

FORM 100	Inicio de proceso de Bienes						
1. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD							
<i>Código de la entidad</i> 0046 - 20		<i>Denominación de la Entidad</i> SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO - LA PAZ			<i>Fax</i> 2434777	<i>Teléfono</i> 2434262	
2. IDENTIFICACIÓN DE LA CONVOCATORIA							
CUCE : 25-0046-20-1567816-1-1							
Fecha de publicación (en el SICOES) : 23/06/2025							
Objeto de la Contratación : ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS							
<i>Datos de identificación del proceso :</i>				<i>Modalidad</i> Compra Nacional por Convocatoria	<i>Código de la entidad para identificar al proceso</i> CNC 02/2025	<i>Nro. de convocatoria</i> 1	
Subasta : Si							
Concesión Administrativa : No							
3. DATOS GENERALES DE LA CONVOCATORIA							
Tipo de convocatoria : Convocatoria Publica Nacional							
Forma de adjudicación : Por Items							
Normativa utilizada : Compro Hecho en Bolivia (D.S.4505)							
Tipo de contratación : Bienes							
Garantías solicitadas : No se solicitan garantias							
Moneda considerada para el proceso : Bolivianos							
Elaboración del DBC :							
Bienes o servicios recurrentes con cargo a la siguiente gestión: : No							
4. DETALLE DE BIENES REQUERIDOS							
#	Código de Catálogo	Objeto de Gasto	Descripción del bien	Adquisición de Múltiples Proveedores	Cantidad	Precio Referencial Unitario	Precio Referencial Total
1	51172410.2	34200	A0201 - HIDRÓXIDO DE ALUMINIO Y MAGNESIO - SUSPENSIÓN - 1:1	SI	600	10.00	6,000.00
Documentos de Estandarización - CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE LA EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación) - REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación)							
Especificaciones Técnicas							
INFORMACION PRINCIPAL							

Atributo		Valores atributo		Unidad de Medida			
ATQ		A02AD01					
FORMA FARMACÉUTICA		SUSPENSIÓN					
CONCENTRACIÓN		1:1					
Condiciones Adicionales							
Plazo de entrega (Días₁₀ Calendario): Forma de pago:Total LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Lugar de entrega:Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario,DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil-vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez:fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.							
2	51171909.2	34200	A0202 - OMEPRAZOL - CÁPSULA	SI	100000	.57	57,000.00
Documentos de Estandarización							
• REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación)							
Especificaciones Técnicas							
INFORMACION PRINCIPAL							
Atributo		Valores atributo		Unidad de Medida			
ATQ		A02BC01					
FORMA FARMACÉUTICA		Cápsula					
CONCENTRACIÓN		20		Miligramo			
Condiciones Adicionales							
Plazo de entrega (Días₁₀ Calendario): Forma de pago:Total LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Lugar de entrega:Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario,DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil-vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez:fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.							
3	51151625.2	34200	A0302 - BUTILBROMURO DE HIOSCINA	SI	5500	1.50	8,250.00

		(BUTILESCOPOLAMINA) - COMPRIMIDO				
Documentos de Estandarización						
• REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación)						
Especificaciones Técnicas						
INFORMACION PRINCIPAL						
Atributo		Valores atributo		Unidad de Medida		
ATQ		A03BB01				
FORMA FARMACÉUTICA		COMPRIMIDO				
CONCENTRACIÓN		10		Miligramo		
Condiciones Adicionales						
Plazo de entrega (Días₁₀ Calendario): Forma de pago:Total LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Lugar de entrega:Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario,DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil- vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez:fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.						
4	51171806.8	34200	A0308 - METOCLOPRAMIDA - INYECTABLE	SI	650	2.62
1,703.00						
Documentos de Estandarización						
• REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación)						
Especificaciones Técnicas						
INFORMACION PRINCIPAL						
Atributo		Valores atributo		Unidad de Medida		
ATQ		A03FA01				
FORMA FARMACÉUTICA		INYECTABLE				
CONCENTRACIÓN		10mg/2ml				
Condiciones Adicionales						

