

APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000460

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/
012003 - Servicio De Farmacia								
08/07/2025	000000833	585200200001	CALCIO CARBONATO 1.25 g (Equiv. a 500 mg de Ca) TAB	Unidad	0.00	0.00	9,900.00	0.00
09/07/2025	000000834	580100200016	BUPIVACAINA CLORHIDRATO + DEXTROSA 20 mg + 320 mg INY 4 mL	Unidad	0.00	0.00	32.00	0.00
09/07/2025	000000834	580700120008	DICLOXACILINA (COMO SAL SÓDICA) 250 mg/5 mL SUS 120 mL	Unidad	0.00	0.00	199.00	0.00
09/07/2025	000000834	582600590004	CICLOFOSFAMIDA 1 g INY	Unidad	0.00	0.00	11.00	0.00
09/07/2025	000000834	582800240001	ACIDO FOLICO + FERROSO SULFATO HEPTAHIDRATO 400 µg + 60 mg Fe TAB	Unidad	0.00	0.00	8,000.00	0.00
09/07/2025	000000834	582900060004	GELATINA SUCCINILADA 4 g/100 mL INY 500 mL	Unidad	0.00	0.00	90.00	0.00
09/07/2025	000000834	584400020006	NAFAZOLINA 1 mg/mL SOL OFT 15 mL	Unidad	0.00	0.00	13.00	0.00
09/07/2025	000000834	584400240006	PROXIMETACAINA 5 MG/ML SOL OFT 15 ML	Unidad	0.00	0.00	28.00	0.00
09/07/2025	000000834	584800620005	HALOPERIDOL 5 mg/mL INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	114.00	0.00
09/07/2025	000000834	585000490027	SALBUTAMOL (COMO SULFATO) 5 mg/mL SOL 10 mL	Unidad	0.00	0.00	264.00	0.00
09/07/2025	000000834	585100070008	DEXTROSA 5 g/100 mL INY 250 mL	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
09/07/2025	000000834	585100130002	SALES DE REHIDRATACION ORAL (FÓRMULA OMS: 20.5 g/L) PLV	Unidad	0.00	0.00	2,083.00	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"


LIC. ADM. JESUS DEL CARMEN ATAC NUÑEZ
 jefe de la Unidad de Logística

Firma 1: Responsable de la Oficina de Abastecimiento

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


LIC. CARLOS ALBERTO CORAL GONZALEZ
 Director Ejecutivo
 CMP N° 930488

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