

APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000163

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

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/
				0.00	0.00	35.00	0.00

01.22 - Departamento De Farmacia - Despacho

01 22 - Departamento De Farmacia - Despacho

26/02/2026	0000000480	581000040001	CLARITROMICINA 500 MG TAB
------------	------------	--------------	---------------------------

- 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

3/ El campo de cantidad total se completa solo en caso de bienes.

ne carácter de Declaración Jurada

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Hospitales "Cesar C. Araya Garcia"

M.C. CARLOS ALBERTO CORAL GONZALES

~~Director Ejecutivo (C)~~
~~CMB N.º 970172~~

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

Firma 1: Responsable de la Oficina de Abastecimiento