Plazo de entrega (Días Calendario):¹⁰ Forma de pago:Total LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Lugar de entrega:Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario,DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil-vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez:fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.							
5	51183505.5	34200	A1004 - METFORMINA - COMPRIMIDO	SI	65000	1.40	91,000.00
Documentos de Estandarización • REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación)							
Especificaciones Técnicas							
INFORMACION PRINCIPAL							
Atributo		Valores atributo		Unidad de Medida			
ATQ		A10BA02					
FORMA FARMACÉUTICA		COMPRIMIDO					
CONCENTRACIÓN		850		Miligramo			
Condiciones Adicionales							
Plazo de entrega (Días Calendario):¹⁰ Forma de pago:Total LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Lugar de entrega:Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario,DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil-vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez:fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.							
6	11101719.2	34200	A1205 - ZINC (COMO SULFATO) - JARABE	SI	500	15.20	7,600.00
Documentos de Estandarización • REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación)							
Especificaciones Técnicas							
INFORMACION PRINCIPAL							

Atributo		Valores atributo		Unidad de Medida	
ATQ		A12CB01			
FORMA FARMACÉUTICA		JARABE			
CONCENTRACIÓN		20 mg/5ml			

Condiciones Adicionales

Plazo de entrega (Días₁₀ Calendario):
Forma de pago:Total
Lugar de entrega:LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos
a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o
2. Envase Primario,DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil-vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del
Periodo de Validez:fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.

7	51143103.3	34200	B0101 - Ácido acetil salicílico - Comprimido	SI	20000	.37	7,400.00
---	------------	-------	---	----	-------	-----	----------

Documentos de Estandarización

- CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación)
- REGISTRO SANITARIO LEGALIZADO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación)
- CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación)

Especificaciones Técnicas

INFORMACION PRINCIPAL		
Atributo	Valores atributo	Unidad de Medida
ATQ	B01AC06	
FORMA FARMACÉUTICA	COMPRIMIDO	
CONCENTRACIÓN	100	Miligramo

Condiciones Adicionales

Plazo de entrega (Días₁₀ Calendario):
Forma de pago:Total
Lugar de entrega:LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos
a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o
2. Envase Primario,DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil-vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del
Periodo de Validez:fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.

8	51172480.2	34200	B0504 - BICARBONATO DE SODIO - INYECTABLE	SI	1500	8.00	12,000.00
Documentos de Estandarización • REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación)							
Especificaciones Técnicas							
INFORMACION PRINCIPAL							
Atributo		Valores atributo		Unidad de Medida			
ATQ		B05XA02					
FORMA FARMACÉUTICA		INYECTABLE					
CONCENTRACIÓN		8%					
Condiciones Adicionales							
Plazo de entrega (Días Calendario):10 Forma de pago:Total Lugar de entrega:LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario,DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil:vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez:fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.							
9	51191802.3	34200	B0506 - CLORURO DE POTASIO - INYECTABLE - 20%	SI	800	3.63	2,904.00
Documentos de Estandarización • CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE LA EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación) • REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación)							
Especificaciones Técnicas							
INFORMACION PRINCIPAL							
Atributo		Valores atributo		Unidad de Medida			
ATQ		B05XA01					
FORMA FARMACÉUTICA		INYECTABLE					
CONCENTRACIÓN		20%					
Condiciones Adicionales							

Plazo de entrega (Días Calendario):10 Forma de pago:Total LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto Nº 2630 Hospital del Lugar de entrega:Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario,DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil-vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez:fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.																			
10	51132306.2	34200	B0522 - SOLUCIÓN FISIOLÓGICA - SOLUCIÓN PARENTERAL DE GRAN VOLUMEN	SI	1500	10.40	15,600.00												
Documentos de Estandarización - REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) - CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación) Especificaciones Técnicas INFORMACION PRINCIPAL <table><tr><th>Atributo</th><th>Valores atributo</th><th>Unidad de Medida</th></tr><tr><td>ATQ</td><td>B05CB01</td><td></td></tr><tr><td>FORMA FARMACÉUTICA</td><td>SOLUCIÓN PARENTERAL DE GRAN VOLUMEN</td><td></td></tr><tr><td>CONCENTRACIÓN</td><td>0,9% (500 ml)</td><td></td></tr></table> Condiciones Adicionales Plazo de entrega (Días Calendario):10 Forma de pago:Total LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto Nº 2630 Hospital del Lugar de entrega:Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario,DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil-vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez:fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.								Atributo	Valores atributo	Unidad de Medida	ATQ	B05CB01		FORMA FARMACÉUTICA	SOLUCIÓN PARENTERAL DE GRAN VOLUMEN		CONCENTRACIÓN	0,9% (500 ml)	
Atributo	Valores atributo	Unidad de Medida																	
ATQ	B05CB01																		
FORMA FARMACÉUTICA	SOLUCIÓN PARENTERAL DE GRAN VOLUMEN																		
CONCENTRACIÓN	0,9% (500 ml)																		
11	51132306.1	34200	B0523 - SOLUCIÓN FISIOLÓGICA - SOLUCIÓN PARENTERAL DE GRAN VOLUMEN	SI	2000	11.00	22,000.00												
Documentos de Estandarización - REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación) - CERTIFICADO O INFORME DE ENSAYO EMITIDO POR UN LABORATORIO - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) Especificaciones Técnicas																			

