

**BASES ESTÁNDAR DE ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA
PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 029-2021-SENASA
PRIMERA CONVOCATORIA**

**CONTRATACIÓN DE BIENES
“ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS UGRH”**

DEBER DE COLABORACIÓN

La Entidad y todo proveedor que se someta a las presentes Bases, sea como participante, postor y/o contratista, deben conducir su actuación conforme a los principios previstos en la Ley de Contrataciones del Estado.

En este contexto, se encuentran obligados a prestar su colaboración al OSCE y a la Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia del INDECOPI, en todo momento según corresponda a sus competencias, a fin de comunicar presuntos casos de fraude, colusión y corrupción por parte de los funcionarios y servidores de la Entidad, así como los proveedores y demás actores que participan en el proceso de contratación.

De igual forma, deben poner en conocimiento del OSCE y a la Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia del INDECOPI los indicios de conductas anticompetitivas que se presenten durante el proceso de contratación, en los términos del Decreto Legislativo N° 1034, "Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas", o norma que la sustituya, así como las demás normas de la materia.

La Entidad y todo proveedor que se someta a las presentes Bases, sea como participante, postor y/o contratista del proceso de contratación deben permitir al OSCE o a la Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia del INDECOPI el acceso a la información referida a las contrataciones del Estado que sea requerida, prestar testimonio o absolución de posiciones que se requieran, entre otras formas de colaboración.

SECCIÓN GENERAL

DISPOSICIONES COMUNES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

(ESTA SECCIÓN NO DEBE SER MODIFICADA EN NINGÚN EXTREMO, BAJO SANCIÓN DE NULIDAD)

CAPÍTULO I ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

1.1. REFERENCIAS

Cuando en el presente documento se mencione la palabra Ley, se entiende que se está haciendo referencia a la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, y cuando se mencione la palabra Reglamento, se entiende que se está haciendo referencia al Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado aprobado por Decreto Supremo N° 344-2018-EF.

Las referidas normas incluyen sus respectivas modificaciones, de ser el caso.

1.2. CONVOCATORIA

Se realiza a través de su publicación en el SEACE de conformidad con lo señalado en el artículo 54 del Reglamento, en la fecha señalada en el calendario del procedimiento de selección, debiendo adjuntar las bases y resumen ejecutivo.

1.3. REGISTRO DE PARTICIPANTES

El registro de participantes se realiza conforme al artículo 55 del Reglamento. En el caso de un consorcio, basta que se registre uno (1) de sus integrantes.

Importante

- *Para registrarse como participante en un procedimiento de selección convocado por las Entidades del Estado Peruano, es necesario que los proveedores cuenten con inscripción vigente y estar habilitados ante el Registro Nacional de Proveedores (RNP) que administra el Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado (OSCE). Para obtener mayor información, se puede ingresar a la siguiente dirección electrónica: www.rnp.gob.pe.*
- *Los proveedores que deseen registrar su participación deben ingresar al SEACE utilizando su Certificado SEACE (usuario y contraseña). Asimismo, deben observar las instrucciones señaladas en el documento de orientación “Guía para el registro de participantes electrónico” publicado en <https://www2.seace.gob.pe/>.*
- *En caso los proveedores no cuenten con inscripción vigente en el RNP y/o se encuentren inhabilitados o suspendidos para ser participantes, postores y/o contratistas, el SEACE restringirá su registro, quedando a potestad de estos intentar nuevamente registrar su participación en el procedimiento de selección en cualquier otro momento, dentro del plazo establecido para dicha etapa, siempre que haya obtenido la vigencia de su inscripción o quedado sin efecto la sanción que le impuso el Tribunal de Contrataciones del Estado.*

1.4. FORMULACIÓN DE CONSULTAS Y OBSERVACIONES A LAS BASES

La formulación de consultas y observaciones a las bases se efectúa de conformidad con lo establecido en los numerales 72.1 y 72.2 del artículo 72 del Reglamento, así como el literal a) del artículo 89 del Reglamento.

1.5. ABSOLUCIÓN DE CONSULTAS, OBSERVACIONES E INTEGRACIÓN DE BASES

La absolución de consultas, observaciones e integración de las bases se realizan conforme a las disposiciones previstas en el numeral 72.4 del artículo 72 del Reglamento y el literal a) del artículo 89 del Reglamento.

Importante

- *No se absolverán consultas y observaciones a las bases que se presenten en forma física.*
- *Cuando exista divergencia entre lo indicado en el pliego de absolución de consultas y observaciones y la integración de bases, prevalece lo absuelto en el referido pliego; sin perjuicio, del deslinde de responsabilidades correspondiente.*

1.6. FORMA DE PRESENTACIÓN DE OFERTAS

Las ofertas se presentan conforme lo establecido en el artículo 59 y en el artículo 90 del Reglamento.

Las declaraciones juradas, formatos o formularios previstos en las bases que conforman la oferta deben estar debidamente firmados por el postor (firma manuscrita). Los demás documentos deben ser visados por el postor. En el caso de persona jurídica, por su representante legal, apoderado o mandatario designado para dicho fin y, en el caso de persona natural, por este o su apoderado. No se acepta el pegado de la imagen de una firma o visto. Las ofertas se presentan foliadas.

Importante

- *Los formularios electrónicos que se encuentran en el SEACE y que los proveedores deben llenar para presentar sus ofertas, tienen carácter de declaración jurada.*
- *En caso la información contenida en los documentos escaneados que conforman la oferta no coincida con lo declarado a través del SEACE, prevalece la información declarada en los documentos escaneados.*
- *No se tomarán en cuenta las ofertas que se presenten en físico a la Entidad.*

1.7. PRESENTACIÓN Y APERTURA DE OFERTAS

El participante presentará su oferta de manera electrónica a través del SEACE, desde las 00:01 horas hasta las 23:59 horas del día establecido para el efecto en el cronograma del procedimiento; adjuntando el archivo digitalizado que contenga los documentos que conforman la oferta de acuerdo a lo requerido en las bases.

El participante debe verificar antes de su envío, bajo su responsabilidad, que el archivo pueda ser descargado y su contenido sea legible.

Importante

Los integrantes de un consorcio no pueden presentar ofertas individuales ni conformar más de un consorcio en un procedimiento de selección, o en un determinado ítem cuando se trate de procedimientos de selección según relación de ítems.

En la apertura electrónica de la oferta, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, verifica la presentación de lo exigido en la sección específica de las bases de conformidad con el numeral 73.2 del artículo 73 del Reglamento y determina si las ofertas responden a las características y/o requisitos funcionales y condiciones de las Especificaciones Técnicas, detallados en la sección específica de las bases. De no cumplir con lo requerido, la oferta se considera no admitida.

1.8. EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS

La evaluación de las ofertas se realiza conforme a lo establecido en el numeral 74.1 y el literal a) del numeral 74.2 del artículo 74 del Reglamento.

En el supuesto de que dos (2) o más ofertas empaten, la determinación del orden de prelación de las ofertas empatadas se efectúa siguiendo estrictamente el orden establecido en el numeral 91.1 del artículo 91 del Reglamento.

El desempate mediante sorteo se realiza de manera electrónica a través del SEACE.

1.9. CALIFICACIÓN DE OFERTAS

La calificación de las ofertas se realiza conforme a lo establecido en los numerales 75.1 y 75.2 del artículo 75 del Reglamento.

1.10. SUBSANACIÓN DE LAS OFERTAS

La subsanación de las ofertas se sujeta a lo establecido en el artículo 60 del Reglamento. El plazo que se otorgue para la subsanación no puede ser inferior a un (1) día hábil.

La solicitud de subsanación se realiza de manera electrónica a través del SEACE y será remitida al correo electrónico consignado por el postor al momento de realizar su inscripción en el RNP, siendo su responsabilidad el permanente seguimiento de las notificaciones a dicho correo. La notificación de la solicitud se entiende efectuada el día de su envío al correo electrónico.

La presentación de las subsanaciones se realiza a través del SEACE. No se tomará en cuenta la subsanación que se presente en físico a la Entidad.

1.11. RECHAZO DE LAS OFERTAS

Previo al otorgamiento de la buena pro, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, revisa las ofertas económicas que cumplen los requisitos de calificación, de conformidad con lo establecido para el rechazo de ofertas, previsto en el artículo 68 del Reglamento, de ser el caso.

De rechazarse alguna de las ofertas calificadas, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, revisa el cumplimiento de los requisitos de calificación de los postores que siguen en el orden de prelación, en caso las hubiere.

1.12. OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO

Definida la oferta ganadora, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, otorga la buena pro mediante su publicación en el SEACE, incluyendo el cuadro comparativo y las actas debidamente motivadas de los resultados de la admisión, no admisión, evaluación, calificación, descalificación y el otorgamiento de la buena pro.

1.13. CONSENTIMIENTO DE LA BUENA PRO

Cuando se hayan presentado dos (2) o más ofertas, el consentimiento de la buena pro se produce a los cinco (5) días hábiles siguientes de la notificación de su otorgamiento, sin que los postores hayan ejercido el derecho de interponer el recurso de apelación.

En caso que se haya presentado una sola oferta, el consentimiento de la buena pro se produce el mismo día de la notificación de su otorgamiento.

El consentimiento del otorgamiento de la buena pro se publica en el SEACE al día hábil siguiente de producido.

Importante

Una vez consentido el otorgamiento de la buena pro, el órgano encargado de las contrataciones o el órgano de la Entidad al que se haya asignado tal función realiza la verificación de la oferta presentada por el postor ganador de la buena pro conforme lo establecido en el numeral 64.6 del artículo 64 del Reglamento.

CAPÍTULO II SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

2.1. RECURSO DE APELACIÓN

A través del recurso de apelación se pueden impugnar los actos dictados durante el desarrollo del procedimiento de selección hasta antes del perfeccionamiento del contrato.

El recurso de apelación se presenta ante la Entidad convocante, y es conocido y resuelto por su Titular, cuando el valor estimado sea igual o menor a cincuenta (50) UIT. Cuando el valor estimado sea mayor a dicho monto, el recurso de apelación se presenta ante y es resuelto por el Tribunal de Contrataciones del Estado.

En los procedimientos de selección según relación de ítems, el valor estimado total del procedimiento determina ante quién se presenta el recurso de apelación.

Los actos que declaren la nulidad de oficio, la cancelación del procedimiento de selección y otros actos emitidos por el Titular de la Entidad que afecten la continuidad de este, se impugnan ante el Tribunal de Contrataciones del Estado.

Importante

- *Una vez otorgada la buena pro, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, está en la obligación de permitir el acceso de los participantes y postores al expediente de contratación, salvo la información calificada como secreta, confidencial o reservada por la normativa de la materia, a más tardar dentro del día siguiente de haberse solicitado por escrito.*

Luego de otorgada la buena pro no se da a conocer las ofertas cuyos requisitos de calificación no fueron analizados y revisados por el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda.

- *A efectos de recoger la información de su interés, los postores pueden valerse de distintos medios, tales como: (i) la lectura y/o toma de apuntes, (ii) la captura y almacenamiento de imágenes, e incluso (iii) pueden solicitar copia de la documentación obrante en el expediente, siendo que, en este último caso, la Entidad deberá entregar dicha documentación en el menor tiempo posible, previo pago por tal concepto.*
- *El recurso de apelación se presenta ante la Mesa de Partes del Tribunal o ante las oficinas desconcentradas del OSCE, o en la Unidad de Trámite Documentario de la Entidad, según corresponda.*

2.2. PLAZOS DE INTERPOSICIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

La apelación contra el otorgamiento de la buena pro o contra los actos dictados con anterioridad a ella se interpone dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haberse notificado el otorgamiento de la buena pro.

La apelación contra los actos dictados con posterioridad al otorgamiento de la buena pro, contra la declaración de nulidad, cancelación y declaratoria de desierto del procedimiento, se interpone dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haberse tomado conocimiento del acto que se desea impugnar.

CAPÍTULO III DEL CONTRATO

3.1. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

Los plazos y el procedimiento para perfeccionar el contrato se realiza conforme a lo indicado en el artículo 141 del Reglamento.

El contrato se perfecciona con la suscripción del documento que lo contiene, salvo en los contratos cuyo monto del valor estimado no supere los cien mil Soles (S/ 100,000.00), en los que se puede perfeccionar con la recepción de la orden de compra, conforme a lo previsto en la sección específica de las bases.

En el caso de procedimientos de selección por relación de ítems, se puede perfeccionar el contrato con la suscripción del documento o con la recepción de una orden de compra, cuando el valor estimado del ítem corresponda al parámetro establecido en el párrafo anterior.

Importante

El órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, debe consignar en la sección específica de las bases la forma en que se perfeccionará el contrato, sea con la suscripción del contrato o la recepción de la orden de compra. En caso la Entidad perfeccione el contrato con la recepción de la orden de compra no debe incluir la proforma del contrato establecida en el Capítulo V de la sección específica de las bases.

Para perfeccionar el contrato, el postor ganador de la buena pro debe presentar los documentos señalados en el artículo 139 del Reglamento y los previstos en la sección específica de las bases.

3.2. GARANTÍAS

Las garantías que deben otorgar los postores y/o contratistas, según corresponda, son las de fiel cumplimiento del contrato y por los adelantos.

3.2.1. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO

Como requisito indispensable para perfeccionar el contrato, el postor ganador debe entregar a la Entidad la garantía de fiel cumplimiento del mismo por una suma equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato original. Esta se mantiene vigente hasta la conformidad de la recepción de la prestación a cargo del contratista.

3.2.2. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO POR PRESTACIONES ACCESORIAS

En las contrataciones que conllevan la ejecución de prestaciones accesorias, tales como mantenimiento, reparación o actividades afines, se otorga una garantía adicional por una suma equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato de la prestación accesorio, la misma que debe ser renovada periódicamente hasta el cumplimiento total de las obligaciones garantizadas.

Importante

En los contratos cuyos montos sean iguales o menores a cien mil Soles (S/ 100,000.00), no corresponde presentar garantía de fiel cumplimiento de contrato ni garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias. Dicha excepción también aplica a los contratos derivados de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del ítem adjudicado o la sumatoria de los montos de los ítems adjudicados no superen el monto señalado anteriormente, conforme a lo dispuesto en el literal a) del artículo 152 del Reglamento.

