

FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE PROPUESTA

NOMBRE DE LA EMPRESA:

N° de NIT o C.I.:

COFARBOL LTDA

1006197024

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PROPIETARIO:

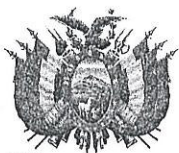
N° Telefono de Contacto:

GONZALES ASPIAZU WINSTON MARCELO

77734260

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

N° de Ítem	DETALLE DEL ÍTEM	FORMA FARMACEUTICA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTL
001	ALCOHOL ETILICO (ETANOL 70 % A 95%	SOLUCION 1 L	1000		-
002	CLONAZEPAN 2 MG	COMPRIMIDO RANURADO	500		-
003	DEXAMETASONA 4MG/ML	INYECTABLE	13963		-
004	FENTANILO CON CONSERVANTE 0.005 MG/ML	INYECTABLE	7000		-
005	FUROSEMIDA 10MG/ML	INYECTABLE	1200		-
006	HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR SEGUN DISPONIBILIDAD O REQUERIMIENTO	INYECTABLE	3000		-
007	MEROPENEM 500 MG	INYECTABLE	400		-
008	MORFINA (CON Y SIN CONSERVANTE) 10 MG/ML	INYECTABLE	4000	11,50	46.000,00
009	VANCOMICINA 500MG	INYECTABLE	1000		-
TOTAL					46.000,00



Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud



REGISTRO SANITARIO

VISTOS:

El expediente N° **364320** presentado por el Regente Farmaceutico(a)
VISCARRA MEJIA OLIVIA LILIANA con Matrícula N°. **V - 165** en representación de la firma
COFARBOL LTDA. por el que solicita la **REINSCRIPCION** del producto
FARMACEUTICO - DIMORF- SOLUCION INYECTABLE para su **IMPORTACION**
y comercialización en el país, elaborado por: **CRISTALIA PRODUCTOS QUIMICOS FARMACEUTICOS LTDA.**
de **BRASIL** para bajo licencia de

Con aval de la Comisión Farmacológica Nacional: **MEDICAMENTO ESENCIAL**
Certificado de Control de Calidad: **- PASA A MUESTREO**

CONSIDERANDO:

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

SE RESUELVE:

Autorizar la **REINSCRIPCION**
FARMACEUTICO - DIMORF- SOLUCION INYECTABLE
CRISTALIA PRODUCTOS QUIMICOS FARMACEUTICOS LTDA.
para

en el Registro Sanitario Nacional del producto
de laboratorios
procedente de **BRASIL**
bajo licencia de
bajo el N° **II-25166/2018.**

que responde a las siguientes especificaciones:

Formula aprobada:

CADA ML DE SOLUCION INYECTABLE CONTIENE: SULFATO DE MORFINA PENTAHIDRATADO (EQUIVALENTE A SULFATO DE MORFINA) 10MG. EXCIPIENTES: CLORURO DE SODIO 9MG; ACIDO CLORHIDRICO C.S.; AGUA PARA INYECTABLES C.S.P 1ML

Dra. Johana S. Venegas Miranda
JEFE DPTO. DE AUTORIZACIÓN
DE COMERCIALIZACIÓN
AGENCIA ESTATAL DE MEDICAMENTOS
Y TECNOLOGÍAS EN SALUD
AGEMED

Presentación: **CAJA X 36 Y 50 AMPOLLAS DE VIDRIO TIPO I COLOR AMBAR X 1ML**

Condición de venta: **RECETA MEDICA VALORADA**

Periodo de validez: **24 MESES**

Orden de pago N° **5108001/2018** del **8** de **Mayo** de **2018**

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

La Paz, **28** de **Agosto** de **2018**



Dra. Johana C. Villacorta Canaviri
RESP. DE AUTORIZACIÓN DE
COMERCIALIZACIÓN
AGEMED
MINISTERIO DE SALUD

Regístrese, comuníquese y archívese

Dra. Patricia Elsa Tames Parra
DIRECTORA GENERAL EJECUTIVA
AGENCIA ESTATAL DE MEDICAMENTOS
Y TECNOLOGÍAS EN SALUD
AGEMED