INFORMACION PRINCIPAL							
Atributo		Valores atributo			Unidad de Medida		
ATQ		B05CB01					
FORMA FARMACÉUTICA		SOLUCIÓN PARENTERAL DE GRAN VOLUMEN					
CONCENTRACIÓN		0,9% (1.000 ml)					
Condiciones Adicionales							
Plazo de entrega (Días₁₀ Calendario): Forma de pago:Total Lugar de entrega:LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario,DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil-vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez:fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.							
12	51191604.4	34200	B0530 - SOLUCIÓN RINGER LACTATO - SOLUCIÓN PARENTERAL DE GRAN VOLUMEN	SI	300	11.00	3,300.00
Documentos de Estandarización							
• REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación)							
Especificaciones Técnicas							
INFORMACION PRINCIPAL							
Atributo		Valores atributo			Unidad de Medida		
ATQ		B05XA30					
FORMA FARMACÉUTICA		SOLUCIÓN PARENTERAL DE GRAN VOLUMEN					
CONCENTRACIÓN		1000			Mililitro		
Condiciones Adicionales							
Plazo de entrega (Días₁₀ Calendario): Forma de pago:Total Lugar de entrega:LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario,contener la siguiente información: Nombre genérico y/o Secundario y Vida Útil-DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Periodo de Validez:vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio							

FORMA FARMACÉUTICA		SOLUCIÓN PARENTERAL DE GRAN VOLUMEN					
CONCENTRACIÓN		1000		Mililitro			
Condiciones Adicionales							
Plazo de entrega (Días Calendario): 10 Forma de pago: Total Lugar de entrega: Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario, DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil- vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez: fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.							
15	51191507.2	34200	C0302-ESPIRONOLACTONA-COMPRIMIDO-100 mg	SI	3000	1.80	5,400.00
Documentos de Estandarización							
• CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA, (EMITIDO POR AGEMED) - (Presentar FOTOCOPIA SIMPLE del documento para formalización de contratación) • FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO DEL MEDICAMENTO O DISPOSITIVO MÉDICO, (EMITIDO POR AGEMED) - Registro Sanitario LEGALIZADO emitido de la AGEMED En caso de que este en curso la reinscripción presentar FOTOCOPIA SIMPLE DEL FORMULARIO 005 (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO MODELO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación)							
Especificaciones Técnicas							
INFORMACION PRINCIPAL							
Atributo		Valores atributo				Unidad de Medida	
CODIGO LINAME		C0302					
FORMA FARMACEUTICA		COMPRIMIDO					
CONCENTRACIÓN		100				Miligramo	
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS (FORMA FARMACEUTICA, PRESENTACIÓN, ENVASE)		COMPRIMIDO RECUBIERTO CAJA X 20 BLISTER DE PVC ÁMBAR/AL X 10 COMPRIMIDOS					
PRECIO REFERENCIAL (Aclaración de Particularidades LINAME 2022 - 2024)		1.80 Bs C/COMP.					
VIDA UTIL MAYOR O IGUAL 18 MESES		Nota: Se presentará CARTA DE COMPROMISO DE CAMBIO En el caso que el producto tenga una vida útil menor a 18 meses: El cambio no podrá cubrir más del 15% del lote entregado y su comunicación será 3 meses antes En el caso que el producto tenga una vida útil menor a 12 meses El cambio no podrá cubrir más del 15% del lote entregado y su comunicación será 1 mes antes)					
LEYENDA (La entidad Convocante tomará la decisión de inclusión de la leyenda, de Prohibida su venta y Propiedad de la Institución, de acuerdo a		SI					

