

## APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000402

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>									
19/06/2025	0000000733	351100020138	CREATININA CINETICA AUTOMATIZADA	Det	0.00	0.00	5,500.00	0.00	
19/06/2025	0000000733	351100020504	UREA CINETICA AUTOMATIZADA	Det	0.00	0.00	5,500.00	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.
- 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 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, se suscribe:

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

*Jesús del Carmen Nuñez*  
UC ADM. JESUS DEL CARMEN NUÑEZ

Firma 1: Responsable de la Oficina de Abastecimiento

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

*Carlos Alberto Coral González*  
M. C. CARLOS ALBERTO CORAL GONZALEZ  
Director Ejecutivo (a)  
CMP N° 030430

Firma 2: Máxima autoridad administrativa de la Entidad del Sector Público, o a quien se hubiera delegado dicha facultad