

APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000486

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									
09/07/2025	0000000859	580200450003	NAPROXENO 500 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00	
09/07/2025	0000000859	581800100004	FLUCONAZOL 2 MG/ML INY 100 ML	Unidad	0.00	0.00	226.00	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
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CELESTINO GARCÍA GARCÍA"**


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 "CELESTINO GARCÍA GARCÍA"**


LIC. CARLOS ALBERTO CORAL GONZALEZ
 Director Ejecutivo (a)
 CMP N° 000087

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