los volúmenes de entrega y tiempos que licite)						
Condiciones Adicionales						
Plazo de entrega (Días Calendario):10 Forma de pago:Total Lugar de entrega:LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario,DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil-vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez:fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.						
16	51413504.3	34200	C0802 - NIMODIPINA - COMPRIMIDO	SI	8000	7,200.00
Documentos de Estandarización						
• REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación)						
Especificaciones Técnicas						
INFORMACION PRINCIPAL						
Atributo		Valores atributo		Unidad de Medida		
ATQ		C08CA06				
FORMA FARMACÉUTICA		COMPRIMIDO				
CONCENTRACIÓN		30		Miligramo		
Condiciones Adicionales						
Plazo de entrega (Días Calendario):10 Forma de pago:Total Lugar de entrega:LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario,DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil-vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez:fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.						
17	51432305.2	34200	C0902 - LOSARTÁN - COMPRIMIDO	SI	60000	84,000.00
Documentos de Estandarización						
• REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación)						

• CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación)							
Especificaciones Técnicas							
INFORMACION PRINCIPAL							
Atributo		Valores atributo		Unidad de Medida			
ATQ		C09CA01					
FORMA FARMACÉUTICA		Comprimido					
CONCENTRACIÓN		50		Miligramo			
Condiciones Adicionales							
Plazo de entrega (Días₁₀ Calendario): Forma de pago:Total Lugar de entrega:LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario,DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil-vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez:fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.							
18	51321701.7	34200	C1005 - ATORVASTATINA - COMPRIMIDO	SI	45000	1.40	63,000.00
Documentos de Estandarización							
• REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación)							
Especificaciones Técnicas							
INFORMACION PRINCIPAL							
Atributo		Valores atributo		Unidad de Medida			
ATQ		C10AA05					
FORMA FARMACÉUTICA		COMPRIMIDO					
CONCENTRACIÓN		20		Miligramo			
Condiciones Adicionales							
Plazo de entrega (Días₁₀ Calendario): Forma de pago:Total Lugar de entrega:LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos							

ATQ		D02AB**					
FORMA FARMACÉUTICA		PASTA O POMADA					
CONCENTRACIÓN		SEGÚN DISPONIBILIDAD					
Condiciones Adicionales							
Plazo de entrega (Días¹⁰ Calendario): Forma de pago: Total LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Lugar de entrega: Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario, DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil- vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez: fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.							
21	51273822.1	34200	D0203 - UNGÜENTO DÉRMICO EUCALIPTO MENTOL - UNGÜENTO O CREMA - SEGÚN DISPONIBILIDAD	SI	1600	6.86	10,976.00
Documentos de Estandarización							
- CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE LA EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación) - REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación)							
Especificaciones Técnicas							
INFORMACION PRINCIPAL							
Atributo		Valores atributo			Unidad de Medida		
ATQ		D02AX**					
FORMA FARMACÉUTICA		UNGÜENTO O CREMA					
CONCENTRACIÓN		SEGÚN DISPONIBILIDAD					
Condiciones Adicionales							
Plazo de entrega (Días¹⁰ Calendario): Forma de pago: Total LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Lugar de entrega: Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario, DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil- vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez: fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.							
22	51241901.2	34200	D0204 - VASELINA LÍQUIDA - SOLUCIÓN 1L	SI	30	55.00	1,650.00

Documentos de Estandarización							
• REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación)							
Especificaciones Técnicas							
INFORMACION PRINCIPAL							
Atributo		Valores atributo			Unidad de Medida		
ATQ		D02AC**					
FORMA FARMACÉUTICA		SOLUCIÓN 1L					
CONCENTRACIÓN		SEGÚN DISPONIBILIDAD					
Condiciones Adicionales							
Plazo de entrega (Días Calendario):¹⁰ Forma de pago:Total Lugar de entrega:LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto Nº 2630 Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario,DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil-vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez:fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.							
23	51422425.3	34200	D0704 - HIDROCORTISONA ACETATO - CREMA O POMADA	SI	200	11.39	2,278.00
Documentos de Estandarización							
• REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación)							
Especificaciones Técnicas							
INFORMACION PRINCIPAL							
Atributo		Valores atributo			Unidad de Medida		
ATQ		D07AA02					
FORMA FARMACÉUTICA		CREMA O POMADA					
CONCENTRACIÓN		1 %					
Condiciones Adicionales							
Plazo de entrega (Días Calendario):¹⁰							

