

## APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000407

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 Patologia Clinica Y Anatomia Patologica</b>									
20/06/2025	0000000738	354700010070	TARJETA LISS COOMBS PARA SISTEMA DE MICROTIPIFICACION EN GEL	Unidad	0.00	0.00	800.00	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"

*[Firma]*  
M.C. ADRIANA JESUS CARMENATA C NUNEZ  
Responsable de la Oficina de Abastecimiento

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

*[Firma]*  
M.C. CARLOS ALBERTO CORAL GONZALEZ  
Director Ejecutivo (a)  
Firma 2: Máxima autoridad administrativa de la Entidad del Sector Público, o a quien se hubiera delegado dicha facultad