

APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000119

UNIDAD EJECUTORA : 402 REGION LORETO-SALUD HOSPITAL DE APOYO IQUITOS

NRO. IDENTIFICACIÓN : 000872

NRO. IDENTIFICACIÓN : 000872				Descripción del ítem	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código ítem N.-	01.22 - Departamento De Farmacia - Despacho			EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
						Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
23/02/2026	0000000388	580700050001	PIPERACILINA + TAZOBACTAM 4 g + 500 mg INY	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00	
23/02/2026	0000000388	581800060003	CLOTRIMAZOL 500 MG OVU	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00	
23/02/2026	0000000388	581900040008	METRONIDAZOL 500 MG OVU	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00	
23/02/2026	0000000388	582800290001	WARFARINA SODICA 5 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	500.00	0.00	
23/02/2026	0000000388	582800300002	FITOMENADIONA 10 MG/ML INY 1 ML	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	0.00	
23/02/2026	0000000388	5830000450002	AMIODARONA CLORHIDRATO 200 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00	
23/02/2026	0000000388	583100070002	CARVEDILOL 25 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	1,000.00	0.00	
23/02/2026	0000000388	583100310002	LABETALOL 5 mg/mL INY 4 mL	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00	
23/02/2026	0000000388	583100350002	METILDOPA 250 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	5,000.00	0.00	
23/02/2026	0000000388	583800760002	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 5 MG/ML INY 2 ML	Unidad	0.00	0.00	8,000.00	0.00	
23/02/2026	0000000388	584400020006	NAFAZOLINA 1 mg/mL SOL OFT 15 mL	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00	
23/02/2026	0000000388	586900070012	CODEINA FOSFATO 30 mg/mL INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	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 es de carácter de Declaración Jurada; por lo que, en señal de conformidad y en representación de la Entidad del Sector Público, se suscribe:

Dr. Carlos Alberto Copal Gonzales
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARCIA GARCIA"

GOBIERNO REGIONAL DEL LORETO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARCIA GARCIA"
M.C. CARLOS ALBERTO COPAL GONZALES
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD

LC. ADM. JESUS DEL CARMEN ATAC NUNEZ
Jefe de la Unidad de Logística

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