Forma de pago:Total Lugar de entrega:LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario,DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil:vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez:fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.																			
24	51281702.12	34200	J0105 - AMOXICILINA - COMPRIMIDO	SI	3500	1.20	4,200.00												
Documentos de Estandarización • REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación) Especificaciones Técnicas INFORMACION PRINCIPAL <table border="1"> <thead> <tr> <th>Atributo</th> <th>Valores atributo</th> <th>Unidad de Medida</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ATQ</td> <td>J01CA04</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FORMA FARMACÉUTICA</td> <td>COMPRIMIDO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONCENTRACIÓN</td> <td>1</td> <td>Gramo</td> </tr> </tbody> </table> Condiciones Adicionales Plazo de entrega (Días¹⁰ Calendario): Forma de pago:Total Lugar de entrega:LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario,DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil:vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez:fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.								Atributo	Valores atributo	Unidad de Medida	ATQ	J01CA04		FORMA FARMACÉUTICA	COMPRIMIDO		CONCENTRACIÓN	1	Gramo
Atributo	Valores atributo	Unidad de Medida																	
ATQ	J01CA04																		
FORMA FARMACÉUTICA	COMPRIMIDO																		
CONCENTRACIÓN	1	Gramo																	
25	51282301.4	34200	J0113 - AZITROMICINA - COMPRIMIDO	SI	4000	4.00	16,000.00												
Documentos de Estandarización • REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación) Especificaciones Técnicas INFORMACION PRINCIPAL <table border="1"> <thead> <tr> <th>Atributo</th> <th>Valores atributo</th> <th>Unidad de Medida</th> </tr> </thead> <tbody> </tbody> </table>								Atributo	Valores atributo	Unidad de Medida									
Atributo	Valores atributo	Unidad de Medida																	

ATQ		J01FA10					
FORMA FARMACÉUTICA		COMPRIMIDO					
CONCENTRACIÓN		500		Miligramo			
Condiciones Adicionales							
Plazo de entrega (Días₁₀ Calendario): Forma de pago: Total Lugar de entrega: Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario, DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil- vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez: fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.							
26	51283509.4	34200	J0141 - DICLOXACILINA SÓDICA - CÁPSULA	SI	3000	1.24	3,720.00
Documentos de Estandarización							
• REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación)							
Especificaciones Técnicas							
INFORMACION PRINCIPAL							
Atributo		Valores atributo		Unidad de Medida			
ATQ		J01CF01					
FORMA FARMACÉUTICA		CÁPSULA					
CONCENTRACIÓN		500		Miligramo			
Condiciones Adicionales							
Plazo de entrega (Días₁₀ Calendario): Forma de pago: Total Lugar de entrega: Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario, DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil- vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez: fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.							
27	51383315.7	34200	M0101 - DICLOFENACO SÓDICO - POMADA O GEL	SI	1600	11.00	17,600.00
Documentos de Estandarización							

• REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación)							
Especificaciones Técnicas							
INFORMACION PRINCIPAL							
Atributo		Valores atributo		Unidad de Medida			
ATQ		M01AB05					
FORMA FARMACÉUTICA		POMADA O GEL					
CONCENTRACIÓN		1 %					
Condiciones Adicionales							
Plazo de entrega (Días¹⁰ Calendario): Forma de pago:Total Lugar de entrega:LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario,DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil-vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez:fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.							
28	51383315.5	34200	M0103 - DICLOFENACO SÓDICO - INYECTABLE	SI	3000	1.45	4,350.00
Documentos de Estandarización							
• REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación)							
Especificaciones Técnicas							
INFORMACION PRINCIPAL							
Atributo		Valores atributo		Unidad de Medida			
ATQ		M01AB05					
FORMA FARMACÉUTICA		INYECTABLE					
CONCENTRACIÓN		75		Miligramo			
Condiciones Adicionales							
Plazo de entrega (Días¹⁰ Calendario): Forma de pago:Total							

LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario,DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil-vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez:fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.																					
29	51384509.3	34200	M0105 - IBUPROFENO - COMPRIMIDO	SI	50000	.36	18,000.00														
Documentos de Estandarización - REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) - CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación)																					
Especificaciones Técnicas INFORMACION PRINCIPAL <table><tr><th>Atributo</th><th>Valores atributo</th><th>Unidad de Medida</th></tr><tr><td>ATQ</td><td>M01AE01</td><td></td></tr><tr><td>FORMA FARMACÉUTICA</td><td>COMPRIMIDO</td><td></td></tr><tr><td>CONCENTRACIÓN</td><td>400</td><td>Miligramo</td></tr></table>										Atributo	Valores atributo	Unidad de Medida	ATQ	M01AE01		FORMA FARMACÉUTICA	COMPRIMIDO		CONCENTRACIÓN	400	Miligramo
Atributo	Valores atributo	Unidad de Medida																			
ATQ	M01AE01																				
FORMA FARMACÉUTICA	COMPRIMIDO																				
CONCENTRACIÓN	400	Miligramo																			
Condiciones Adicionales Plazo de entrega (Días Calendario):¹⁰ Forma de pago:Total LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario,DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil-vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez:fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.																					
30	51383504.1	34200	M0109 - KETOROLACO - INYECTABLE	SI	1500	10.00	15,000.00														
Documentos de Estandarización - REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) - CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación)																					
Especificaciones Técnicas INFORMACION PRINCIPAL <table><tr><th>Atributo</th><th>Valores atributo</th><th>Unidad de Medida</th></tr></table>										Atributo	Valores atributo	Unidad de Medida									
Atributo	Valores atributo	Unidad de Medida																			

			ATQ	M01AB15			
			FORMA FARMACÉUTICA	INYECTABLE			
			CONCENTRACIÓN	30 mg/ml			
Condiciones Adicionales							
Plazo de entrega (Días¹⁰ Calendario): Forma de pago: Total LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Lugar de entrega: Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario, DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil- vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez: fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.							
31	51385804.1	34200	M0111 - MELOXICAM - COMPRIMIDO	SI	20000	3.50	70,000.00
Documentos de Estandarización							
• REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación)							
Especificaciones Técnicas							
INFORMACION PRINCIPAL							
Atributo		Valores atributo		Unidad de Medida			
ATQ		M01AC06					
FORMA FARMACÉUTICA		COMPRIMIDO					
CONCENTRACIÓN		15		Miligramo			
Condiciones Adicionales							
Plazo de entrega (Días¹⁰ Calendario): Forma de pago: Total LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Lugar de entrega: Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario, DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil- vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez: fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.							
32	51381701.5	34200	N0208 - PARACETAMOL (ACETAMINOFENO) - COMPRIMIDO	SI	40000	.23	9,200.00

Documentos de Estandarización							
• REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación)							
Especificaciones Técnicas							
INFORMACION PRINCIPAL							
Atributo		Valores atributo		Unidad de Medida			
ATQ		N02BE01					
FORMA FARMACÉUTICA		COMPRIMIDO					
CONCENTRACIÓN		500		Miligramo			
Condiciones Adicionales							
Plazo de entrega (Días Calendario): 10 Forma de pago: Total Lugar de entrega: LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario, DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil- vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez: fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.							
33	51381701.6	34200	N0209 - PARACETAMOL (ACETAMINOFENO) - JARABE	SI	100	7.80	780.00
Documentos de Estandarización							
• REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación)							
Especificaciones Técnicas							
INFORMACION PRINCIPAL							
Atributo		Valores atributo		Unidad de Medida			
ATQ		N02BE01					
FORMA FARMACEUTICA		JARABE					
CONCENTRACIÓN		120mg/5ml o 125mg/5ml					
Condiciones Adicionales							
Plazo de entrega (Días Calendario): 10							