3.2.3. GARANTÍA POR ADELANTO

En caso se haya previsto en la sección específica de las bases la entrega de adelantos, el contratista debe presentar una garantía emitida por idéntico monto conforme a lo estipulado en el artículo 153 del Reglamento.

3.3. REQUISITOS DE LAS GARANTÍAS

Las garantías que se presenten deben ser incondicionales, solidarias, irrevocables y de realización automática en el país, al solo requerimiento de la Entidad. Asimismo, deben ser emitidas por empresas que se encuentren bajo la supervisión directa de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones y que cuenten con clasificación de riesgo B o superior. Asimismo, deben estar autorizadas para emitir garantías; o estar consideradas en la última lista de bancos extranjeros de primera categoría que periódicamente publica el Banco Central de Reserva del Perú.

Importante

Corresponde a la Entidad verificar que las garantías presentadas por el postor ganador de la buena pro y/o contratista cumplan con los requisitos y condiciones necesarios para su aceptación y eventual ejecución, sin perjuicio de la determinación de las responsabilidades funcionales que correspondan.

Advertencia

Los funcionarios de las Entidades no deben aceptar garantías emitidas bajo condiciones distintas a las establecidas en el presente numeral, debiendo tener en cuenta lo siguiente:

- 1. La clasificadora de riesgo que asigna la clasificación a la empresa que emite la garantía debe encontrarse listada en el portal web de la SBS (<http://www.sbs.gob.pe/sistema-financiero/clasificadoras-de-riesgo>).*
- 2. Se debe identificar en la página web de la clasificadora de riesgo respectiva, cuál es la clasificación vigente de la empresa que emite la garantía, considerando la vigencia a la fecha de emisión de la garantía.*
- 3. Para fines de lo establecido en el artículo 148 del Reglamento, la clasificación de riesgo B, incluye las clasificaciones B+ y B.*
- 4. Si la empresa que otorga la garantía cuenta con más de una clasificación de riesgo emitida por distintas empresas listadas en el portal web de la SBS, bastará que en una de ellas cumpla con la clasificación mínima establecida en el Reglamento.*

En caso exista alguna duda sobre la clasificación de riesgo asignada a la empresa emisora de la garantía, se deberá consultar a la clasificadora de riesgos respectiva.

De otro lado, además de cumplir con el requisito referido a la clasificación de riesgo, a efectos de verificar si la empresa emisora se encuentra autorizada por la SBS para emitir garantías, debe revisarse el portal web de dicha Entidad (<http://www.sbs.gob.pe/sistema-financiero/relacion-de-empresas-que-se-encuentran-autorizadas-a-emitir-cartas-fianza>).

Advertencia

Los funcionarios competentes deben verificar la autenticidad de la garantía a través de los mecanismos establecidos (consulta web, teléfono u otros) por la empresa emisora.

3.4. EJECUCIÓN DE GARANTÍAS

La Entidad puede solicitar la ejecución de las garantías conforme a los supuestos contemplados en el artículo 155 del Reglamento.

3.5. ADELANTOS

La Entidad puede entregar adelantos directos al contratista, los que en ningún caso exceden en conjunto del treinta por ciento (30%) del monto del contrato original, siempre que ello haya sido previsto en la sección específica de las bases.

3.6. PENALIDADES

3.6.1. PENALIDAD POR MORA EN LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la Entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso, de conformidad con el artículo 162 del Reglamento.

3.6.2. OTRAS PENALIDADES

La Entidad puede establecer penalidades distintas a la mencionada en el numeral precedente, según lo previsto en el artículo 163 del Reglamento y lo indicado en la sección específica de las bases.

Estos dos tipos de penalidades se calculan en forma independiente y pueden alcanzar cada una un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse.

3.7. INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

Las causales para la resolución del contrato, serán aplicadas de conformidad con el artículo 36 de la Ley y 164 del Reglamento.

3.8. PAGOS

El pago se realiza después de ejecutada la respectiva prestación, pudiendo contemplarse pagos a cuenta, según la forma establecida en la sección específica de las bases o en el contrato.

La Entidad paga las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los diez (10) días calendario siguientes de otorgada la conformidad de los bienes, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato para ello, bajo responsabilidad del funcionario competente.

La conformidad se emite en un plazo máximo de siete (7) días de producida la recepción salvo que se requiera efectuar pruebas que permitan verificar el cumplimiento de la obligación, en cuyo caso la conformidad se emite en un plazo máximo de quince (15) días, bajo responsabilidad del funcionario que debe emitir la conformidad.

En el caso que se haya suscrito contrato con un consorcio, el pago se realizará de acuerdo a lo que se indique en el contrato de consorcio.

Advertencia

En caso de retraso en los pagos a cuenta o pago final por parte de la Entidad, salvo que se deba a caso fortuito o fuerza mayor, esta reconoce al contratista los intereses legales correspondientes, de conformidad con el artículo 39 de la Ley y 171 del Reglamento, debiendo repetir contra los responsables de la demora injustificada.

3.9. DISPOSICIONES FINALES

Todos los demás aspectos del presente procedimiento no contemplados en las bases se regirán supletoriamente por la Ley y su Reglamento, así como por las disposiciones legales vigentes.

SECCIÓN ESPECÍFICA

CONDICIONES ESPECIALES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

(EN ESTA SECCIÓN LA ENTIDAD DEBERÁ COMPLETAR LA INFORMACIÓN EXIGIDA, DE ACUERDO A LAS INSTRUCCIONES INDICADAS)

CAPÍTULO I GENERALIDADES

1.1. ENTIDAD CONVOCANTE

Nombre : SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD AGRARIA
RUC N° : 20131373075
Domicilio legal : Av. La Molina Nro.1915, La Molina – Lima.
Teléfono: : (01) 313-3300
Correo electrónico: : mtucto@senasa.gob.pe

1.2. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El presente proceso de selección buscar contar con medicamentos necesarios para atender problemas menores de salud y otros del personal del SENASA a nivel nacional, lo que permitirá que su labor no se vea interrumpida brindar una atención de calidad a los trabajadores del SENASA y cumplir con todas las medidas preventivas.

1.3. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

El expediente de contratación fue aprobado mediante MEMORANDUM-0365-2021-MIDAGRI-SENASA-OAD el 10 de junio del 2021.

1.4. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Recursos Directamente Recaudados

Importante

La fuente de financiamiento debe corresponder a aquella prevista en la Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público del año fiscal en el cual se convoca el procedimiento de selección.

1.5. SISTEMA DE CONTRATACIÓN

El presente procedimiento se rige por el sistema de SUMA ALZADA, de acuerdo con lo establecido en el expediente de contratación respectivo.

1.6. MODALIDAD DE EJECUCIÓN

No corresponde

1.7. DISTRIBUCIÓN DE LA BUENA PRO

No corresponde

1.8. ALCANCES DEL REQUERIMIENTO

El alcance de la prestación está definido en el Capítulo III de la presente sección de las bases.

1.9. PLAZO DE ENTREGA

Los bienes materia de la presente convocatoria se entregarán en el plazo de Quince (15) días calendario, contabilizado a partir del día siguiente de notificado la Orden de Compra, en concordancia con lo establecido en el expediente de contratación.

1.10. COSTO DE REPRODUCCIÓN Y ENTREGA DE BASES

De manera gratuita a través del Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado (SEACE).

| |
|-------------------|
| Importante |
|-------------------|

| |
|--|
| <i>El costo de entrega de un ejemplar de las bases no puede exceder el costo de su reproducción.</i> |
|--|

1.11. BASE LEGAL

- Ley N° 31084, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2021.
- Ley N° 31085, Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público del año fiscal 2021.
- Texto único Ordenado de la Ley N°30225, Ley de Contrataciones del Estado.
- Decreto Supremo N°344-2018-EF y su modificatoria, Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, en adelante el Reglamento.

Las referidas normas incluyen sus respectivas modificaciones, de ser el caso.

CAPÍTULO II DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

2.1. CALENDARIO DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

Según el cronograma de la ficha de selección de la convocatoria publicada en el SEACE.

Importante

De conformidad con la vigesimosegunda Disposición Complementaria Final del Reglamento, en caso la Entidad (Ministerios y sus organismos públicos, programas o proyectos adscritos) haya difundido el requerimiento a través del SEACE siguiendo el procedimiento establecido en dicha disposición, no procede formular consultas u observaciones al requerimiento.

2.2. CONTENIDO DE LAS OFERTAS

La oferta contendrá, además de un índice de documentos¹, la siguiente documentación:

2.2.1. Documentación de presentación obligatoria

2.2.1.1. Documentos para la admisión de la oferta

- a) Declaración jurada de datos del postor. (**Anexo N° 1**)
- b) Documento que acredite la representación de quien suscribe la oferta.

En caso de persona jurídica, copia del certificado de vigencia de poder del representante legal, apoderado o mandatario designado para tal efecto.

En caso de persona natural, copia del documento nacional de identidad o documento análogo, o del certificado de vigencia de poder otorgado por persona natural, del apoderado o mandatario, según corresponda.

El certificado de vigencia de poder expedido por registros públicos no debe tener una antigüedad mayor de treinta (30) días calendario a la presentación de ofertas, computada desde la fecha de emisión.

En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscriba la promesa de consorcio, según corresponda.

Advertencia

De acuerdo con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1246, las Entidades están prohibidas de exigir a los administrados o usuarios la información que puedan obtener directamente mediante la interoperabilidad a que se refieren los artículos 2 y 3 de dicho Decreto Legislativo. En esa medida, si la Entidad es usuaria de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE² y siempre que el servicio web se encuentre activo en el Catálogo de Servicios de dicha plataforma, no corresponderá exigir el certificado de vigencia de poder y/o documento nacional de identidad.

- c) Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento. (**Anexo N° 2**)

¹ La omisión del índice no determina la no admisión de la oferta.

² Para mayor información de las Entidades usuarias y del Catálogo de Servicios de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE ingresar al siguiente enlace <https://www.gobiernodigital.gob.pe/interoperabilidad/>

- d) Declaración jurada de cumplimiento de las Especificaciones Técnicas contenidas en el numeral 3.1 del Capítulo III de la presente sección. **(Anexo N° 3)**
- e) Adicionalmente a la declaración jurada de cumplimiento de las Especificaciones Técnicas el posotor debe presentar:
 - ✓ Ficha técnica, folleto, catalogo o brochure del producto ofertado, donde se pueda identificar las características físicas que se indican en las especificaciones técnicas (Capítulo III de las bases).
- f) Declaración jurada de plazo de entrega. **(Anexo N° 4)³**
- g) Promesa de consorcio con firmas legalizadas, de ser el caso, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. **(Anexo N° 5)**
- h) El precio de la oferta en SOLES debe registrarse directamente en el formulario electrónico del SEACE.

En el caso de procedimientos convocados a suma alzada únicamente se debe adjuntar el Anexo N° 6, cuando corresponda indicar el monto de la oferta de la prestación accesoria o que el postor goza de alguna exoneración legal.

El precio total de la oferta y los subtotales que lo componen son expresados con dos (2) decimales. Los precios unitarios pueden ser expresados con más de dos (2) decimales.

Importante

El órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección según corresponda, verifica la presentación de los documentos requeridos. De no cumplir con lo requerido, la oferta se considera no admitida.

2.2.1.2. Documentos para acreditar los requisitos de calificación

Incorporar en la oferta los documentos que acreditan los “**Requisitos de Calificación**” que se detallan en el numeral 3.2 del Capítulo III de la presente sección de las bases.

2.2.2. Documentación de presentación facultativa:

- a) En el caso de microempresas y pequeñas empresas integradas por personas con discapacidad, o en el caso de consorcios conformados en su totalidad por estas empresas, deben presentar la constancia o certificado con el cual acredite su inscripción en el Registro de Empresas Promocionales para Personas con Discapacidad⁴.
- b) Solicitud de bonificación del cinco por ciento (5%) por tener la condición de micro y pequeña empresa **(Anexo N°10)**.
- c) Los postores que apliquen el beneficio de la exoneración del IGV previsto en la Ley N° 27037, Ley de Promoción de la Inversión en la Amazonía, deben presentar la Declaración Jurada de cumplimiento de condiciones para la aplicación de la exoneración del IGV (Anexo N° 7).

³ En caso de considerar como factor de evaluación la mejora del plazo de entrega, el plazo ofertado en dicho anexo servirá también para acreditar este factor.

⁴ Dicho documento se tendrá en consideración en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento.

Advertencia

El órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, no podrá exigir al postor la presentación de documentos que no hayan sido indicados en los acápites “Documentos para la admisión de la oferta”, “Requisitos de calificación” y “Factores de evaluación”.

2.3. PRESENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

“El recurso de apelación se presenta ante la Unidad de Trámite Documentario de la Entidad.

En caso el participante o postor opte por presentar recurso de apelación y por otorgar la garantía mediante depósito en cuenta bancaria, se debe realizar el abono en:

N ° de Cuenta : 0000-282499
Banco : Banco de la Nación
N° CCI⁵ : 018-000-000000282499-03

”

2.4. REQUISITOS PARA PERFECCIONAR EL CONTRATO

El postor ganador de la buena pro debe presentar los siguientes documentos para perfeccionar el contrato:

- a) Contrato de consorcio con firmas legalizadas ante Notario de cada uno de los integrantes, de ser el caso.
- b) Código de cuenta interbancaria (CCI) o, en el caso de proveedores no domiciliados, el número de su cuenta bancaria y la entidad bancaria en el exterior.
- c) Copia de la vigencia del poder del representante legal de la empresa que acredite que cuenta con facultades para perfeccionar el contrato, cuando corresponda.
- d) Copia de DNI del postor en caso de persona natural, o de su representante legal en caso de persona jurídica.

Advertencia

De acuerdo con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1246, las Entidades están prohibidas de exigir a los administrados o usuarios la información que puedan obtener directamente mediante la interoperabilidad a que se refieren los artículos 2 y 3 de dicho Decreto Legislativo. En esa medida, si la Entidad es usuaria de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE⁶ y siempre que el servicio web se encuentre activo en el Catálogo de Servicios de dicha plataforma, no corresponderá exigir los documentos previstos en los literales e) y f).

