

FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE PROPUESTA

NOMBRE DE LA EMPRESA:

N° de NIT o C.I.:

DISTRIBUIDORA "RM"	4428627011
--------------------	------------

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PROPIETARIO:

N° Telefono de Contacto:

EDITH ROXANA MEJIA MEDRANO	70758971
----------------------------	----------

Nota: Poner unicamente el precio unitario ofertado en la columna "Precio Unitario", de los ítems ofertados por su empresa/persona.

N° de Ítem	Concepto	Forma Farmaceutica	Concentracion	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total Ofertado
001	ETILEFRINA	INYECTABLE	10MG/ML	1000		-
002	FENTANILO SIN CONSERVANTE	INYECTABLE	0,05MG/ML	10000		-
003	FUROSEMIDA	INYECTABLE	10 MG/ML	2750	1,70	4.675,00
004	HEPARINA SODICA	INYECTABLE	5000 UI/ML	2000		-
005	MIDAZOLAM	INYECTABLE	15 MG/3ML	11020		-
006	MORFINA CON O SIN CONSERVANTE	INYECTABLE	10MG/ML	2000		-
007	NALOXONA	INYECTABLE	0,4 MG/ML	20		-
008	IVERMECTINA	COMPRIMIDO	6 MG	2010	8,00	16.080,00
TOTAL						20.755,00



 Edith R. Mejia M.



Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud



REGISTRO SANITARIO

VISTOS:

El expediente N° **419683** presentado por el Regente Farmaceutico(a)
CLAUDIA ROXANA RIBERA KATIMI con Matrícula N° **R-438** en representación de la firma
KAIS por el que solicita la **INSCRIPCION** del producto
FARMACEUTICO - IVERMECTINA 6 MG- COMPRIMIDO para su **IMPORTACION**
y comercialización en el país, fabricado por: **GUAYAKI S.A.**
de **PARAGUAY** para **KAIS**

Con aval de la Comisión Farmacológica Nacional:
Certificado de Control de Calidad:

REFIERE N° 5091

1 - PASA A MUESTREO

CONSIDERANDO:

Qué se han cumplido con todos los requisitos por tanto:



SE RESUELVE:

Autorizar la **INSCRIPCION** en el Registro Sanitario Nacional del producto
FARMACEUTICO - IVERMECTINA 6 MG- COMPRIMIDO de laboratorios
GUAYAKI S.A. procedente de **PARAGUAY**
para **KAIS** bajo licencia de
bajo el N° **II-74066/2020.**
qué responde a las siguientes especificaciones:

Formula aprobada:

CADA COMPRIMIDO CONTIENE: IVERMECTINA 6MG. EXCIPIENTES C.S.P. 1 COMPRIMIDO

Dra. Johana S. Venega: Miranda
JEFE DPTO. DE AUTORIZACION
DE COMERCIALIZACION
AGENCIA ESTATAL DE MEDICAMENTOS
Y TECNOLOGIAS EN SALUD
AGEMED

Presentación:

BLISTER PVC AMBAR/ALUMINIO IMPRESO X 4 COMPRIMIDOS. ESTUCHE DE CARTON DUPLEX. ESTUCHE X 4 COMPRIMIDOS

Condición de venta:

Orden de pago N° **RECETA MEDICA** del **3** de **Junio** de **2020** Periodo de validez: **36 MESES**
5128304/2020

El presente Registro Sanitario tiene validez de cinco años a partir de la fecha:

La Paz, **2** de **Julio** de **2020**

J. Enago Caballero Vedia
JEFE DE DPTO. DE AUTORIZACION
DE COMERCIALIZACION
AGENCIA ESTATAL DE MEDICAMENTOS
Y TECNOLOGIAS EN SALUD
AGEMED

Regístrese, comuníquese y archívese



Dra. María Angélica Herrera Tercera
DIRECTORA GENERAL EJECUTIVA
AGENCIA ESTATAL DE MEDICAMENTOS
Y TECNOLOGIAS EN SALUD
AGEMED

REGISTRO SANITARIO

VISTOS:

El expediente N° **315955** presentado por el Regente Farmaceutico(a) con Matricula N° **T-440** en representación de la firma **GIOVANNA TRUJILLO MERCADO** por el que solicita la **REINSCRIPCION** del producto **DISMEDIN** para su **IMPORTACION** **FARMACEUTICO - FUROSEMIDA- SOLUCION INYECTABLE** y comercialización en el pais, elaborado por: **SHANXI SHUGUANG PHARMACEUTICAL CO., LTD.** de **CHINA** para **BENGBU TUSHAN PHARMACEUTICAL CO. LTD.** bajo licencia de

Con aval de la Comision Farmacológica Nacional: **MEDICAMENTO ESENCIAL**
Certificado de Control de Calidad:: **52399/16 - PASA A MUESTREO**

CONSIDERANDO:

Que se han cumplido con todos los requisitos, por tanto:

SE RESUELVE:

Autorizar la **REINSCRIPCION** en el Registro Sanitario Nacional del producto **FARMACEUTICO - FUROSEMIDA- SOLUCION INYECTABLE** **SHANXI SHUGUANG PHARMACEUTICAL CO., LTD.** procedente de **CHINA** bajo licencia de **BENGBU TUSHAN PHARMACEUTICAL CO. LTD.** bajo el N° **II-42370/2017.**

que responde a las siguientes especificaciones:

Formula aprobada:

CADA AMPOLLA DE ML CONTIENE: FUROSEMIDA 10 MG; CLORURO DE SODIO 15 MG; SULFITO DE SODIO 2 MG; HIDROXIDO DE SODIO 10% 0,03 ML, AGUA PARA SOLUCION INYECTABLE AÑADIR A 1 ML



Presentación: **CAJA X 10, 100 AMPOLLAS DE VIDRIO TIPO II DE COLOR CARAMELO**

Condición de venta: **RECETA MEDICA**

Periodo de validez:

Orden de pago N° **1641761/2016** del **28** de **Abril** de **2016**
El presente Registro Sanitario tiene validez de cinco años a partir de la fecha:
La Paz, **14** de **Junio** de **2017**

Dr. Marcela C. Villacorta Canaviri
RESP. DE AUTORIZACIÓN DE
COMERCIALIZACIÓN DE
AGEMED-M.S.



Brenda A. Ríos Méndez
Dra. Brenda A. Ríos Méndez
RESP. DE AUTORIZACIÓN DE
COMERCIALIZACIÓN DE
AGENCIA ESTATAL DE MEDICAMENTOS
Y TECNOLOGÍAS EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD

Regístrese, comuníquese y archívese



Dr. Marcela C. Villacorta Canaviri
Dra. Marcela C. Villacorta Canaviri
DIRECTORA GENERAL EJECUTIVA
AGENCIA ESTATAL DE MEDICAMENTOS
Y TECNOLOGÍAS EN SALUD
AGEMED