Forma de pago:Total Lugar de entrega:LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario,DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil:vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez:fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.																			
34	51141513.3	34200	N0304 - CARBAMAZEPINA - COMPRIMIDO	SI	12000	1.08	12,960.00												
Documentos de Estandarización • REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación) Especificaciones Técnicas INFORMACION PRINCIPAL <table border="1"> <thead> <tr> <th>Atributo</th> <th>Valores atributo</th> <th>Unidad de Medida</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ATQ</td> <td>N03AF01</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FORMA FARMACÉUTICA</td> <td>COMPRIMIDO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONCENTRACIÓN</td> <td>200</td> <td>Miligramo</td> </tr> </tbody> </table> Condiciones Adicionales Plazo de entrega (Días₁₀ Calendario): Forma de pago:Total Lugar de entrega:LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario,DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil:vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez:fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.								Atributo	Valores atributo	Unidad de Medida	ATQ	N03AF01		FORMA FARMACÉUTICA	COMPRIMIDO		CONCENTRACIÓN	200	Miligramo
Atributo	Valores atributo	Unidad de Medida																	
ATQ	N03AF01																		
FORMA FARMACÉUTICA	COMPRIMIDO																		
CONCENTRACIÓN	200	Miligramo																	
35	51362604.1	34200	N0320 - PREGABALINA - COMPRIMIDO o CÁPSULA	SI	30000	7.00	210,000.00												
Documentos de Estandarización • REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación) Especificaciones Técnicas INFORMACION PRINCIPAL <table border="1"> <thead> <tr> <th>Atributo</th> <th>Valores atributo</th> <th>Unidad de Medida</th> </tr> </thead> <tbody> </tbody> </table>								Atributo	Valores atributo	Unidad de Medida									
Atributo	Valores atributo	Unidad de Medida																	

ATQ		N03AX16					
FORMA FARMACÉUTICA		COMPRIMIDO o CAPSULA					
CONCENTRACIÓN		75		Miligramo			
Condiciones Adicionales							
Plazo de entrega (Días₁₀ Calendario): Forma de pago:Total LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Lugar de entrega:Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario,DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil-vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez:fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.							
36	51362604.2	34200	N0321 - PREGABALINA - COMPRIMIDO o CÁPSULA - 150mg	SI	6500	7.00	45,500.00
Documentos de Estandarización							
• CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación) • REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación)							
Especificaciones Técnicas							
INFORMACION PRINCIPAL							
Atributo		Valores atributo			Unidad de Medida		
ATQ		N03AX16					
FORMA FARMACÉUTICA		COMPRIMIDO o CÁPSULA					
CONCENTRACIÓN		150			Miligramo		
Condiciones Adicionales							
Plazo de entrega (Días₁₀ Calendario): Forma de pago:Total LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Lugar de entrega:Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario,DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil-vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez:fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.							
37	51162626.1	34200	R0503 - DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO - JARABE	SI	1000	9.59	9,590.00

Documentos de Estandarización							
• REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación)							
Especificaciones Técnicas							
INFORMACION PRINCIPAL							
Atributo		Valores atributo		Unidad de Medida			
ATQ		R05DA09					
FORMA FARMACÉUTICA		JARABE					
CONCENTRACIÓN		10 mg / 5 ml					
Condiciones Adicionales							
Plazo de entrega (Días Calendario):10 Forma de pago:Total Lugar de entrega:LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto Nº 2630 Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario,DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil-vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez:fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.							
38	51313421.3	34200	R0601 - CLORFENAMINA (CLORFENIRAMINA) - COMPRIMIDO	SI	10000	.29	2,900.00
Documentos de Estandarización							
• REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) • CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación)							
Especificaciones Técnicas							
INFORMACION PRINCIPAL							
Atributo		Valores atributo		Unidad de Medida			
ATQ		R06AB04					
FORMA FARMACEUTICA		COMPRIMIDO					
CONCENTRACIÓN		4		Miligramo			
Condiciones Adicionales							

Plazo de entrega (Días Calendario):10 Forma de pago:Total LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Lugar de entrega:Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario,DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil-vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez:fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.																			
39	51282004.7	34200	S0105 . CLORANFENICOL - SOLUCIÓN OFTÁLMICA	SI	40	11.46	458.40												
Documentos de Estandarización - REGISTRO SANITARIO - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) - CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación)																			
Especificaciones Técnicas INFORMACION PRINCIPAL <table><tr><th>Atributo</th><th>Valores atributo</th><th>Unidad de Medida</th></tr><tr><td>ATQ</td><td>S01AA01</td><td></td></tr><tr><td>FORMA FARMACÉUTICA</td><td>SOLUCIÓN OFTALMICA</td><td></td></tr><tr><td>CONCENTRACIÓN</td><td>0,5 %</td><td></td></tr></table>								Atributo	Valores atributo	Unidad de Medida	ATQ	S01AA01		FORMA FARMACÉUTICA	SOLUCIÓN OFTALMICA		CONCENTRACIÓN	0,5 %	
Atributo	Valores atributo	Unidad de Medida																	
ATQ	S01AA01																		
FORMA FARMACÉUTICA	SOLUCIÓN OFTALMICA																		
CONCENTRACIÓN	0,5 %																		
Condiciones Adicionales Plazo de entrega (Días Calendario):10 Forma de pago:Total LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Lugar de entrega:Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario,DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil-vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez:fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.																			
40	51241120.2	34200	S0118 - LÁGRIMAS ARTIFICIALES - SOLUCIÓN OFTÁLMICA	SI	2500	48.00	120,000.00												
Documentos de Estandarización - REGISTRO SANITARIO - FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL REGISTRO SANITARIO EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) - CERTIFICADO VIGENTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA - CERTIFICADO DE EMPRESA REGISTRADA Y VIGENTE EMITIDO POR LA AGEMED (Presentar el documento para formalización de contratación) - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD - CERTIFICADO DE CONTROL DE CALIDAD OTORGADO POR EL FABRICANTE (Presentar el documento para formalización de contratación)																			
Especificaciones Técnicas																			