- e) Domicilio para efectos de la notificación durante la ejecución del contrato.
- f) Detalle de los precios unitarios del precio ofertado⁷.

Importante

⁵ En caso de transferencia interbancaria.

⁶ Para mayor información de las Entidades usuarias y del Catálogo de Servicios de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE ingresar al siguiente enlace <https://www.gobiernodigital.gob.pe/interoperabilidad/>

⁷ Incluir solo en caso de la contratación bajo el sistema a suma alzada.

- *En caso que el postor ganador de la buena pro sea un consorcio, las garantías que presente este para el perfeccionamiento del contrato, así como durante la ejecución contractual, de ser el caso, además de cumplir con las condiciones establecidas en el artículo 33 de la Ley y en el artículo 148 del Reglamento, deben consignar expresamente el nombre completo o la denominación o razón social de los integrantes del consorcio, en calidad de garantizados, de lo contrario no podrán ser aceptadas por las Entidades. No se cumple el requisito antes indicado si se consigna únicamente la denominación del consorcio, conforme lo dispuesto en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado".*
- *En los contratos cuyos montos sean iguales o menores a cien mil Soles (S/ 100,000.00), no corresponde presentar garantía de fiel cumplimiento de contrato ni garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias. Dicha excepción también aplica a los contratos derivados de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del ítem adjudicado o la sumatoria de los montos de los ítems adjudicados no supere el monto señalado anteriormente, conforme a lo dispuesto en el literal a) del artículo 152 del Reglamento.*

Importante

- *Corresponde a la Entidad verificar que las garantías presentadas por el postor ganador de la buena pro cumplan con los requisitos y condiciones necesarios para su aceptación y eventual ejecución, sin perjuicio de la determinación de las responsabilidades funcionales que correspondan.*
- *De conformidad con el Reglamento Consular del Perú aprobado mediante Decreto Supremo N° 076-2005-RE para que los documentos públicos y privados extendidos en el exterior tengan validez en el Perú, deben estar legalizados por los funcionarios consulares peruanos y refrendados por el Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú, salvo que se trate de documentos públicos emitidos en países que formen parte del Convenio de la Apostilla, en cuyo caso bastará con que estos cuenten con la Apostilla de la Haya⁸.*
- *La Entidad no puede exigir documentación o información adicional a la consignada en el presente numeral para el perfeccionamiento del contrato.*

2.5. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

El contrato se perfecciona con la suscripción del documento que lo contiene. Para dicho efecto el postor ganador de la buena pro, dentro del plazo previsto en el artículo 141 del Reglamento, debe presentar la documentación requerida en Mesa de Partes de la Entidad (Av. La Molina 1915, La Molina - Lima), en horario de lunes a viernes (08:30 a.m a 5:00 p.m.).

2.6. FORMA DE PAGO

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en pago único.

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad debe contar con la siguiente documentación:

- Recepción del Área de Almacén.
- Conformidad de la prestación efectuada, la misma que será otorgada por Director (e) de la UBG de Gestión de Recursos Humanos 2020-2024 o el especialista designado.
- Comprobante de pago y Guía de remisión (con la firma del encargado de almacén).

Importante: Dicha documentación se debe presentar en la Secretaría de la Unidad de Logística de la entidad, la factura y guía de remisión (SUNAT) debidamente firmada por el responsable del almacén, sitio en Av. La Molina N°1915, La Molina – Lima.

⁸ Según lo previsto en la Opinión N° 009-2016/DTN.

CAPÍTULO III REQUERIMIENTO

Importante

De conformidad con el numeral 29.8 del artículo 29 del Reglamento, el área usuaria es responsable de la adecuada formulación del requerimiento, debiendo asegurar la calidad técnica y reducir la necesidad de su reformulación por errores o deficiencias técnicas que repercutan en el proceso de contratación.

3.1. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

III. FINALIDAD PÚBLICA:

El presente proceso de selección buscar contar con medicamentos necesarios para atender problemas menores de salud y otros del personal del SENASA a nivel nacional, lo que permitirá que su labor no se vea interrumpida brindar una atención de calidad a los trabajadores del SENASA y cumplir con todas las medidas preventivas.

a) CARACTERÍSTICAS Y CANTIDADES POR CADA MEDICAMENTO:

