

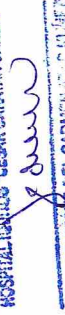
APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000139

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 \$/	Cantidad Total	Valor Total \$/	
01.19 - Departamento De Patología Clínica Y Anatomía Patológica - Despacho									
13/02/2026	0000000303	358600100941	MEDIO PARA HEMOCULTIVO AEROBICO ADULTO AUTOMATIZADO EN FRASCO	Unidad	0.00	0.00	250.00	0.00	
3/02/2026	0000000303	358600100942	MEDIO PARA HEMOCULTIVO AEROBICO PEDIATRICO AUTOMATIZADO EN FRASCO	Unidad	0.00	0.00	200.00	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
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAN GARCIA"


Jefe de la Unidad de Logística

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Hospital Iquitos "Cesar Garayán García"


M.C. CARLOS ALBERTO CORRAL GONZALES
Director Ejecutivo (e)
C.M.P. N° 036638

Firma 1: Responsable de la Oficina de Abastecimiento

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