070500030107	SERVICIO DE TOMOGRAFIA TORACICA	Servicio	0.00	0.00	0.00	320.00
15/04/2025	0000000461	070500030069	SERVICIO DE TOMOGRAFIA ABDOMINAL Y PELVICA	Servicio	0.00	0.00	0.00	350.00
15/04/2025	0000000462	070500030107	SERVICIO DE TOMOGRAFIA TORACICA	Servicio	0.00	0.00	0.00	680.00
15/04/2025	0000000463	070500030069	SERVICIO DE TOMOGRAFIA ABDOMINAL Y PELVICA	Servicio	0.00	0.00	0.00	1,060.00
15/04/2025	0000000464	070500030220	SERVICIO DE TOMOGRAFIA CEREBRAL SIN CONTRASTE + SEDACION	Servicio	0.00	0.00	0.00	320.00
15/04/2025	0000000465	070500030220	SERVICIO DE TOMOGRAFIA CEREBRAL SIN CONTRASTE + SEDACION	Servicio	0.00	0.00	0.00	320.00
15/04/2025	0000000466	070500030107	SERVICIO DE TOMOGRAFIA TORACICA	Servicio	0.00	0.00	0.00	320.00
15/04/2025	0000000467	070500030220	SERVICIO DE TOMOGRAFIA CEREBRAL SIN CONTRASTE + SEDACION	Servicio	0.00	0.00	0.00	320.00
15/04/2025	0000000468	070500030220	SERVICIO DE TOMOGRAFIA CEREBRAL SIN CONTRASTE + SEDACION	Servicio	0.00	0.00	0.00	640.00
15/04/2025	0000000469	070500030220	SERVICIO DE TOMOGRAFIA CEREBRAL SIN CONTRASTE + SEDACION	Servicio	0.00	0.00	0.00	320.00
15/04/2025	0000000470	070500030022	SERVICIO DE EXAMEN DE RESONANCIA MAGNETICA	Servicio	0.00	0.00	0.00	1,350.00
15/04/2025	0000000471	070500030220	SERVICIO DE TOMOGRAFIA CEREBRAL SIN CONTRASTE + SEDACION	Servicio	0.00	0.00	0.00	320.00
15/04/2025	0000000472	070500030135	SERVICIO DE COLANGIO RESONANCIA	Servicio	0.00	0.00	0.00	920.00

- 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 "CESAR GARAYAN 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
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAN GARCIA"
M.C. CARLOS ALBERTO CORAL GONZALEZ
 Director Ejecutivo (e)
 CMP N° 030488

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