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|------------|---------------------------------------|----------------|--|---------------|---------------------|--------------------|---|-----------------------|---------|---------|--|-------|-------|
| Denominación: ACETILCISTEINA X 200 MG FICHA TÉCNICA APROBADA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN Denominación del bien : ACETILCISTEINA, 200 mg, GRÁNULOS, 1 g Denominación técnica : ACETILCISTEINA, 200 mg, GRÁNULOS, 1 g Unidad de medida : SOBRE Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos. 2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN 2.1 Del bien <table> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>ACETILCISTEINA</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>200 mg o 200 mg/1 g</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>GRÁNULOS, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: gránulos, gránulos para solución, gránulos para solución oral y gránulos para suspensión oral.</td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. ORAL</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | ACETILCISTEINA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 200 mg o 200 mg/1 g | Forma farmacéutica | GRÁNULOS, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: gránulos, gránulos para solución, gránulos para solución oral y gránulos para suspensión oral. | Vía de administración | 1. ORAL | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | Unid. | 2,000 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | ACETILCISTEINA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 200 mg o 200 mg/1 g | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | GRÁNULOS, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: gránulos, gránulos para solución, gránulos para solución oral y gránulos para suspensión oral. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. ORAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|------------|---------------------------------------|-----------|--|---------------|--------|--------------------|---|-----------------------|---------|---------|--|-------|-----|
| Denominación: ACICLOVIR 200 MG | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p align="center">FICHA TÉCNICA APROBADA</p> <p>1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN</p> <p>Denominación del bien : ACICLOVIR, 200 mg, TABLETA Denominación técnica : ACICLOVIR, 200 mg, TABLETA Unidad de medida : TABLETA Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos.</p> <p>2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN</p> <p>2.1 Del bien</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>ACICLOVIR</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>200 mg</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido, tableta y tableta recubierta.</td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. ORAL</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | ACICLOVIR | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 200 mg | Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido, tableta y tableta recubierta. | Vía de administración | 1. ORAL | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | Unid. | 800 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | ACICLOVIR | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 200 mg | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido, tableta y tableta recubierta. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. ORAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|--|---------------|----------------|
| Denominación: ACICLOVIR EN CREMA (X 5GR) | | |
| <p>1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) ACICLOVIR EN CREMA (X 5 GR)</p> <p>2. PRESENTACIÓN : (*) TUBO POR 5 GR.</p> <p>3. USO : (*) ANTIHERPÉTICO DE USO TÓPICO PARA TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES CUTÁNEAS POR HERPES VIRUS SIMPLE: HERPES LABIAL, GENITAL Y RECURRENTE</p> <p>4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) CREMA</p> <p>5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) ACICLOVIR 5 GR + EXCIPIENTES</p> <p>6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 1 AÑO</p> <p>7. OTROS : (*) EVITAR USAR SOBRE MUCOSAS</p> | Unid. | 20 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|------------|---------------------------------------|------------|--|---------------|--------|--------------------|---|-----------------------|--|---------|--|-------|-----|
| Denominación: ALBENDAZOL FICHA TÉCNICA APROBADA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN Denominación del bien : ALBENDAZOL, 200 mg, TABLETA Denominación técnica : ALBENDAZOL, 200 mg, TABLETA Unidad de medida : TABLETA Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos. 2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN 2.1 Del bien <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>ALBENDAZOL</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>200 mg</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: tableta y tableta recubierta.</td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | ALBENDAZOL | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 200 mg | Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: tableta y tableta recubierta. | Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | Unid. | 200 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | ALBENDAZOL | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 200 mg | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: tableta y tableta recubierta. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|---|---------------|----------------|
| Denominación: ALGODÓN X 500G 1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) ALGODON X 500 G (ROLLO) 2. PRESENTACIÓN : (*) ROLLO X 500 G 3. USO : (*) Limpieza de materiales y equipos de laboratorio. 4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) Solido, fibras de algodón natural. 5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) Algodon purificado o absorbente 6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 2 años 7. OTROS : (*) Registro Sanitario., certificado de calidad | Unid. | 30 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|---|---------------|----------------|
| Denominación: AMBROXOL+CLENBUTEROL 7.5 MG+0.005MG | | |
| 1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) AMBROXOL + CLENBUTEROL 7.5 MG + 0.005 MG (FRASCO X 5 MG) 2. PRESENTACIÓN : (*) FRASCO 5MG 3. USO : (*) JARABE VIA ORAL CON EFECTO BRONCODILATADOR PARA INFECCIONES BRONQUIALES Y BRONCOCONSTRICION 4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) JARABE 5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) AMBROXOL + 6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 1 AÑO 7. OTROS : (*) - | Unid. | 100 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|------------|---------------------------------------|----------------------|--|---------------|--------------------------------|--------------------|---|-----------------------|---|---------|--|-------|----|
| Denominación: AMIKACINA 500 MG INYECTABLE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p align="center">FICHA TÉCNICA APROBADA</p> <p>1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN</p> <p>Denominación del bien : AMIKACINA, 500 mg/2 mL, INYECTABLE, 2 mL Denominación técnica : AMIKACINA, 500 mg/2 mL, INYECTABLE, 2 mL Unidad de medida : INYECTABLE Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos.</p> <p>2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN</p> <p>2.1 Del bien</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>SULFATO DE AMIKACINA</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>500 mg/2 mL (250 mg/mL x 2 mL)</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>INYECTABLE, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: solución inyectable y solución para inyección.</td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. INFUSIÓN INTRAVENOSA, INTRAMUSCULAR o 2. INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | SULFATO DE AMIKACINA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 500 mg/2 mL (250 mg/mL x 2 mL) | Forma farmacéutica | INYECTABLE, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: solución inyectable y solución para inyección. | Vía de administración | 1. INFUSIÓN INTRAVENOSA, INTRAMUSCULAR o 2. INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | Unid. | 40 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | SULFATO DE AMIKACINA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 500 mg/2 mL (250 mg/mL x 2 mL) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | INYECTABLE, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: solución inyectable y solución para inyección. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. INFUSIÓN INTRAVENOSA, INTRAMUSCULAR o 2. INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|------------|---------------------------------------|---|--|---------------|-----------------|--------------------|--|-----------------------|--------------------|---------|--|-------|-----|
| Denominación: AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO 500 MG EN TABLETAS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p align="center">FICHA TÉCNICA APROBADA</p> <p>1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN</p> <p>Denominación del bien : AMOXICILINA + ÁCIDO CLAVULÁNICO, 500 mg + 125 mg, TABLETA Denominación técnica : AMOXICILINA + ÁCIDO CLAVULÁNICO, 500 mg + 125 mg, TABLETA Unidad de medida : TABLETA Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos.</p> <p>2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN</p> <p>2.1 Del bien</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>AMOXICILINA + ÁCIDO CLAVULÁNICO o AMOXICILINA TRIHIDRATO + ÁCIDO CLAVULÁNICO o AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTASIO o AMOXICILINA TRIHIDRATO + CLAVULANATO DE POTASIO</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>500 mg + 125 mg</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta.</td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. ORAL o 2. BUCAL</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | AMOXICILINA + ÁCIDO CLAVULÁNICO o AMOXICILINA TRIHIDRATO + ÁCIDO CLAVULÁNICO o AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTASIO o AMOXICILINA TRIHIDRATO + CLAVULANATO DE POTASIO | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 500 mg + 125 mg | Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta. | Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | Unid. | 800 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | AMOXICILINA + ÁCIDO CLAVULÁNICO o AMOXICILINA TRIHIDRATO + ÁCIDO CLAVULÁNICO o AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTASIO o AMOXICILINA TRIHIDRATO + CLAVULANATO DE POTASIO | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 500 mg + 125 mg | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--|---------------|--------|--------------------|---|-----------------------|----------------------------------|---------|--|-------|-------|
| Denominación: AMOXICILINA DE 500 MG TAB | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p align="center">FICHA TÉCNICA APROBADA</p> <p>1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN</p> <p>Denominación del bien : AMOXICILINA, 500 mg, TABLETA Denominación técnica : AMOXICILINA, 500 mg, TABLETA Unidad de medida : TABLETA Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos.</p> <p>2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN</p> <p>2.1 Del bien</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>AMOXICILINA o AMOXICILINA TRIHIDRATO</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>500 mg</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: cápsula, comprimido, comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta.</td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | AMOXICILINA o AMOXICILINA TRIHIDRATO | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 500 mg | Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: cápsula, comprimido, comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta. | Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | Unid. | 2,500 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | AMOXICILINA o AMOXICILINA TRIHIDRATO | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 500 mg | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: cápsula, comprimido, comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|--|---------------|----------------|
| Denominación: AMPICILINA BENZATINICA 1200 MG | | |
| 1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) AMPICILINA BENZATINICA 1200 MG 2. PRESENTACIÓN : (*) AMPOLLA 1200MG 3. USO : (*) ANTIBIOTICO PARA TRATAMIENTO DE INFECCIONES BACTERIANAS 4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) AMPOLLA 5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) AMPICILINA BENZATINICA 6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 1 AÑO 7. OTROS : (*) NO APLICA 8. FINALIDAD PÚBLICA : (*) TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS BACTERIANAS | Unid. | 2 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|--|---------------|----------------|
| Denominación: AZITROMICINA 500 MG | | |
| 1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) AZITROMICINA 500 MG 2. PRESENTACIÓN : (*) CAJA POR 03 TABLETAS 3. USO : (*) INFECCIONES VIAS RESPIRATORIAS, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (CHANCROIDE, URETRITIS GONOCÓCICA Y NO GONOCÓCICA), PIÉ U TEFILIAS BACTERIANAS 4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) TABLETAS RECUBIERTAS 5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) AZITROMICINA 500MG 6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 1 AÑO 7. OTROS : (*) ANTIBIOTICO MACROLIDO | Unid. | 2000 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|--|---------------|----------------|
| Denominación: BENCIDAMIDA CLORHIDRATO 0.15 % SOL SPRAY | | |
| 1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) BENCIDAMIDA CLORHIDRATO 0.15 % SOL SPRAY 2. PRESENTACIÓN : (*) FRASCO 3. USO : (*) ALIVIO ANTIINFLAMATORIO DE MUCOSA FARINGEA 4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) SPRAY 5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) NO APLICA 6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 1 AÑO 7. OTROS : (*) NO APLICA 8. FINALIDAD PÚBLICA : (*) ATENCIÓN A TRABAJADORES | Unid. | 100 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|--|---------------|----------------|
| Denominación: BENCIDAMIDA CLORHIDRATO 3MG | | |
| 1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) BENCIDAMIDA CLORHIDRATO 3MG 2. PRESENTACIÓN : (*) CÁRAMELOS MASTICABLES 3. USO : (*) antiinflamatorio 4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) CÁRAMELOS MASTICABLES 5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) bencidamina 6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 2 años 7. OTROS : (*) ninguno 8. FINALIDAD PÚBLICA : (*) para consultorio médico del SENASA | Unid. | 3000 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|------------|---------------------------------------|---|--|---------------|--------|--------------------|--|-----------------------|---|---------|--|-------|----|
| Denominación: BETAMETASONA 0.05 % CRM 20 G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p align="center">FICHA TÉCNICA APROBADA</p> <p>1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN</p> <p>Denominación del bien : BETAMETASONA, 0,05 %, CREMA, 20 g Denominación técnica : BETAMETASONA, 0,05 %, CREMA, 20 g Unidad de medida : TUBO Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos.</p> <p>2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN</p> <p>2.1. Del bien</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>DIPROPIONATO DE BETAMETASONA o BETAMETASONA</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>0,05 %</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>CREMA, comprende a la forma farmacéutica detallada: crema.</td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. CUTÁNEA o 2. DÉRMICA o 3. TÓPICA</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | DIPROPIONATO DE BETAMETASONA o BETAMETASONA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 0,05 % | Forma farmacéutica | CREMA, comprende a la forma farmacéutica detallada: crema. | Vía de administración | 1. CUTÁNEA o 2. DÉRMICA o 3. TÓPICA | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | Unid. | 30 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | DIPROPIONATO DE BETAMETASONA o BETAMETASONA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 0,05 % | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | CREMA, comprende a la forma farmacéutica detallada: crema. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. CUTÁNEA o 2. DÉRMICA o 3. TÓPICA | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|------------|---------------------------------------|-----------|--|---------------|-------|--------------------|---|-----------------------|-----------------------|---------|--|-------|-----|
| Denominación: CAPTOPRIL 25 MG TAB | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p align="center">FICHA TÉCNICA APROBADA</p> <p>1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN</p> <p>Denominación del bien : CAPTOPRIL, 25 mg, TABLETA Denominación técnica : CAPTOPRIL, 25 mg, TABLETA Unidad de medida : TABLETA Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos.</p> <p>2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN</p> <p>2.1 Del bien</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>CAPTAPRIL</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>25 mg</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido y tableta.</td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. ORAL o 2. BUCAL</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | CAPTAPRIL | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 25 mg | Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido y tableta. | Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | Unid. | 500 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | CAPTAPRIL | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 25 mg | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido y tableta. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|------------|---------------------------------------|------------------------|--|---------------|--------|--------------------|---|-----------------------|---------|---------|--|-------|-----|
| Denominación: CEFALEXINA DE 500 MG | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FICHA TÉCNICA APROBADA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Denominación del bien : CEFALEXINA, 500 mg, TABLETA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Denominación técnica : CEFALEXINA, 500 mg, TABLETA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unidad de medida : TABLETA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 Del bien | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table><tr><th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr><tr><td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>MONOHIDRATO CEFALEXINA</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr><tr><td>Concentración</td><td>500 mg</td></tr><tr><td>Forma farmacéutica</td><td>TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: cápsula, comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta.</td></tr><tr><td>Vía de administración</td><td>1. ORAL</td></tr><tr><td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr></table> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | MONOHIDRATO CEFALEXINA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 500 mg | Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: cápsula, comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta. | Vía de administración | 1. ORAL | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | Unid. | 800 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | MONOHIDRATO CEFALEXINA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 500 mg | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: cápsula, comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. ORAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |
| La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses. | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|----------------|------------|---------------------------------------|--|--|---------------|---------------|--------------------|--|-----------------------|-------------------------------|---------|--|
| Denominación: CEFTRIAXONA X 1 G INY | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FICHA TÉCNICA APROBADA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Denominación del bien : CEFTRIAXONA, 1 g, INYECTABLE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Denominación técnica : CEFTRIAXONA, 1 g, INYECTABLE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unidad de medida : INYECTABLE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 Del bien | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table><tr><th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr><tr><td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>CEFTRIAXONA o CEFTRIAXONA DE SODIO o CEFTRIAXONA DE SODIO HEMIHEPTAHIDRATO</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr><tr><td>Concentración</td><td>1 g o 1000 mg</td></tr><tr><td>Forma farmacéutica</td><td>INYECTABLE, comprende a la forma farmacéutica detallada: polvo para solución inyectable.</td></tr><tr><td>Vía de administración</td><td>1. INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA</td></tr><tr><td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr></table> | | | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | CEFTRIAXONA o CEFTRIAXONA DE SODIO o CEFTRIAXONA DE SODIO HEMIHEPTAHIDRATO | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 1 g o 1000 mg | Forma farmacéutica | INYECTABLE, comprende a la forma farmacéutica detallada: polvo para solución inyectable. | Vía de administración | 1. INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | CEFTRIAXONA o CEFTRIAXONA DE SODIO o CEFTRIAXONA DE SODIO HEMIHEPTAHIDRATO | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 1 g o 1000 mg | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | INYECTABLE, comprende a la forma farmacéutica detallada: polvo para solución inyectable. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |
| La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses. | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|------------|---------------------------------------|-----------|--|---------------|--------|--------------------|--|-----------------------|--|---------|--|-------|------|
| Denominación: CELECOXIB DE 200 MG FICHA TÉCNICA APROBADA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN Denominación del bien : CELECOXIB, 200 mg, TABLETA Denominación técnica : CELECOXIB, 200 mg, TABLETA Unidad de medida : TABLETA Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos. 2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN 2.1 Del bien <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>CELECOXIB</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>200 mg</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: cápsula, tableta y tableta recubierta.</td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | CELECOXIB | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 200 mg | Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: cápsula, tableta y tableta recubierta. | Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | Unid. | 1000 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | CELECOXIB | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 200 mg | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: cápsula, tableta y tableta recubierta. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|---|---------------|----------------|
| Denominación: CETIRIZINA DICLOHIDRATO + PSEUDOEFEEDRINA SULFATO 5 MG.+120 GM. 1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) CETIRIZINA DICLOHIDRATO+PSEUDOEFEEDRINA SULFATO 5 MG.+120 GM. (X UNIDAD) 2. PRESENTACIÓN : (*) Caja x 100 und. 3. USO : (*) ANTIISTAMINICO ANTIALERGICO 4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) TABLETAS COMPUESTAS 5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) CETIRIZINA + PSEUDOEFEEDRINA 6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 1 AÑO 7. OTROS : (*) CONTRAINDICADO EN HIPERTENSOS | Unid. | 500 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|------------|---------------------------------------|--|--|---------------|--------|--------------------|--|-----------------------|--|---------|--|-------|------|
| Denominación: CIPROFLOXACINO DE 500 MG FICHA TÉCNICA APROBADA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN Denominación del bien : CIPROFLOXACINO, 500 mg, TABLETA Denominación técnica : CIPROFLOXACINO, 500 mg, TABLETA Unidad de medida : TABLETA Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos. 2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN 2.1 Del bien <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>CIPROFLOXACINO o CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINO o CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINO MONOHIDRATO</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>500 mg</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido, comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta.</td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | CIPROFLOXACINO o CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINO o CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINO MONOHIDRATO | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 500 mg | Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido, comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta. | Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | Unid. | 2000 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | CIPROFLOXACINO o CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINO o CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINO MONOHIDRATO | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 500 mg | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido, comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|------------|---------------------------------------|----------------|--|---------------|--------|--------------------|--|-----------------------|--|---------|--|-------|-----|
| Denominación: CLARITROMICINA 500 MG TAB FICHA TÉCNICA APROBADA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN Denominación del bien : CLARITROMICINA, 500 mg, TABLETA Denominación técnica : CLARITROMICINA, 500 mg, TABLETA Unidad de medida : TABLETA Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos. 2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN 2.1 Del bien <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>CLARITROMICINA</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>500 mg</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta.</td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | CLARITROMICINA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 500 mg | Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta. | Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | Unid. | 300 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | CLARITROMICINA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 500 mg | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|------------|---------------------------------------|-------------------------|--|---------------|---|--------------------|---|-----------------------|---|---------|--|-------|-----|
| Denominación: CLORFENAMINA 10 MG FICHA TÉCNICA APROBADA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN Denominación del bien : CLORFENAMINA, 10 mg/mL, INYECTABLE, 1 mL Denominación técnica : CLORFENAMINA, 10 mg/mL, INYECTABLE, 1 mL Unidad de medida : INYECTABLE Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos. 2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN 2.1 Del bien <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>MALEATO DE CLORFENAMINA</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>10 mg/1 mL o 10 mg/mL (10 mg/mL x 1 mL)</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>INYECTABLE, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: solución inyectable y solución para inyección.</td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA o 2. INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA, SUBCUTANEA</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | MALEATO DE CLORFENAMINA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 10 mg/1 mL o 10 mg/mL (10 mg/mL x 1 mL) | Forma farmacéutica | INYECTABLE, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: solución inyectable y solución para inyección. | Vía de administración | 1. INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA o 2. INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA, SUBCUTANEA | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | Unid. | 800 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | MALEATO DE CLORFENAMINA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 10 mg/1 mL o 10 mg/mL (10 mg/mL x 1 mL) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | INYECTABLE, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: solución inyectable y solución para inyección. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA o 2. INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA, SUBCUTANEA | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|--|---------------|----------------|
| Denominación: CLORURO DE SODIO 9% X 1 LITRO | Unid. | 20 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|---|---------------|----------------|
| Denominación: CLORZOXAZONA 250 MG + PARACETAMOL 300 MG 1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) CLORZOXAZONA 250 MG + PARACETAMOL 300 MG (FLECTADOL) X 60 TAB 2. PRESENTACIÓN : (*) TABLETA 3. USO : (*) RELAJANTE MUSCULAR + ANALGESICO 4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) PASTILLA 5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) CLORZOXAZONA + PARACETAMOL 6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 2 AÑOS 7. OTROS : (*) EVITAR EN TRABAJADORES QUE VAYAN A OPERAR MAQUINARIA O MANEJAR O SUBIR A ALTURA ESTRUCTURAL 8. FINALIDAD PÚBLICA : (*) BIENESTAR LABORAL | Unid. | 700 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|------------|---------------------------------------|-------------|--|---------------|----|--|--------------------|--|--|-----------------------|---------------------------|--|---------|--|--|-------|-----|
| Denominación: CLOTRIMAZOL CRM 20 G FICHA TÉCNICA APROBADA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN Denominación del bien : CLOTRIMAZOL, 1%, CREMA, 20 g Denominación técnica : CLOTRIMAZOL, 1%, CREMA, 20 g Unidad de medida : TUBO Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos. 2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN 2.1 Del bien <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>CLOTRIMAZOL</td><td>Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>1%</td><td></td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>CREMA, comprende a la forma farmacéutica detallada: crema.</td><td></td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. TÓPICA o 2. DÉRMICA</td><td></td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | CLOTRIMAZOL | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 1% | | Forma farmacéutica | CREMA, comprende a la forma farmacéutica detallada: crema. | | Vía de administración | 1. TÓPICA o 2. DÉRMICA | | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | Unid. | 300 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | CLOTRIMAZOL | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 1% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | CREMA, comprende a la forma farmacéutica detallada: crema. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. TÓPICA o 2. DÉRMICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|--|---------------|----------------|
| Denominación: DEXAMETASONA + FRAMICETINA GOTAS 1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) DEXAMETASONA + FRAMICETINA GOTAS 2. PRESENTACIÓN : (*) FRASCO GOTERO 3. USO : (*) ANTIINFLAMATORIO OFTALMICO 4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) GOTAS COMPUESTO 5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) DEXAMETASONA + FRAMICETINA 6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (2 AÑOS 7. OTROS : (*) NINGUNO 8. FINALIDAD PÚBLICA : (*) ATENCIÓN MÉDICA | Unid. | 50 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|------------|---------------------------------------|--|--|---------------|------|--|--------------------|--|--|-----------------------|-----------------------|--|---------|--|--|-------|------|
| Denominación: DEXAMETASONA 4 MG TAB | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FICHA TÉCNICA APROBADA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Denominación del bien : DEXAMETASONA, 4 mg, TABLETA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Denominación técnica : DEXAMETASONA, 4 mg, TABLETA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unidad de medida : TABLETA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 Del bien | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table><tr><th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr><tr><td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>DEXAMETASONA o FOSFATO DE DEXAMETASONA</td><td>Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr><tr><td>Concentración</td><td>4 mg</td><td></td></tr><tr><td>Forma farmacéutica</td><td>TABLETA, comprende a la forma farmacéutica detallada: tableta.</td><td></td></tr><tr><td>Vía de administración</td><td>1. ORAL o 2. BUCAL</td><td></td></tr><tr><td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td><td></td></tr></table> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | DEXAMETASONA o FOSFATO DE DEXAMETASONA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 4 mg | | Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a la forma farmacéutica detallada: tableta. | | Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL | | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | Unid. | 1000 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | DEXAMETASONA o FOSFATO DE DEXAMETASONA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 4 mg | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a la forma farmacéutica detallada: tableta. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|-----------------|----------------|------------|---------------------------------------|--------------------------------|--|---------------|---------------------|--------------------|---|-----------------------|--|---------|--|
| Denominación: DEXAMETASONA DE 4MG, INYECTABLE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FICHA TÉCNICA APROBADA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Denominación del bien : DEXAMETASONA, 4 mg/mL, INYECTABLE, 1 mL | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Denominación técnica : DEXAMETASONA, 4 mg/mL, INYECTABLE, 1 mL | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unidad de medida : INYECTABLE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 Del bien | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table><tr><th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr><tr><td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr><tr><td>Concentración</td><td>4 mg/mL o 4 mg/1 mL</td></tr><tr><td>Forma farmacéutica</td><td>INYECTABLE, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: solución inyectable y solución para inyección.</td></tr><tr><td>Vía de administración</td><td>1. INTRAARTERIAL, INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA o 2. INTRAARTICULAR, INTRALESIONAL, INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA o 3. INTRAARTICULAR, INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA o 4. INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA</td></tr><tr><td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr></table> | | | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 4 mg/mL o 4 mg/1 mL | Forma farmacéutica | INYECTABLE, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: solución inyectable y solución para inyección. | Vía de administración | 1. INTRAARTERIAL, INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA o 2. INTRAARTICULAR, INTRALESIONAL, INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA o 3. INTRAARTICULAR, INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA o 4. INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 4 mg/mL o 4 mg/1 mL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | INYECTABLE, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: solución inyectable y solución para inyección. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. INTRAARTERIAL, INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA o 2. INTRAARTICULAR, INTRALESIONAL, INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA o 3. INTRAARTICULAR, INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA o 4. INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |
| La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses. | | | | | | | | | | | | | | | | |

