

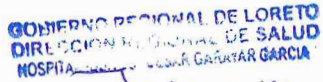
## APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000461

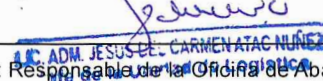
UNIDAD EJECUTORA : 402 REGION LORETO-SALUD HOSPITAL DE APOYO IQUITOS

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>012003 - Servicio De Farmacia</b>								
09/07/2025	0000000835	495700340055	ORTOPTALDEHIDO 0.55% X 1 gal	Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00
09/07/2025	0000000835	495700340114	DESINFECTANTE AMONIO CUATERNARIO DE QUINTA GENERACION X 1 L	Unidad	0.00	0.00	300.00	0.00

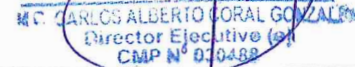
- 1/ La información registrada en el presente Anexo corresponde a campos mínimos y obligatorios que pueden ser ampliados por la Entidad del Sector Público.
- 2/ La información registrada en los campos de "exclusión" e "inclusión" considera la cantidad y/o valor acumulado de todos los años de la programación.
- 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 DE APOYO IQUITOS**

  
**ADM. JESUS DEL CARMEN TAC NUÑEZ**

Firma 1: Responsable de la Oficina de Abastecimiento

  
**GOBIERNO REGIONAL DE LORETO**  
**GERENCIA REGIONAL DE SALUD**  
**HOSPITAL IQUITOS**

  
**M.C. CARLOS ALBERTO CORAL GONZALEZ**  
**Director Ejecutivo (a)**  
**CMP N° 000488**

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