

## ANEXO N° 06: APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000593

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/
<b>012003 - Servicio De Farmacia</b>								
14/10/2024	0000001030	585100070011	DEXTROSA 5 g/100 mL (5 %) INY 1 L	Unidad	0.00	0.00	3,000.00	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 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]*  
M. C. CARMEN ATAC NUÑEZ  
Directora Ejecutiva (e)  
C.M.L. N° 030888

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

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

*[Firma manuscrita]*  
M. C. CARLOS ALBERTO COBAL GONZALES  
Directo. Ejecutivo (e)  
C.M.L. N° 030888

Firma 2: Titular de la Entidad u Organización de la entidad, o a quien se hubiera delegado dicha facultad