INFORMACION PRINCIPAL					
Atributo		Valores atributo		Unidad de Medida	
ATQ		S01XA20			
FORMA FARMACÉUTICA		SOLUCIÓN OFTÁLMICA			
CONCENTRACIÓN		0,3% o 1%			
Condiciones Adicionales					
Plazo de entrega (Días¹⁰ Calendario): Forma de pago:Total Lugar de entrega:LA PAZ, LA PAZ, Av. 6 de Agosto N° 2630 Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, Subsuelo 1 Almacén de Medicamentos a) Envases primarios y secundarios de los productos deben contener la siguiente información: Nombre genérico y/o 2. Envase Primario,DCI, Concentración, Número de Lote, Fecha de Secundario y Vida Útil-vencimiento no codificada, Nombre o logotipo del Periodo de Validez:fabricante. b) Presentar Carta de Compromiso de Cambio por el 25% del total adjudicado si la vida útil del medicamento es menor a 24 meses.					
TOTAL: Novecientos noventa y cinco mil setenta y cuatro 40/100					995,074.40
5. FUENTES Y ORGANISMOS FINANCIADORES					
#	Código	Descripción Fuente	Código	Descripción Organismo	% de participación
1	20	Recursos Específicos	230	Otros Recursos Específicos	100
6. PROYECTO/ACTIVIDAD					
Entidad		0046-SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO - LA PAZ			
Dirección Administrativa		1-GERENCIA FINANCIERA FINANCIERA			
Nro	Proyecto/Actividad	Código	Descripción Categoría Programática		
1	ACTIVIDAD	1.0001.2	CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION		
7. PERSONAL DE LA ENTIDAD RELACIONADO CON EL PROCESO DE CONTRATACION					
		Nombre	Cargo		
Encargado de atender consultas :		Cocarico Jauregui Ruth	Responsable De Almacén De Farmacia		
Responsable de Elaboración de Esp. Técnicas /Term. de Referencia		Cocarico Jauregui Ruth	Responsable De Almacén De Farmacia		
Responsable de Compra Nacional :		Paniagua Sanchez Paula	Responsable De Compra Nacional		
Responsable de elaboración de convocatoria		Duran Rojas Rosso Ibis	Enc. Contrataciones/ Adquisiciones A.I.		
8. PROGRAMACIÓN DEL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES					
	Actividad	Fecha/Plazo	Hora	Lugar	
1	Inicio del Proceso de Contratación (fecha fija)	23/06/2025		ELECTRÓNICO	
2	Presentación de propuestas/ofertas (fecha máxima)	26/06/2025	10:00	ELECTRÓNICO A TRAVÉS DEL RUPE	
3	Inicio de Subasta	26/06/2025	10:15	ELECTRÓNICO	
4	Cierre Preliminar de Subasta	26/06/2025	10:45	ELECTRÓNICO	
5	Apertura de Sobres (fecha fija)	26/06/2025	10:56	ELECTRÓNICO	
6	Aceptación de la intención de orden de compra por sistema (plazo)	5			
7	Formalización de la Contratación (plazo)	1			
9. DATOS DEL RESPONSABLE DE REGISTRO Y ENVÍO DE LA INFORMACIÓN					
Nombre completo ROSO IBIS DURÁN ROJAS Fecha de publicación 23/06/2025 16:54:44			Cargo Técnico En Contrataciones Medio de Envío Internet		

Cerrar