

## ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 0000377

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>0125 - Servicio De Neonatología</b>								
21/06/2024	0000000641	070500030778	SERVICIO DE ENFERMERIA PROFESIONAL PARA CUIDADOS CRITICOS NEONATAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	7,560.00
21/06/2024	0000000642	070500030778	SERVICIO DE ENFERMERIA PROFESIONAL PARA CUIDADOS CRITICOS NEONATAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	5,040.00
21/06/2024	0000000643	070500030778	SERVICIO DE ENFERMERIA PROFESIONAL PARA CUIDADOS CRITICOS NEONATAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	3,240.00
21/06/2024	0000000644	070500030778	SERVICIO DE ENFERMERIA PROFESIONAL PARA CUIDADOS CRITICOS NEONATAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	17,460.00
21/06/2024	0000000645	070500030778	SERVICIO DE ENFERMERIA PROFESIONAL PARA CUIDADOS CRITICOS NEONATAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	7,380.00
21/06/2024	0000000646	070500030778	SERVICIO DE ENFERMERIA PROFESIONAL PARA CUIDADOS CRITICOS NEONATAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	3,723.00
21/06/2024	0000000647	070500030778	SERVICIO DE ENFERMERIA PROFESIONAL PARA CUIDADOS CRITICOS NEONATAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	3,060.00
21/06/2024	0000000648	070500030778	SERVICIO DE ENFERMERIA PROFESIONAL PARA CUIDADOS CRITICOS NEONATAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	9,180.00

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 MUÑOZ**  
**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 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