

## APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000505

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/
10/07/2025	0000000882	584200160006	INMUNOGLOBULINA HUMANA NORMAL 5 g/100 mL INY 100 mL	Unidad	0.00	0.00	15.00	0.00

**012003 - Servicio De Farmacia**

- 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.

  
**DIRECCION REGIONAL DE SALUD**  
**HOSPITAL IQUITOS "CEDAR GARAYAR GARCIA"**  
**LIC. ADM. JESUS DEL CARMEN ATAC NUÑEZ**  
 Jefe de la Unidad de Logística

Firma 1: Responsable de la Oficina de Abastecimiento

  
**GERENCIA REGIONAL DE SALUD**  
**HOSPITAL IQUITOS "CEDAR GARAYAR GARCIA"**  
**M.C. CARLOS ALBERTO COPAL GONZALEZ**  
 Director Ejecutivo (a)  
 CNP N° 026488

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