

## FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE PROPUESTA

NOMBRE DE LA EMPRESA:

Nº de NIT o C.I.:

**DROGUERIA INTI S.A.**

**1020521023**

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PROPIETARIO:

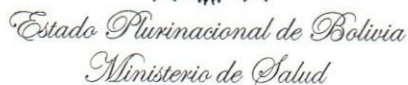
Nº Telefono de Contacto:

**ALBERTO ALEJANDRO MIRABAL**

**4172000 (INT 2024)**

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

Nº 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	13.26	53,040.00
009	VANCOMICINA 500MG	INYECTABLE	1000	-	-
<b>TOTAL</b>					<b>53,040.00</b>



**VISTOS:**

El expediente N°	405033	presentado por el Regente Farmaceutico(a)
GALLO IBAÑEZ JUAN FERNANDO	con Matrícula N°. G - 62	en representación de la firma
DROGUERIA INTI S.A.	por el que solicita la	REINSCRIPCION del producto
FARMACEUTICO - MORFINA SULFATO - SOLUCION INYECTABLE		ELABORACION
y comercialización en el país, fabricado por:	DROGUERIA INTI S.A.	para su
de BOLIVIA	pára	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 en el Registro Sanitario Nacional del producto  
FARMACEUTICO - MORFINA SULFATO- SOLUCION INYECTABLE de laboratorios  
DROGUERIA INTI S.A. procedente de BOLIVIA  
para / bajo licencia de  
/ bajo el N°  
que responde a las siguientes especificaciones: **NN-30175/2020.**

**Formula aprobada:**

CADA AMPOLLA CONTIENE: MORFINA SULFATO 10MG (EQUIVALENTE A 11.348MG DE MORFINA SULFATO PENTAHIDRATO)  
EXCIPIENTES: CLORURO DE SODIO 8MG; METABISULFITO DE SODIO 1MG; EDETATO DISODICO 0,5MG; AGUA PARA  
INYECCION C.S.P. 1ML

CAJA DE CARTULINA PLEGABLE CONTENIENDO 25 AMPOLLAS DE VIDRIO TIPO I AMBAR MAS PROSPECTO

Presentación:

Condición de venta: RECETA MEDICA VALORADA

Periodo de validez: 36 MESES

Orden de pago N° **5123160/2019** del 11 de Octubre de 2019

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

La Paz,	29	de	Enero	de	2020
---------	----	----	-------	----	------

La Paz, 29 de



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

## Regístrese, comuníquese y archívese

Msc. Carmen R. Rodríguez Vargas  
DIRECTORA GENERAL EJECUTIVA  
AGENCIA ESTATAL DE MEDICAMENTOS  
Y TECNOLOGÍA EN SALUD

