

## ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000149

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

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES				
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN		
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/	
<b>012003 - Servicio De Farmacia</b>									
25/02/2025	0000000189	495700930108	CÁNULA PARA TRAQUEOSTOMIA N° 8	Unidad	0.00	0.00	1.00	0.00	
25/02/2025	0000000189	495701440381	SET DE TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA N° 7.5 X 15 PIEZAS	Unidad	0.00	0.00	1.00	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:

**Gobierno Regional de Loreto  
Dirección Regional de Salud  
Hospital Iquitos "César Garayzar García"**

*[Firma manuscrita]*  
**LIC. ROSA JESUS DEL CARMEN ATAC NÚÑEZ**  
Responsable de la Unidad de Logística

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

**Gobierno Regional de Loreto  
Gerencia Regional de Salud Loreto  
Hospital Iquitos "César Garayzar García"**

*[Firma manuscrita]*  
**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