

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000661

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 Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
012003 - Servicio De Farmacia								
12/11/2024	0000001157	580100210010	LIDOCAINA CLORHIDRATO 2 g/100 g GEL 10 g	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
12/11/2024	0000001157	580500090002	CLONAZEPAM 500 µg (0.5 mg) TAB	Unidad	0.00	0.00	10,000.00	0.00
12/11/2024	0000001157	580700120009	DICLOXACILINA (COMO SAL SODICA) 250 mg/5 mL SUS 60 mL	Unidad	0.00	0.00	300.00	0.00
12/11/2024	0000001157	581000080004	AZITROMICINA 200 mg/5 mL SUS 30 mL	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
12/11/2024	0000001157	581300030009	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 200 MG + 40 MG/5 ML SUS 60 ML	Unidad	0.00	0.00	300.00	0.00
12/11/2024	0000001157	584400680009	DICLOFENACO 1 mg/mL SOL OFT 5 mL	Unidad	0.00	0.00	20.00	0.00
12/11/2024	0000001157	584800620005	HALOPERIDOL 5 mg/mL INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
12/11/2024	0000001157	586900060010	TRAMADOL 50 mg/mL INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	5,000.00	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 u organización de la entidad.
- 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 el 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 u organización de la entidad, se suscribe:


DIRECCIÓN REGIONAL DE LORETO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
Hospital Iquitos "César Garayzar García"
LIC. ADM. JESUSO DE LA CRUZ
Jefe de la Unidad de Logística

Firma 1: Responsable del Área involucrada en la gestión de la CAP


Firma 2: Titular de la Entidad u Organización de la entidad, o a quien se hubiera delegado dicha facultad