Unid. 2000

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|---|---------------|----------------|
| Denominación: DICLOFENACO + PARACETAMOL 50 MG + 500 MG | | |
| 1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) DICLOFENACO + PARACETAMOL 50 MG + 500 MG TAB 2. PRESENTACIÓN : (*) TABLETA 3. USO : (*) ANTIINFLAMATORIO + ANALGESICO + ANTIPIRETICO 4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) TABLETA 5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) DICLOFENACO + PARACETAMOL 6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 1 AÑO 7. OTROS : (*) EVITAR EN ALERGIA A AINES | Unid. | 1000 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|------------|---------------------------------------|----------------------|--|---------------|------------------------------|--------------------|---|-----------------------|--|---------|--|-------|------|
| Denominación: DICLOFENACO 75 MG / 3 ML | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FICHA TÉCNICA APROBADA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN Denominación del bien : DICLOFENACO, 75 mg/3 mL, INYECTABLE, 3 mL Denominación técnica : DICLOFENACO, 75 mg/3 mL, INYECTABLE, 3 mL Unidad de medida : INYECTABLE Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos. 2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN 2.1 Del bien <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>DICLOFENACO DE SODIO</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>75 mg/3 mL (25 mg/mL x 3 mL)</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>INYECTABLE, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: solución inyectable y solución para inyección.</td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. INTRAMUSCULAR o 2. INTRAMUSCULAR e INTRAVENOSA</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | DICLOFENACO DE SODIO | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 75 mg/3 mL (25 mg/mL x 3 mL) | Forma farmacéutica | INYECTABLE, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: solución inyectable y solución para inyección. | Vía de administración | 1. INTRAMUSCULAR o 2. INTRAMUSCULAR e INTRAVENOSA | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | Unid. | 2000 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | DICLOFENACO DE SODIO | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 75 mg/3 mL (25 mg/mL x 3 mL) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | INYECTABLE, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: solución inyectable y solución para inyección. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. INTRAMUSCULAR o 2. INTRAMUSCULAR e INTRAVENOSA | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------|----------------|------------|---------------------------------------|---|--|---------------|----|--|--------------------|--|--|-----------------------|---------------------------|--|---------|
| Denominación: DICLOFENACO EN GEL (X 50 GR) | Unid. | 300 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p align="center">FICHA TÉCNICA APROBADA</p> <p>1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN</p> <p>Denominación del bien : DICLOFENACO, 1%, GEL, 50 g Denominación técnica : DICLOFENACO, 1%, GEL, 50 g Unidad de medida : TUBO Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos.</p> <p>2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN</p> <p>2.1 Del bien</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>DICLOFENACO DE POTASIO o DICLOFENACO DE SODIO o DICLOFENACO DIETILAMINA o DICLOFENACO DIETILAMONIO</td><td>Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>1%</td><td></td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>GEL, comprende a la forma farmacéutica detallada: gel.</td><td></td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. TÓPICA o 2. DÉRMICA</td><td></td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | | | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | DICLOFENACO DE POTASIO o DICLOFENACO DE SODIO o DICLOFENACO DIETILAMINA o DICLOFENACO DIETILAMONIO | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 1% | | Forma farmacéutica | GEL, comprende a la forma farmacéutica detallada: gel. | | Vía de administración | 1. TÓPICA o 2. DÉRMICA | | Calidad |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | DICLOFENACO DE POTASIO o DICLOFENACO DE SODIO o DICLOFENACO DIETILAMINA o DICLOFENACO DIETILAMONIO | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 1% | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | GEL, comprende a la forma farmacéutica detallada: gel. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. TÓPICA o 2. DÉRMICA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|---|---------------|----------------|
| Denominación: DICLOFENACO SODICO 50 MG | Unid. | 2000 |
| <p>1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) DICLOFENACO SODICO 50 MG TAB</p> <p>2. PRESENTACIÓN : (*) TABLETA</p> <p>3. USO : (*) ANTIINFLAMATORIO ANALGESICO</p> <p>4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) Diclofenaco sódico 50 mg, tabletas con recubrimiento entérico que contienen 50 mg de diclofenaco sódico.</p> <p>5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) DICLOFENACO</p> <p>6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 1 AÑO</p> <p>7. OTROS : (*) EVITAR EN ALERGIA A AINES</p> | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|------------|---------------------------------------|------------------------------------|--|---------------|--------|--------------------|--|-----------------------|--|---------|--|-------|---|
| Denominación: DICLOXACILINA 500 MG | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p align="center">FICHA TÉCNICA APROBADA</p> <p>1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN</p> <p>Denominación del bien : DICLOXACILINA, 500 mg, TABLETA Denominación técnica : DICLOXACILINA, 500 mg, TABLETA Unidad de medida : TABLETA Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos.</p> <p>2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN</p> <p>2.1 Del bien</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>DICLOXACILINA DE SODIO MONOHIDRATO</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>500 mg</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>TABLETA, comprende a la forma farmacéutica detallada: cápsula.</td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | DICLOXACILINA DE SODIO MONOHIDRATO | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 500 mg | Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a la forma farmacéutica detallada: cápsula. | Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | Unid. | 5 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | DICLOXACILINA DE SODIO MONOHIDRATO | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 500 mg | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a la forma farmacéutica detallada: cápsula. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|------------|---------------------------------------|----------------|--|---------------|------------------------------|--------------------|---|-----------------------|-------------------------------|---------|--|-------|-----|
| Denominación: DIMENHIDRINATO 50MG INYECTABLE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p align="center">FICHA TÉCNICA APROBADA</p> <p>1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN</p> <p>Denominación del bien : DIMENHIDRINATO, 50 mg/5 mL, INYECTABLE, 5 mL Denominación técnica : DIMENHIDRINATO, 50 mg/5 mL, INYECTABLE, 5 mL Unidad de medida : INYECTABLE Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos.</p> <p>2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN</p> <p>2.1 Del bien</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>DIMENHIDRINATO</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>50 mg/5 mL (10 mg/mL x 5 mL)</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>INYECTABLE, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: solución inyectable y solución para inyección.</td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | DIMENHIDRINATO | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 50 mg/5 mL (10 mg/mL x 5 mL) | Forma farmacéutica | INYECTABLE, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: solución inyectable y solución para inyección. | Vía de administración | 1. INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | Unid. | 100 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | DIMENHIDRINATO | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 50 mg/5 mL (10 mg/mL x 5 mL) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | INYECTABLE, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: solución inyectable y solución para inyección. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|-----------------|----------------|------------|---------------------------------------|----------------|--|---------------|-------|--------------------|---|-----------------------|--|---------|--|
| Denominación: DIMENHIDRINATO X 50 MG TAB | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FICHA TÉCNICA APROBADA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN Denominación del bien : DIMENHIDRINATO, 50 mg, TABLETA Denominación técnica : DIMENHIDRINATO, 50 mg, TABLETA Unidad de medida : TABLETA Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos. 2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN 2.1 Del bien <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>DIMENHIDRINATO</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>50 mg</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: cápsula blanda, comprimido y tableta.</td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | | | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | DIMENHIDRINATO | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 50 mg | Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: cápsula blanda, comprimido y tableta. | Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | DIMENHIDRINATO | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 50 mg | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: cápsula blanda, comprimido y tableta. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Unid. | 300 | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|-----------------|----------------|------------|---------------------------------------|-------------------------|--|---------------|------|--------------------|--|-----------------------|---------------|---------|--|
| Denominación: DINITRATO DE ISOSORBIDA (SUBLINGUAL) 5 MG TAB | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FICHA TÉCNICA APROBADA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN Denominación del bien : DINITRATO DE ISOSORBIDA, 5 mg, TABLETA SUBLINGUAL Denominación técnica : DINITRATO DE ISOSORBIDA, 5 mg, TABLETA SUBLINGUAL Unidad de medida : TABLETA Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos. 2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN 2.1 Del bien <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>DINITRATO DE ISOSORBIDA</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>5 mg</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>TABLETA SUBLINGUAL, comprende a la forma farmacéutica detallada: tableta sublingual.</td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. SUBLINGUAL</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | | | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | DINITRATO DE ISOSORBIDA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 5 mg | Forma farmacéutica | TABLETA SUBLINGUAL, comprende a la forma farmacéutica detallada: tableta sublingual. | Vía de administración | 1. SUBLINGUAL | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | DINITRATO DE ISOSORBIDA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 5 mg | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | TABLETA SUBLINGUAL, comprende a la forma farmacéutica detallada: tableta sublingual. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. SUBLINGUAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Unid. | 40 | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|------------|---------------------------------------|----------------------|--|---------------|-------|--------------------|---|-----------------------|--|---------|--|-------|-----|
| Denominación: ENALAPRIL 10 MG | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p align="center">FICHA TÉCNICA APROBADA</p> <p>1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN</p> <p>Denominación del bien : ENALAPRIL, 10 mg, TABLETA Denominación técnica : ENALAPRIL, 10 mg, TABLETA Unidad de medida : TABLETA Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos.</p> <p>2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN</p> <p>2.1 Del bien</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>MALEATO DE ENALAPRIL</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>10 mg</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido y tableta.</td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | MALEATO DE ENALAPRIL | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 10 mg | Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido y tableta. | Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | Unid. | 100 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | MALEATO DE ENALAPRIL | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 10 mg | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido y tableta. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------|--------------------------|--------------------|---|-----------------------|--|---------|--|-------|----|
| Denominación: EPINEFRINA DE 1 MG INY (AMP X 1 ML) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p align="center">FICHA TÉCNICA APROBADA</p> <p>1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN</p> <p>Denominación del bien : EPINEFRINA, 1 mg/mL, INYECTABLE, 1 mL Denominación técnica : EPINEFRINA, 1 mg/mL, INYECTABLE, 1 mL Unidad de medida : INYECTABLE Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos.</p> <p>2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN</p> <p>2.1 Del bien</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICA</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>EPINEFRINA o BITARTRATO DE EPINEFRINA</td><td rowspan="5">Registros sanitarios vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011-SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>1 mg/mL o 1 mg/1 mL o 1%</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>INYECTABLE, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: solución inyectable y solución para inyección.</td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. INFILTRACIÓN, INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA, SUBCUTÁNEA o 2. INTRACARDIACA, INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA, SUBCUTÁNEA o 3. INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA, SUBCUTÁNEA</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICA | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | EPINEFRINA o BITARTRATO DE EPINEFRINA | Registros sanitarios vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011-SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 1 mg/mL o 1 mg/1 mL o 1% | Forma farmacéutica | INYECTABLE, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: solución inyectable y solución para inyección. | Vía de administración | 1. INFILTRACIÓN, INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA, SUBCUTÁNEA o 2. INTRACARDIACA, INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA, SUBCUTÁNEA o 3. INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA, SUBCUTÁNEA | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | Unid. | 20 |
| CARACTERÍSTICA | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | EPINEFRINA o BITARTRATO DE EPINEFRINA | Registros sanitarios vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011-SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 1 mg/mL o 1 mg/1 mL o 1% | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | INYECTABLE, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: solución inyectable y solución para inyección. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. INFILTRACIÓN, INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA, SUBCUTÁNEA o 2. INTRACARDIACA, INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA, SUBCUTÁNEA o 3. INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA, SUBCUTÁNEA | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|---|------------------|-------------------|
| Denominación: ERGONOVINA + CAFEINA | | |
| <p>1. <u>DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO</u> : (*) ERGONOVINA + CAFEINA (X 100 TABLETAS)</p> <p>2. <u>PRESENTACIÓN</u> : (*) CAJA POR 100 TABLETAS</p> <p>3. <u>USO</u> : (*) ANTIMIGRAOSO</p> <p>4. <u>CARACTERÍSTICAS FÍSICAS</u> : (*) TABLETAS RECUBIERTAS</p> <p>5. <u>COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO)</u> : (*) ERGONOVINA 1 MG + CAFEINA 100 MG</p> <p>6. <u>FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO)</u> : (*) 1 AÑO</p> <p>7. <u>OTROS</u> : (*) ANTIMIGRAOSO</p> | Unid. | 200 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|---|------------------|-------------------|
| Denominación: ESPARADRAPO 2.5 X 9.1 M | | |
| <p>1. <u>DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO</u> : (*) ESPARADRAPO 2.5 X 9.1 M</p> <p>2. <u>PRESENTACIÓN</u> : (*) ESPARADRAPO</p> <p>3. <u>USO</u> : (*) CURACIONES</p> <p>4. <u>CARACTERÍSTICAS FÍSICAS</u> : (*) ANTIBACTERIAL</p> <p>5. <u>DOCUMENTOS (CERTIFICADOS DE ANÁLISIS, FICHA DE SEGURIDAD,</u></p> <p>6. <u>OTROS</u> : (*)</p> | Unid. | 40 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|------------|---------------------------------------|-------------------------------|--|---------------|--------|--|--------------------|--|--|-----------------------|---------|--|---------|--|--|-------|-----|
| Denominación: FENAZOPIRIDINA 100 MG FICHA TÉCNICA APROBADA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN Denominación del bien : FENAZOPIRIDINA, 100 mg, TABLETA Denominación técnica : FENAZOPIRIDINA, 100 mg, TABLETA Unidad de medida : TABLETA Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos. 2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN 2.1 Del bien <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>CLORHIDRATO DE FENAZOPIRIDINA</td><td>Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>100 mg</td><td></td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta.</td><td></td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. ORAL</td><td></td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | CLORHIDRATO DE FENAZOPIRIDINA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 100 mg | | Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta. | | Vía de administración | 1. ORAL | | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | Unid. | 500 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | CLORHIDRATO DE FENAZOPIRIDINA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 100 mg | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. ORAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|---|---------------|----------------|
| Denominación: FURALTADONA + POLIMIXIMA B + LICOCAINA + 9 FLUORHIDROCORTISONA EN GOTAS 1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) FURALTADONA + POLIMIXIMA B + LICOCAINA + 9 FLUORHIDROCORTISONA EN GOTAS (X 100 ML) 2. PRESENTACIÓN : (*) FRASCO GOTERO 3. USO : (*) ANTIINFLAMATORIO OTICO (OTITIS) 4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) GOTAS EN FRASCO APLICADOR 5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) FURALTADONA, POLIMIXINA B, LIDOCAINA, HIDROCORTISONA 6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 2 AÑOS 7. OTROS : (*) NINGUNO 8. FINALIDAD PÚBLICA : (*) | Unid. | 50 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--|---------------|-------------------------------|--|--------------------|---|--|-----------------------|-------------------------------|--|---------|--|--|-------|----|
