

ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000670

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
--------------------	---------------------------------	--------	----------	----------------------

012003 - Servicio De Farmacia

12/11/2024	0000001166	581800040001	ITRACONAZOL 100 mg TAB	
12/11/2024	0000001166	583300930010	SULFADIAZINA DE PLATA 1 g/100 g (1 %) CRM 50 g	

Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
	EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
	Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00
Unidad	0.00	0.00	277.00	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:

J. del
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"
 LIC. ADM. JESUS DEL CARMEN ATAC NÚÑEZ
 Jefe de la Unidad de Logística

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

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
 HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"
[Firma]
 M.C. CARLOS ALBERTO CORAL GONZALES
 Director Ejecutivo (e)
 C.M.P. N° 030488

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