

APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000036

UNIDAD EJECUTORA : 411 GOB.REG. PUNO - HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001435

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES					
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN			
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/		
411.06.04 - Unidad De Logistica										
15/07/2025	0000000379	500100050561	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	500.00		
411.08 - Unidad De Estadística E Informatica										
16/07/2025	0000000380	952281170004	SWITCH PARA RED DE 16 PUERTOS	Unidad	0.00	0.00	5.00	0.00		
16/07/2025	0000000380	952281170012	SWITCH PARA RED DE 5 PUERTOS	Unidad	0.00	0.00	3.00	0.00		
411.13.01 - Servicio De Ginecologia										
16/07/2025	0000000381	500100050561	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	Servicio	0.00	0.00	0.00	643.00		
16/07/2025	0000000381	500100051552	SERVICIO DE FOTOCOPIADO E IMPRESIONES	Servicio	0.00	643.00	0.00	0.00		
411.15.03 - Servicio De Banco De Sangre										
17/07/2025	0000000384	358600090155	ANTI HEPATITIS C ELISA X 96 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	9.00	0.00		
17/07/2025	0000000384	358600090613	SIFILIS ELISA X 96 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	9.00	0.00		
17/07/2025	0000000384	358600090863	ANTICUERPO ANTI VIH ELISA X 96 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	9.00	0.00		
17/07/2025	0000000384	358600090873	ANTICUERPO ANTI HTLV I-II ELISA X 96 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	9.00	0.00		
17/07/2025	0000000384	358600091016	ANTICUERPO ANTI TRYPANOSOMA CRUZI (CHAGAS) TOTAL ELISA X 96 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	9.00	0.00		
17/07/2025	0000000384	358600091017	HEPATITIS B ANTI CORE TOTAL ELISA X 96 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	9.00	0.00		
17/07/2025	0000000384	358600092373	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE ELISA X 96 DETERMINACIONES	Unidad	0.00	0.00	9.00	0.00		
411.16.01 - Servicio De Emergencia										
16/07/2025	0000000382	475100015359	FORMATO FUNCIONES VITALES	Millar	0.00	0.00	5.00	0.00		
16/07/2025	0000000382	475100015411	FORMATO SOLICITUD DE RAYOS X	Millar	0.00	0.00	5.00	0.00		
16/07/2025	0000000382	475100015493	FORMATO DE BALANCE HIDRICO	Unidad	0.00	0.00	2,000.00	0.00		
16/07/2025	0000000382	475100015496	FORMATO HOJA DE RECETARIO	Unidad	0.00	0.00	23,000.00	0.00		
16/07/2025	0000000382	475100016368	FORMATO EVALUACION MEDICA	Ciento	0.00	0.00	140.00	0.00		
16/07/2025	0000000382	475100017111	LIBRO DE REGISTRO DE ATENCIONES DE EMERGENCIA X 200 HOJAS	Unidad	0.00	0.00	2.00	0.00		
16/07/2025	0000000382	475100017508	FORMATO HOJA DE EVALUACION DE ENFERMERIA	Millar	0.00	0.00	14.00	0.00		
16/07/2025	0000000382	475100017806	FORMATO GRAFICO DE SIGNOS VITALES	Millar	0.00	0.00	3.00	0.00		
16/07/2025	0000000382	475100052013	FORMATO SOLICITUD ANALISIS DE LABORATORIO	Millar	0.00	0.00	2.00	0.00		
16/07/2025	0000000382	475100055400	FORMATO DE INTERCONSULTA	Unidad	0.00	0.00	16,000.00	0.00		

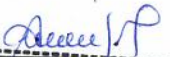
APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000036

UNIDAD EJECUTORA : 411 GOB.REG. PUNO - HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001435

Fecha de Solicitud	N° de Solicitud de Modificación	Código Item N.-	Descripción del Item	Unidad de Medida	CANTIDAD Y/O VALORES			
					EXCLUSIÓN		INCLUSIÓN	
					Cantidad Total	Valor Total S/	Cantidad Total	Valor Total S/
17/07/2025	0000000385	495701490203	CATETER VENOSO CENTRAL DOBLE LUMEN DE LARGA PERMANENCIA PARA HEMODIALISIS 14,5 FR	Unidad	0.00	0.00	20.00	0.

411.23 - Departamento De Farmacia

- 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:

Firma 1:  
Lourdes A. Marín Mamani
Abastecimiento
HOSPITAL REGIONAL "MNB" PUNO

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