

## APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000491

UNIDAD EJECUTORA : 402 REGION LORETO-SALUD HOSPITAL DE APOYO IQUITOS  
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000872

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item 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>									
10/07/2025	0000000867	583301020009	CLOTRIMAZOL 1 g/100 mL (1 %) SOL 20 mL	Unidad	0.00	0.00	136.00	0.00	
10/07/2025	0000000867	586300010002	ORFENADRINA CITRATO 30 mg/mL INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	4,320.00	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 - CARR. GARCERAN GARCIA

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

Firma 1: Responsable de la Oficina de Abastecimiento

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL IQUITOS - CARR. GARCERAN GARCIA  
  
M.C. CARLOS ALBERTO CORRAL GONZALEZ  
Director Ejecutivo (a)  
CAMP N° 000491

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