| Denominación: GENTAMICINA 160 MG/ INY FICHA TÉCNICA APROBADA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN Denominación del bien : GENTAMICINA, 160 mg/2 mL, INYECTABLE, 2 mL Denominación técnica : GENTAMICINA, 160 mg/2 mL, INYECTABLE, 2 mL Unidad de medida : INYECTABLE Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos. 2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN 2.1 Del bien <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>GENTAMICINA o SULFATO DE GENTAMICINA</td><td>Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>160 mg/2 mL (80 mg/mL x 2 mL)</td><td></td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>INYECTABLE, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: solución inyectable y solución para inyección.</td><td></td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA</td><td></td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | GENTAMICINA o SULFATO DE GENTAMICINA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 160 mg/2 mL (80 mg/mL x 2 mL) | | Forma farmacéutica | INYECTABLE, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: solución inyectable y solución para inyección. | | Vía de administración | 1. INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA | | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | Unid. | 60 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | GENTAMICINA o SULFATO DE GENTAMICINA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 160 mg/2 mL (80 mg/mL x 2 mL) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | INYECTABLE, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: solución inyectable y solución para inyección. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|--|---------------|----------------|
| Denominación: GUAIFENESINA 100 MG / DEXTROMETROFANO 10 MG 1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) GUAIFENESINA 100 MG / DEXTROMETROFANO 10 MG 2. PRESENTACIÓN : (*) FRASCO JARABE 3. USO : (*) ANTITUSIGENO 4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) COMPUESTO EMPLEADO EN EL CONTROL DE LA TOS 5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) GUAIFENESINA, DEXTROMETORFANO 6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 2 AÑOS 7. OTROS : (*) NINGUNO 8. FINALIDAD PÚBLICA : (*) ATENCIÓN MÉDICA | Unid. | 100 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|---|---------------|----------------|
| Denominación: GUANTES AMBIDIESTROS TIPO QUIRURGICO | | |
| <p>1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) GUANTES AMBIDIESTROS TIPO QUIRURGICO (CAJA X 100 UND.)</p> <p>2. PRESENTACIÓN : (*) Caja x 100 unidades.</p> <p>3. USO : (*) Análisis de laboratorio. Trabajos técnicos. Manipulación de muestras de alimentos.</p> <p>4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) Material: Látex 100% Natural. Tipo: descartable. Intercambiable mano derecha / mano izquierda. (Ambidiestro.) Forro almidonado.</p> <p>5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) Látex.</p> <p>6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) .-.</p> <p>7. OTROS : (*) .-.</p> | Unid. | 4 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|------------|---------------------------------------|------------|--|---------------|--------|--------------------|--|-----------------------|--|---------|--|-------|------|
| Denominación: IBUPROFENO 400 MG | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>FICHA TÉCNICA APROBADA</p> <p>1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN</p> <p>Denominación del bien : IBUPROFENO, 400 mg, TABLETA Denominación técnica : IBUPROFENO, 400 mg, TABLETA Unidad de medida : TABLETA Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos.</p> <p>2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN</p> <p>2.1 Del bien</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>IBUPROFENO</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>400 mg</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: cápsula blanda, comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta.</td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | IBUPROFENO | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 400 mg | Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: cápsula blanda, comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta. | Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | Unid. | 2500 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | IBUPROFENO | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 400 mg | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: cápsula blanda, comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|---|---------------|----------------|
| Denominación: KETOROLACO 60 MG | | |
| <p>1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) KETOROLACO 60 MG</p> <p>2. PRESENTACIÓN : (*) CAJA POR 25 AMPOLLAS DE 2 ML</p> <p>3. USO : (*) ANTIINFLAMATORIO ANALGESICO PARENTERAL</p> <p>4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) AMPOLLA DE LIQUIDO CLARO PARA APLICACION VIA ENDOVENOSA O INTRAMUSCULAR</p> <p>5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) KETOROLACO</p> <p>6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 1 AÑO</p> <p>7. OTROS : (*) ANTI-INFLAMATORIO NO ESTEROIDE, EVITAR EN ALERGIA A AINES</p> | Unid. | 1000 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|------------|---------------------------------------|-----------|--|---------------|--------------------------|--------------------|--|-----------------------|---------|---------|--|-------|----|
| Denominación: LACTULOSA 180 ML | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>FICHA TÉCNICA APROBADA</p> <p>1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN Denominación del bien : LACTULOSA, 3,3 g/5 mL, SOLUCIÓN, 180 mL Denominación técnica : LACTULOSA, 3,3 g/5 mL, SOLUCIÓN, 180 mL Unidad de medida : FRASCO Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos.</p> <p>2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN 2.1 Del bien</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>LACTULOSA</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>3,3 g/5 mL o 3,33 g/5 mL</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>SOLUCIÓN, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: solución y solución oral.</td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. ORAL</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | LACTULOSA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 3,3 g/5 mL o 3,33 g/5 mL | Forma farmacéutica | SOLUCIÓN, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: solución y solución oral. | Vía de administración | 1. ORAL | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | Unid. | 50 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | LACTULOSA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 3,3 g/5 mL o 3,33 g/5 mL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | SOLUCIÓN, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: solución y solución oral. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. ORAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|--|---------------|----------------|
| Denominación: LIDOCAINA 2% | | |
| 1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) LIDOCAINA 2% 2. PRESENTACIÓN : (*) Frasco x 250mg 3. USO : (*) Análisis de medicamentos veterinarios 4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) Estandar de referencia Frasco de vidrio 5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) LIDOCAINA 6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) No menor a un (01) año de la fecha de recepción 7. OTROS : (*) Los estándares USP no requieren certificado de análisis | Unid. | 70 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|------------|---------------------------------------|---------------------------|---|---------------|---|--------------------|---------|-----------------------|---------|---------|--|-------|-----|
| Denominación: LOPERAMIDA 2 MG | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p align="center">FICHA TÉCNICA APROBADA</p> <p>1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN</p> <p>Denominación del bien: LOPERAMIDA, 2 mg, TABLETA Denominación técnica : LOPERAMIDA, 2 mg, TABLETA Unidad de medida : TABLETA Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos.</p> <p>2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN</p> <p>2.1 Del bien</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICA</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>CLORHIDRATO DE LOPERAMIDA</td><td rowspan="5">Registros sanitarios vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011-SA "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>Contiene 2 mg de Clorhidrato de loperamida.</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>TABLETA</td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. ORAL</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICA | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | CLORHIDRATO DE LOPERAMIDA | Registros sanitarios vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011-SA "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | Contiene 2 mg de Clorhidrato de loperamida. | Forma farmacéutica | TABLETA | Vía de administración | 1. ORAL | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | Unid. | 300 |
| CARACTERÍSTICA | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | CLORHIDRATO DE LOPERAMIDA | Registros sanitarios vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011-SA "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | Contiene 2 mg de Clorhidrato de loperamida. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | TABLETA | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. ORAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|---|---------------|----------------|
| Denominación: MEDIPIEL CREMA X 20 GR. (CLOTRIMAZOL + DEXAMETASONA + GENTAMICINA) | | |
| <p>1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) MEDIPIEL CREMA X 20 GR. (CLOTRIMAZOL + DEXAMETASONA + GENTAMICINA)</p> <p>2. PRESENTACIÓN : (*) CREMA TOPICA</p> <p>3. USO : (*) APLICACION TOPICA PARA TRATAMIENTO DE LESIONES POR HONGOS</p> <p>4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) TUBO DE CREMA 20G</p> <p>5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) CLOTRIMAZOL + DEXAMETASONA + GENTAMICINA</p> <p>6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 1 AÑO</p> <p>7. OTROS : (*) NO APLICAR EN MUCOSAS INTERNAS</p> | Unid. | 100 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|---|---------------|----------------|
| Denominación: MELOXICAM 15 MG TAB | | |
| <p>1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) MELOXICAM 15 MG TAB (CAJA X 100 UND)</p> <p>2. PRESENTACIÓN : (*) TABLETAS</p> <p>3. USO : (*) ANTIINFLAMATORIO ANALGESICO</p> <p>4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) TABLETA</p> <p>5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) MELOXICAM</p> <p>6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 1 AÑO</p> <p>7. OTROS : (*) EVITAR EN ALERGIA A AINES</p> | Unid. | 1000 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|------------|---------------------------------------|---|--|---------------|----------|--------------------|---|-----------------------|-------------------------------|---------|--|-------|------|
| Denominación: METAMIZOL EN AMPOLLAS (X 1 GR) FICHA TÉCNICA APROBADA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN Denominación del bien : METAMIZOL DE SODIO, 1 g/2 mL, INYECTABLE, 2 mL Denominación técnica : METAMIZOL DE SODIO, 1 g/2 mL, INYECTABLE, 2 mL Unidad de medida : INYECTABLE Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos. 2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN 2.1 Del bien <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>METAMIZOL DE SODIO o METAMIZOL DE SODIO MONOHIDRATO</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>1 g/2 mL</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>INYECTABLE, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: solución inyectable y solución para inyección.</td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | METAMIZOL DE SODIO o METAMIZOL DE SODIO MONOHIDRATO | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 1 g/2 mL | Forma farmacéutica | INYECTABLE, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: solución inyectable y solución para inyección. | Vía de administración | 1. INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | Unid. | 1000 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | METAMIZOL DE SODIO o METAMIZOL DE SODIO MONOHIDRATO | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 1 g/2 mL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | INYECTABLE, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: solución inyectable y solución para inyección. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|--|---------------|----------------|
| Denominación: METAMIZOL SODICO 500 MG 1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) METAMIZOL SODICO 500 MG TAB 2. PRESENTACIÓN : (*) CAJA POR 100 TABLETAS 3. USO : (*) ANTIPIRETICO ANALGESICO 4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) TABLETAS RECUBIERTAS 5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) METAMIZOL 500 MG 6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 1 AÑO 7. OTROS : (*) EVITAR EN ALERGIAS A AINES | Unid. | 1000 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|------------|---------------------------------------|---------------------------|--|---------------|--------|--------------------|--|-----------------------|--|---------|--|-------|-----|
| Denominación: METFORMINA X 850 MG TAB | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p align="center">FICHA TÉCNICA APROBADA</p> <p>1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN</p> <p>Denominación del bien : METFORMINA, 850 mg, TABLETA Denominación técnica : METFORMINA, 850 mg, TABLETA Unidad de medida : TABLETA Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos.</p> <p>2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN</p> <p>2.1 Del bien</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>CLORHIDRATO DE METFORMINA</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>850 mg</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido, comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta.</td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | CLORHIDRATO DE METFORMINA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 850 mg | Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido, comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta. | Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | Unid. | 100 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | CLORHIDRATO DE METFORMINA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 850 mg | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido, comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL o 3. PER ORAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|------------|---------------------------------------|--------------|--|---------------|--------|--------------------|--|-----------------------|---------|---------|--|-------|-----|
| Denominación: METRONIDAZOL 500 MG TAB | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p align="center">FICHA TÉCNICA APROBADA</p> <p>1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN</p> <p>Denominación del bien : METRONIDAZOL, 500 mg, TABLETA Denominación técnica : METRONIDAZOL, 500 mg, TABLETA Unidad de medida : TABLETA Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos.</p> <p>2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN</p> <p>2.1 Del bien</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>METRONIDAZOL</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>500 mg</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido, comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta.</td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. ORAL</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | METRONIDAZOL | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 500 mg | Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido, comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta. | Vía de administración | 1. ORAL | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | Unid. | 500 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | METRONIDAZOL | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 500 mg | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido, comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. ORAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|--|---------------|----------------|
| Denominación: NAFAZOLINA 0.03% 8 ML | | |
| 1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) NAFAZOLINA 0.03% 8 ML 2. PRESENTACIÓN : (*) FRASCO GOTERO 3. USO : (*) APLICACION OFTALMICA PARA IRRITACION OCULAR 4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) FRASCO GOTERO 5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) NAFAZOLINA 6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 1 AÑO 7. OTROS : (*) EVITAR EN ALERGIA CONOCIDA A NAFAZOLINA 8. FINALIDAD PÚBLICA : (*) ATENCIÓN MÉDICA | Unid. | 60 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|---|---------------|----------------|
| Denominación: NAPROXENO 220 MG TAB | | |
| 1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) NAPROXENO 220 MG TAB (X UNIDAD) 2. PRESENTACIÓN : (*) CAJA POR 100 TABLETAS 3. USO : (*) FIEBRE, DOLOR E INFLAMACIÓN DE ORIGEN REUMÁTICO Y TRAUMÁTICO, DISMENORREA 4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) TABLETAS RECUBIERTAS 5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) NAPROXENO SÓDICO 220 MG 6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 1 AÑO 7. OTROS : (*) ANTI-INFLAMATORIO NO ESTEROIDEO (AINE) | Unid. | 500 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|--|---------------|----------------|
| Denominación: NAPROXENO 550 MG | | |
| 1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) NAPROXENO 550 MG (CAJA X 100) 2. PRESENTACIÓN : (*) TABLETA 3. USO : (*) ANTIINFLAMATORIO ANALGESICO ORAL 4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) TABLETA 5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) NAPROXENO 6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 2 AÑOS 7. OTROS : (*) NINGUNO 8. FINALIDAD PÚBLICA : (*) PARA ATENCIÓN MÉDICA | Unid. | 2500 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|--|---------------|----------------|
| Denominación: NEOMICINA + HIDROCORTISONA + LIDOCAINA (TOQUES) (FRASCOX 30 ML) | | |
| 1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) NEOMICINA + HIDROCORTISONA + LIDOCAINA (TOQUES) (FRASCOX 30 ML) 2. PRESENTACIÓN : (*) FRASCO X 30ML 3. USO : (*) APLICACIÓN EN TOQUES CON HISOPOS ESTÉRILES EN MUCOSA FARÍNGEA Y AMÍGDALAS PARA DESINFLAMACIÓN 4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) FRASCO CON SOLUCIÓN 5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) NEOMICINA + HIDROCORTISONA + LIDOCAINA 6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 1 AÑO 7. OTROS : (*) EVITAR EN ALERGIA A NEOMICINA | Unid. | 50 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|------------|---------------------------------------|-----------|--|---------------|-------|--------------------|--|-----------------------|---|---------|--|-------|------|
