

APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000513

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/
0118 - Departamento De Patología Clínica Y Anatomía Patológica								
11/07/2025	0000000896	351100020206	HORMONA TIROIDEA ESTIMULANTE (TSH) AUTOMATIZADO	Det	0.00	0.00	36.00	0.00
11/07/2025	0000000896	351100020269	TEST DE TROPONINA	Unidad	0.00	0.00	108.00	0.00
11/07/2025	0000000896	351100020395	HORMONA TIROXINA (T4) LIBRE AUTOMATIZADA	Det	0.00	0.00	36.00	0.00
11/07/2025	0000000896	358600090898	HORMONA GONADOTROPINA CORIONICA (HCG) CUANTITATIVO AUTOMATIZADO X 100 DETERMINAC	Unidad	0.00	0.00	72.00	0.00
11/07/2025	0000000896	358600093375	PROCALCITONINA QUIMIOLUMINISCENCIA	Det	0.00	0.00	300.00	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 GARAYAR GARCIA"

LC. ADM. JESUS DEL CARMEN ATAC NUÑEZ

Firma 1: Responsable de la Oficina de Abastecimiento

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"

M^c CARLOS ALBERTO CORAL GONZALEZ
Director Ejecutivo (el)

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