

APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000055

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/
411.06.01 - Oficina De Administracion								
10/10/2025	0000000524	097900040013	REFRIGERIO (BREAK + ALMUERZO)	Unidad	0.00	0.00	50.00	0.00
411.23 - Departamento De Farmacia								
09/10/2025	0000000523	580100210021	LIDOCAINA CLORHIDRATO 2 G/100 G GEL 30 G	Unidad	0.00	0.00	700.00	0.00
09/10/2025	0000000523	580200440001	METAMIZOL SODICO 1 G INY 2 ML	Unidad	0.00	0.00	20,000.00	0.00
09/10/2025	0000000523	580500120004	VALPROATO SODICO 200 mg/mL SOL 40 mL	Unidad	0.00	0.00	30.00	0.00
09/10/2025	0000000523	580500120025	VALPROATO SODICO 500 mg TAB LM	Unidad	0.00	0.00	35,000.00	0.00
09/10/2025	0000000523	580700120009	DICLOXACILINA (COMO SAL SODICA) 250 mg/5 mL SUS 60 mL	Unidad	0.00	0.00	50.00	0.00
09/10/2025	0000000523	580800220001	CEFOTAXIMA (COMO SAL SODICA) 500 mg INY	Unidad	0.00	0.00	700.00	0.00
09/10/2025	0000000523	580900030002	AMIKACINA (COMO SULFATO) 50 mg/mL INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	300.00	0.00
09/10/2025	0000000523	582600670001	HIDROXICARBAMIDA 500 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
09/10/2025	0000000523	582600720002	METOTREXATO SODICO 50 mg INY 2 mL	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
09/10/2025	0000000523	582600870002	MESNA 100 mg/mL INY 4 mL	Unidad	0.00	0.00	150.00	0.00
09/10/2025	0000000523	582700120001	BROMOCRIPTINA (COMO MESILATO) 2.5 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
09/10/2025	0000000523	583000110002	DILTIAZEM CLORHIDRATO 60 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	1,700.00	0.00
09/10/2025	0000000523	583000290001	PROPAFENONA CLORHIDRATO 150 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	300.00	0.00
09/10/2025	0000000523	583000450001	AMIODARONA CLORHIDRATO 50 mg/mL INY 3 mL	Unidad	0.00	0.00	25.00	0.00
09/10/2025	0000000523	583000490001	DOPAMINA CLORHIDRATO 40 MG/ML INY 5 ML	Unidad	0.00	0.00	50.00	0.00
09/10/2025	0000000523	583100330002	ENALAPRIL MALEATO 20 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	20,000.00	0.00
09/10/2025	0000000523	583700040001	ESPIRONOLACTONA 25 MG TAB	Unidad	0.00	0.00	4,500.00	0.00
09/10/2025	0000000523	583900550012	ESTRADIOL 1 mg TAB	Unidad	0.00	0.00	800.00	0.00
09/10/2025	0000000523	584400170003	HIPROMELOSA 3 MG/ML SOL OFT 3 ML	Unidad	0.00	0.00	60.00	0.00
09/10/2025	0000000523	584400170014	HIPROMELOSA 20 mg/mL SOL OFT 2 mL	Unidad	0.00	0.00	20.00	0.00
09/10/2025	0000000523	584400370001	CARBOMERO 200 MG/100 G GEL 12 G	Unidad	0.00	0.00	35.00	0.00
09/10/2025	0000000523	584500020003	ERGOMETRINA MALEATO 200 µg/mL (0.2 mg/mL) INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	200.00	0.00
09/10/2025	0000000523	584800620003	HALOPERIDOL (COMO DECANOATO) 50 mg/mL INY 1 mL	Unidad	0.00	0.00	150.00	0.00
09/10/2025	0000000523	585900520001	TAMSULOSINA 400 µg (0.4 mg) TAB	Unidad	0.00	0.00	1,500.00	0.00
09/10/2025	0000000523	586900010009	MORFINA CLORHIDRATO 10 MG INY 1 ML	Unidad	0.00	0.00	300.00	0.00
09/10/2025	0000000523	587100010007	HIDROCORTISONA (COMO SUCCINATO SÓDICO) 100 mg INY	Unidad	0.00	0.00	1,500.00	0.00

APROBACIÓN DE MODIFICACIONES AL CUADRO MULTIANUAL DE NECESIDADES N° 00000055

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/
411.23 - Departamento De Farmacia								
09/10/2025	0000000523	587500050014	SOLUCIONES PARA NUTRICIÓN PARENTERAL INY 1904 mL	Unidad	0.00	0.00	100.00	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:

Firma 1: Responsable de la Oficina de Abastecimiento

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



HUMBERTO VERA VERA
JEFE OFICINA DE ADMINISTRACION
HOSPITAL REGIONAL "HARB" PUNO
CAP 113