

APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 000000197

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/	Cantidad Total	Valor Total S/
06/03/2026	0000000540	070500030057	SERVICIO DE ATENCION AMBULATORIA HEMODIALISIS	Servicio	0.00	0.00	0.00	0.00	3,000.00	

01.08 - Oficina De Referencia, Contrareferencia Y Seguros - Despacho

06/03/2026 0000000540 070500030057 SERVICIO DE ATENCION AMBULATORIA HEMODIALISIS

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 REGIONAL CESAR GARCERAN GARCIA

go gus c.

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GOBIERNO REGIONAL DE SALUD LORETO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL CESAR GARCERAN GARCIA

M.C. CARLOS ALBERTO CORREA GONZALES
Director Ejecutivo (a)
C.M.B. N° 050488

01.08 - Oficina De Referencia, Contrareferencia Y Seguros - Despacho

- 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
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE APOYO IQUITOS

Dr. JESÚS DEL VALLE
Director Ejecutivo (a)
C.M.F. N° 000489

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE APOYO IQUITOS

M.C. CARLOS ALBERTO CORREA GONZALES
Director Ejecutivo (a)
C.M.F. N° 000489

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