| Denominación: OMEPRAZOL 20 MG CAP FICHA TÉCNICA APROBADA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN Denominación del bien : OMEPRAZOL, 20 mg, TABLETA DE LIBERACIÓN RETARDADA Denominación técnica : OMEPRAZOL, 20 mg, TABLETA DE LIBERACIÓN RETARDADA Unidad de medida : TABLETA Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos. 2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN 2.1 Del bien <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>OMEPRAZOL</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>20 mg</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>TABLETA DE LIBERACIÓN RETARDADA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: cápsula de liberación retardada y tableta de liberación retardada.</td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. ORAL o 2. PER ORAL o 3. ORAL y BUCAL</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | OMEPRAZOL | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 20 mg | Forma farmacéutica | TABLETA DE LIBERACIÓN RETARDADA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: cápsula de liberación retardada y tableta de liberación retardada. | Vía de administración | 1. ORAL o 2. PER ORAL o 3. ORAL y BUCAL | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | Unid. | 1000 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | OMEPRAZOL | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 20 mg | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | TABLETA DE LIBERACIÓN RETARDADA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: cápsula de liberación retardada y tableta de liberación retardada. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. ORAL o 2. PER ORAL o 3. ORAL y BUCAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|------------|---------------------------------------|------------------------|--|---------------|--------|--------------------|---|-----------------------|---------|---------|--|-------|------|
| Denominación: ORFENADRINA 100 MG TAB FICHA TÉCNICA APROBADA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN Denominación del bien : ORFENADRINA, 100 mg, TABLETA LIBERACIÓN PROLONGADA Denominación técnica : ORFENADRINA, 100 mg, TABLETA LIBERACIÓN PROLONGADA Unidad de medida : TABLETA Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos. 2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN 2.1 Del bien <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>CITRATO DE ORFENADRINA</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>100 mg</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido de liberación sostenida, tableta de liberación prolongada, tableta de liberación sostenida y tableta recubierta de liberación prolongada.</td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. ORAL</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | CITRATO DE ORFENADRINA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 100 mg | Forma farmacéutica | TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido de liberación sostenida, tableta de liberación prolongada, tableta de liberación sostenida y tableta recubierta de liberación prolongada. | Vía de administración | 1. ORAL | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | Unid. | 2500 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | CITRATO DE ORFENADRINA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 100 mg | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido de liberación sostenida, tableta de liberación prolongada, tableta de liberación sostenida y tableta recubierta de liberación prolongada. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. ORAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|--|---------------|----------------|
| Denominación: ORFENADRINA CITRATO 60 MG | | |
| 1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) ORFENADRINA CITRATO 60 MG 2. PRESENTACIÓN : (*) AMPOLLA 3. USO : (*) RELAJANTE MUSCULAR VIA ENDOVENOSA O INTRAMUSCULAR 4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) AMPOLLA DE 60MG PARA USO PARENTERAL 5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) ORFENADRINA 6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 1 AÑO 7. OTROS : (*) EVITAR EN ALERGIA CONOCIDA 8. FINALIDAD PÚBLICA : (*) ATENCIÓN MÉDICA | Unid. | 1500 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|--|---------------|----------------|
| Denominación: PARACETAMOL / FELINELFRINA / DEXTROMETROFANO / CLORFENAMINA | | |
| 1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) PARACETAMOL / FELINELFRINA / DEXTROMETROFANO / CLORFENAMINA (CAJA X 100) 2. PRESENTACIÓN : (*) TABLETAS (CAJA X100) 3. USO : (*) VIA ORAL PARA ACCIÓN ANTITUSIGENA, ANTIALÉRGICA, DESCONGESTIONANTE Y ANTIPIRÉTICA 4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) TABLETAS 5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) PARACETAMOL + FENILEFRINA + DEXTROMETORFANO + CLORFENAMINA 6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 2 AÑOS 7. OTROS : (*) EVITAR EN HIPERTENSOS 8. FINALIDAD PÚBLICA : (*) ATENCIÓN MÉDICA | Unid. | 2000 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|--|---------------|----------------|
| Denominación: PARACETAMOL 250 MG / ACIDO ACETIL SALICILICO 250 MG / CAFEINA 65 MG | Unid. | 500 |
| <p>1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO: (*) PARACETAMOL 250 MG / ACIDO ACETIL SALICILICO 250 MG / CAFEINA 65 MG (X 100 TABLETAS)</p> <p>2. PRESENTACIÓN: (*) TABLETAS (CAJA X 100)</p> <p>3. USO: (*) ANALGESICO ANTIINFLAMATORIO ANTIMIGRAOSO ORAL</p> <p>4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS: (*) PASTILLA</p> <p>5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO): (*) PARACETAMOL + ACIDO ACETILSALICILICO + CAFEINA</p> <p>6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO): (*) 2 AÑOS</p> <p>7. OTROS: (*) EVITAR EN ALERGIA A AINES</p> <p>8. FINALIDAD PÚBLICA: (*) ATENCION MEDICA</p> | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|-----------------|----------------|------------|---------------------------------------|-------------|--|---------------|--------|--------------------|--|--|-----------------------|-----------------------|---------|
| Denominación: PARACETAMOL 500 MG | Unid. | 4000 | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>FICHA TÉCNICA APROBADA</p> <p>1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN Denominación del bien : PARACETAMOL, 500 mg, TABLETA Denominación técnica : PARACETAMOL, 500 mg, TABLETA Unidad de medida : TABLETA Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos.</p> <p>2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN 2.1 Del bien</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>PARACETAMOL</td><td rowspan="2">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>500 mg</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: cápsula blanda, comprimido, comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta.</td><td rowspan="2"></td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. ORAL o 2. BUCAL</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | | | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | PARACETAMOL | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 500 mg | Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: cápsula blanda, comprimido, comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta. | | Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL | Calidad |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | PARACETAMOL | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 500 mg | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: cápsula blanda, comprimido, comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|--|---------------|----------------|
| Denominación: PARGEVERINA + CLONIXILATO DE LISINA COMPUESTO | | |
| <p>1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) PARGEVERINA + CLONIXILATO DE LISINA COMPUESTO (X 100 TAB)</p> <p>2. PRESENTACIÓN : (*) TABLETAS (CAJA X 100)</p> <p>3. USO : (*) ANTIESPASMODICO Y ANALGESICO VIA ORAL PARA COLICOS DIGESTIVOS O URINARIOS</p> <p>4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) TABLETA</p> <p>5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) PARGEVERINA + CLONIXINATO DE LISINA</p> <p>6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 2 AÑOS</p> <p>7. OTROS : (*) EVITAR EN ALERGIA CONOCIDA A AINES</p> <p>8. FINALIDAD PÚBLICA : (*) ATENCIÓN MÉDICA</p> | Unid. | 20 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|--|---------------|----------------|
| Denominación: PARGEVERINA CLORHIDRATO + CLONIXINATO DE LISINA INY (X AMP) | | |
| <p>1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) PARGEVERINA CLORHIDRATO + CLONIXINATO DE LISINA INY (X AMP)</p> <p>2. PRESENTACIÓN : (*) AMPOLLAS (CAJA X 100)</p> <p>3. USO : (*) INJECTABLE INTRAMUSCULAR O ENDOVENOSO PARA COLICO DIGESTIVO O URINARIO</p> <p>4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) AMPOLLA</p> <p>5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) PARGEVERINA + CLONIXINATO DE LISINA</p> <p>6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 1 AÑO</p> <p>7. OTROS : (*) EVITAR EN ALERGIA A AINES</p> | Unid. | 50 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|--|---------------|----------------|
| Denominación: PENICILINA BENZATINICA 1'200,000 (AMPOLLA) | | |
| 1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) PENICILINA BENZATINICA 1'200,000 (AMPOLLA) 2. PRESENTACIÓN : (*) AMPOLLA 3. USO : (*) ANTIBIOTICO INTRAMUSCULAR O ENDOVENOSO 4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) AMPOLLA CON MEDICAMENTO EN POLVO PARA DISOLUCION CON AGUA DESTILADA 5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) PENICILINA BENZATINICA 6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 1 AÑO 7. OTROS : (*) EVITAR EN ALERGIA A PENICILINAS 8. FINALIDAD PUBLICA : (*) ATENCION MEDICA | Unid. | 200 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|------------|---------------------------------------|------------|--|---------------|-------|--------------------|--|-----------------------|--------------------------|---------|--|-------|-----|
| Denominación: PREDNISONA 50 MG TAB | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p align="center">FICHA TÉCNICA APROBADA</p> <p>1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN</p> <p>Denominación del bien : PREDNISONA, 50 mg, TABLETA Denominación técnica : PREDNISONA, 50 mg, TABLETA Unidad de medida : TABLETA Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos.</p> <p>2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN</p> <p>2.1 Del bien</p> <table><thead><tr><th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr></thead><tbody><tr><td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>PREDNISONA</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr><tr><td>Concentración</td><td>50 mg</td></tr><tr><td>Forma farmacéutica</td><td>TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido, comprimido recubierto y tableta.</td></tr><tr><td>Vía de administración</td><td>1. ORAL o 2. PER ORAL</td></tr><tr><td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr></tbody></table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | PREDNISONA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 50 mg | Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido, comprimido recubierto y tableta. | Vía de administración | 1. ORAL o 2. PER ORAL | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | Unid. | 300 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | PREDNISONA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 50 mg | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido, comprimido recubierto y tableta. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. ORAL o 2. PER ORAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|------------|---------------------------------------|------------|--|---------------|-------|--------------------|--|-----------------------|-----------------------|---------|--|-------|------|
| Denominación: PREDNISONA DE 20 MG | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p align="center">FICHA TÉCNICA APROBADA</p> <p>1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL BIEN</p> <p>Denominación del bien : PREDNISONA, 20 mg, TABLETA Denominación técnica : PREDNISONA, 20 mg, TABLETA Unidad de medida : TABLETA Descripción general : Medicamento empleado para uso terapéutico en seres humanos.</p> <p>2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL BIEN</p> <p>2.1 Del bien</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARACTERÍSTICAS</th><th>ESPECIFICACIÓN</th><th>REFERENCIA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingrediente farmacéutico activo - IFA</td><td>PREDNISONA</td><td rowspan="5">Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias.</td></tr> <tr> <td>Concentración</td><td>20 mg</td></tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td><td>TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido, comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta.</td></tr> <tr> <td>Vía de administración</td><td>1. ORAL o 2. BUCAL</td></tr> <tr> <td>Calidad</td><td>El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario.</td></tr> </tbody> </table> <p>La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a dieciocho (18) meses al momento de la entrega en el almacén de la entidad contratante; asimismo, para el caso de suministros periódicos de un mismo lote, los productos podrán ser aceptados hasta con una vigencia mínima de quince (15) meses.</p> | CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | Ingrediente farmacéutico activo - IFA | PREDNISONA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | Concentración | 20 mg | Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido, comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta. | Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL | Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | Unid. | 1000 |
| CARACTERÍSTICAS | ESPECIFICACIÓN | REFERENCIA | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingrediente farmacéutico activo - IFA | PREDNISONA | Registros Sanitarios Vigentes, según Decreto Supremo N° 016-2011/SA, "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios" y sus modificatorias. | | | | | | | | | | | | | | |
| Concentración | 20 mg | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma farmacéutica | TABLETA, comprende a las formas farmacéuticas detalladas: comprimido, comprimido recubierto, tableta y tableta recubierta. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía de administración | 1. ORAL o 2. BUCAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calidad | El medicamento debe cumplir con los atributos de calidad autorizados en su registro sanitario. | | | | | | | | | | | | | | | |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|--|---------------|----------------|
| Denominación: SALBUTAMOL INHALADOR | | |
| <p>1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) SALBUTAMOL INHALADOR</p> <p>2. PRESENTACIÓN : (*) INHALADOR PRESURIZADO X 12.5 ML (250 DOSIS)</p> <p>3. USO : (*) BRONCODILATADOR PARA ASMA Y OTROS BRONCOESPASMOS</p> <p>4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) INHALADOR DE APLICACION INTRAORAL INHALATORIA POR PUFFS</p> <p>5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) SALBUTAMOL 0.10 MG X DOSIS</p> <p>6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 1 AÑO</p> <p>7. OTROS : (*) AGONISTA B2 ADRENERGICO, EVITAR EN ALERGIA CONOCIDA</p> | Unid. | 40 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|---|---------------|----------------|
| Denominación: SALES REHIDRATANTES (X 1 LT) | | |
| <p>1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) SALES REHIDRATANTES (X 1 LT)</p> <p>2. PRESENTACIÓN : (*) BOTELLA</p> <p>3. USO: (*) REPOSICION DE LIQUIDOS Y ELECTROLITOS VIA ORAL EN PERDIDAS DIGESTIVAS</p> <p>4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS: (*) BOTELLA DE 1 LITRO DE PREPARADO REHIDRATANTE ELECTROLITICO</p> <p>5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) SALES REHIDRATANTES (SODIO, CLORO, POTASIO, GLUCOSA, CITRATO)</p> <p>6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO): (*) 2 AÑOS</p> <p>7. OTROS: (*) MANTENER ALMACENADO LEJOS DE EXPOSICION SOLAR DIRECTA Y A TEMPERATURA AMBIENTE</p> <p>8. FINALIDAD PUBLICA: (*) ATENCION MEDICA</p> | Unid. | 80 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|--|---------------|----------------|
| Denominación: SIMETICONA 80 MG | | |
| <p>1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) SIMETICONA 80 MG (CAJA X 120)</p> <p>2. PRESENTACIÓN : (*) TABLETAS MASTICABLES</p> <p>3. USO: (*) ANTIPLATULENTO ORAL MASTICABLE</p> <p>4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS: (*) TABLETA MASTICABLE</p> <p>5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) SIMETICONA</p> <p>6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO): (*) 1 AÑO</p> <p>7. OTROS: (*) MASTICAR PARA DISOLUCION Y ABSORCION PAULATINA</p> <p>8. FINALIDAD PUBLICA: (*) ATENCION MEDICA</p> | Unid. | 10 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|---|---------------|----------------|
| Denominación: SUBSALICILATO DE BISMUTO | | |
| 1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) SUBSALICILATO DE BISMUTO 2. PRESENTACIÓN : (*) FRASCO 3. USO : (*) PROTECTOR GASTRICO ORAL 4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) FRASCO DE SUSPENSION DE ASPECTO ROSADO CON TAPA/VASO DOSIFICADOR/A 5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) SUBSALICILATO DE BISMUTO 6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 2 AÑOS 7. OTROS : (*) ALMACENAR SIN EXPOSICION DIRECTA A LUZ SOLAR 8. FINALIDAD PUBLICA : (*) ATENCION MEDICA | Unid. | 2000 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|---|---------------|----------------|
| Denominación: SULFADIAZINA / LIDOCAINA (CREMA X 50 GR) | | |
| 1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) SULFADIAZINA / LIDOCAINA (CREMA X 50 GR) 2. PRESENTACIÓN : (*) CREMA EN TUBO 3. USO : (*) APLICACION TOPICA PARA REGENERACION Y PREVENCION DE INFECCION DE HERIDAS ABIERTAS 4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) TUBO DE CREMA BLANCA GRUMOSA 5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) SULFADIAZINA DE PLATA + LIDOCAINA 6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 1 AÑOS 7. OTROS : (*) ALMACENAR A TEMPERATURA AMBIENTE 8. FINALIDAD PUBLICA : (*) ATENCION MEDICA | Unid. | 20 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|--|---------------|----------------|
| Denominación: SULFAMET 800MG + TRIMETOPRIMA 160 MG | | |
| 1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) SULFAMET 800MG + TRIMETOPRIMA 160 MG 2. PRESENTACIÓN : (*) tabletas 3. USO : (*) antibiotico 4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) tabletas 5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) sulfamet 800 + trimetoprima 6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 2 años 7. OTROS : (*) ninguno 8. FINALIDAD PÚBLICA : (*) uso del consultorio médico | Unid. | 500 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|--|---------------|----------------|
| Denominación: SULFOMUCOPOLISACARIDOS (X 14 GR) | | |
| 1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO : (*) SULFOMUCOPOLISACARIDOS (X 14 GR) 2. PRESENTACIÓN : (*) TUBO X 14 GR 3. USO : (*) ANTI-INFLAMATORIO, ANTI-TROMBOTICO PERCUTANEO PARA GOLPES Y HEMATOMAS 4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS : (*) POMADA 5. COMPOSICIÓN QUÍMICA (DE SER EL CASO) : (*) POLIESTER MUCOPOLISACARIDO DEL ACIDO SULFURICO 300 MG 6. FECHA DE EXPIRACIÓN (DE SER EL CASO) : (*) 2 AÑOS 7. OTROS : (*) USADO TAMBIEN PARA VARICES, FLEBITIS, TROMBOFLEBITIS Y PREVENCIÓN DE ESCARAS POR DECUBITO. | Unid. | 80 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|---|---------------|----------------|
| Denominación: SUTURA DE NYLON AZUL MONOFILAMENTO 3/0 | | |
| 1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO: (*) SUTURA DE NYLON AZUL MONOFILAMENTO 3/0 (X UNIDAD) 2. PRESENTACIÓN: (*) NYLON PARA SUTURAS DE HERIDAS 3. USO: (*) TOPICO 4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS: (*) HILO DE NYLON 5. DOCUMENTOS (CERTIFICADOS DE ANÁLISIS, FICHA DE SEGURIDAD, REGISTROS): (*) 6. OTROS: (*) | Unid. | 10 |

