

APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000165

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/
01.22 - Departamento De Farmacia - Despacho								
26/02/2026	0000000483	495700741844	LINEA PARA BOMBA INFUSORA RADIOPACA CON CONECTOR	Unidad	0.00	0.00	400.00	0.00
26/02/2026	0000000483	495700741866	LINEA DE INFUSION SIN BURETA PARA BOMBA DE INFUSION	Unidad	0.00	0.00	800.00	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

Declaración de Conformidad
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL "CESAR GARIBAY GARCIA"
2026-02-26 15:25:42

GOBIERNO REGIONAL DEL LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL "CESAR GARIBAY GARCIA"
M.C. CARLOS ALBERTO CORAL GONZALES
Director Ejecutivo (S)
C.M.P. N° 630488

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