| Descripción | Unidad Medida | Cantidad Total |
|--|---------------|----------------|
| Denominación: SUTURA DE NYLON AZUL MONOFILAMENTO 4/0 | | |
| 1. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO: (*) SUTURA DE NYLON AZUL MONOFILAMENTO 4/0 (X UNIDAD) 2. PRESENTACIÓN: (*) INDIVIDUAL 3. USO: (*) TOPICO 4. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS: (*) HILO DE NYLON 5. DOCUMENTOS (CERTIFICADOS DE ANÁLISIS, FICHA DE SEGURIDAD, REGISTROS): (*) 6. OTROS: (*) | Unid. | 10 |

b) FECHA DE EXPIRACIÓN Y GARANTIA COMERCIAL:

La vigencia mínima del producto farmacéutico deberá ser igual o mayor a doce (12) meses al momento de la entrega en el almacén.

c) PRESENTACIÓN DE MUESTRA: (De ser el caso):

No corresponde.

d) EVALUACIÓN DE LA MUESTRA:

No corresponde.

e) PROGRAMACIÓN: (Entrega)

UNICA

☒

PARCIAL

☐

f) PLAZO DE ENTREGA:

Quince (15) días calendario, contabilizado a partir del día siguiente de notificado la Orden de Compra.

g) CANTIDAD SOLICITADA:

| MEDICAMENTO | Cantidad/Unidad |
|---|------------------------|
| ACETILCISTEINA X 200 MG | 2000 |
| ACICLOVIR 200 MG TAB | 800 |
| ACICLOVIR EN CREMA (X 5 GR) | 20 |
| ALBENDAZOL | 200 |
| ALGODON X 500 G (ROLLO) | 30 |
| AMBROXOL + CLENBUTEROL 7.5 MG + 0.005 MG (FRASCO X 5 MG) | 100 |
| AMIKACINA 500 MG INYECTABLE | 40 |
| AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO 500 MG EN TABLETAS | 800 |
| AMOXICILINA DE 500 MG TAB | 2500 |
| AMPICILINA BENZATINICA 1200 MG | 2 |
| AZITROMICINA 500 MG | 2000 |
| BENCIDAMIDA CLORHIDRATO 0.15 % SOL SPRAY | 100 |
| BENCIDAMIDA CLORHIDRATO 3MG | 3000 |
| BETAMETASONA 0.05 % CRM 20 G | 30 |
| CAPTOPRIL 25 MG TAB | 500 |
| CEFALEXINA DE 500 MG | 800 |
| CEFTRIAXONA X 1 G INY (AMPOLLA) | 100 |
| CELECOXIB DE 200 MG (CAPSULA) | 1000 |
| CETIRIZINA DICLOHIDRATO+PSEUDOEFEEDRINA SULFATO 5 MG.+120 GM. | 500 |
| CIPROFLOXACINO DE 500 MG | 2000 |
| CLARITROMICINA 500 MG TAB | 300 |
| CLORFENAMINA 10 MG (AMPOLLA) | 800 |
| CLORURO DE SODIO 9% X 1 LITRO | 20 |
| CLORZOXAZONA 250 MG + PARACETAMOL 300 MG (FLECTADOL) | 700 |
| CLOTRIMAZOL CRM 20 G | 300 |
| DEXAMETASONA + FRAMICETINA GOTAS | 50 |
| DEXAMETASONA 4 MG TAB | 1000 |
| DEXAMETASONA DE 4MG, INYECTABLE | 2000 |
| DICLOFENACO + PARACETAMOL 50 MG + 500 MG | 1000 |
| DICLOFENACO 75 MG / 3 ML | 2000 |
| DICLOFENACO EN GEL (X 50 GR) | 300 |
| DICLOFENACO SODICO 50 MG | 2000 |
| DICLOXACILINA 500 MG | 5 |
| DIMENHIDRINATO 50MG INYECTABLE | 100 |
| DIMENHIDRINATO X 50 MG TAB | 300 |
| DINITRATO DE ISOSORBIDA (SUBLINGUAL) 5 MG TAB | 40 |
| ENALAPRIL 10 MG | 100 |
| EPINEFRINA DE 1 MG INY (AMP X 1 ML) | 20 |
| ERGONOVINA + CAFEINA | 200 |
| ESPARADRAPO 2.5 X 9.1 M | 40 |
| FENAZOPIRIDINA 100 MG | 500 |
| FURALTADONA + POLIMIXIMA B + LICOCAINA + 9 FLUORHIDROCORTISONA EN GOTAS | 50 |
| GENTAMICINA 160 MG/ INY | 60 |
| GUAIFENESINA 100 MG / DEXTROMETROFANO 10 MG | 100 |

| | |
|---|------|
| GUANTES AMBIDIESTROS TIPO QUIRURGICO | 4 |
| IBUPROFENO 400 MG | 2500 |
| KETOROLACO 60 MG | 1000 |
| LACTULOSA 180 ML | 50 |
| LIDOCAINA 2% | 70 |
| LOPERAMIDA 2 MG TAB | 300 |
| MEDIPIEL CREMA X 20 GR. (CLOTRIMAZOL + DEXAMETASONA + GENTAMICINA) | 100 |
| MELOXICAM 15 MG TAB | 1000 |
| METAMIZOL EN AMPOLLAS (X 1 GR) | 1000 |
| METAMIZOL SODICO 500 MG | 1000 |
| METFORMINA X 850 MG TAB | 100 |
| METRONIDAZOL 500 MG TAB | 500 |
| NAFAZOLINA 0.03% 8 ML | 60 |
| NAPROXENO 220 MG TAB | 500 |
| NAPROXENO 550 MG | 2500 |
| NEOMICINA + HIDROCORTISONA + LIDOCAINA (TOQUES) (FRASCOX 30 ML) | 50 |
| OMEPRAZOL 20 MG CAP | 1000 |
| ORFENADRINA 100 MG TAB | 2500 |
| ORFENADRINA CITRATO 60 MG | 1500 |
| PARACETAMOL / FELINELFRINA / DEXTROMETROFANO / CLORFENAMINA | 2000 |
| PARACETAMOL 250 MG / ACIDO ACETIL SALICILICO 250 MG / CAFEINA 65 MG | 500 |
| PARACETAMOL 500 MG | 4000 |
| PARGEVERINA + CLONIXILATO DE LISINA COMPUESTO | 20 |
| PARGEVERINA CLORHIDRATO + CLONIXINATO DE LISINA INY (X AMP) | 50 |
| PENICILINA BENZATINICA 1'200,000 (AMPOLLA) | 200 |
| PREDNISONA 50 MG TAB | 300 |
| PREDNISONA DE 20 MG | 1000 |
| SALBUTAMOL INHALADOR | 40 |
| SALES REHIDRATANTES (X 1 LT) | 80 |
| SIMETICONA 80 MG | 10 |
| SUBSALICILATO DE BISMUTO | 2000 |
| SULFADIAZINA / LIDOCAINA (CREMA X 50 GR) | 20 |
| SULFAMET 800MG + TRIMETOPRIMA 160 MG | 500 |
| SULFOMUCOPOLISACARIDOS (X 14 GR) | 80 |
| SUTURA DE NYLON AZUL MONOFILAMENTO 3/0 | 10 |
| SUTURA DE NYLON AZUL MONOFILAMENTO 4/0 | 10 |

h) LUGAR DE ENTREGA:

Almacén Central de SENASA sitio Av. La Molina N° 1915 – La Molina.

i) RECEPCION DEL BIEN:

El personal del almacén es el responsable de recepcionar e ingresar los bienes al almacén y de la conformidad respecto a la cantidad de bienes recibidos.

La recepción del bien en almacén no involucra conformidad del bien respecto al cumplimiento de las especificaciones técnicas requeridas.

NOTA: Para la entrega de bienes: "El contratista, para el ingreso y entrega de los productos en el almacén, deberá cumplir con el protocolo sanitario para entrega, carga y descarga de bienes en almacén del SENASA, los protocolos emitidos por el Ministerio de Transportes y con las normas de prevención del covid-19 del Ministerio de Salud.

j) CONFORMIDAD DE ADQUISICIÓN:

| DESCRIPCIÓN DEL BIEN | RESPONSABLE (ÁREA Y CARGO) | PLAZO PARA EMITIR CONFORMIDAD |
|-----------------------------|--|-------------------------------|
| ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS | Director (e) de la UBG de Gestión de Recursos Humanos 2020-2024 o el especialista designado, será responsable de otorgar la conformidad de los bienes adquiridos, para lo cual emitirá un informe de cumplimiento de las especificaciones técnicas o Acta de conformidad del bien. | 07 días calendarios |

De existir observaciones en los productos, se procederá conforme a lo que establece La Ley y Reglamentos de las Contrataciones del Estado.

k) RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

El plazo máximo de responsabilidad del contratista no deberá ser menor a un (1) año contado a partir de la conformidad otorgada.

Importante

Para determinar que los postores cuentan con las capacidades necesarias para ejecutar el contrato, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, incorpora los requisitos de calificación previstos por el área usuaria en el requerimiento, no pudiendo incluirse requisitos adicionales, ni distintos a los siguientes:

3.2. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

| A. | EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD |
|----|---|
| | <p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 35,000.00 (Treinta y cinco mil con 00/100 soles) por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de S/ 10,000.00 (Diez mil con 00/100 soles), por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.</p> <p>Se consideran bienes similares: Medicinas para consumo humano.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago⁹ correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las</p> |

⁹ Cabe precisar que, de acuerdo con la **Resolución N° 0065-2018-TCE-S1 del Tribunal de Contrataciones del Estado**:

“... el solo sello de cancelado en el comprobante, cuando ha sido colocado por el propio postor, no puede ser considerado como una acreditación que produzca fehaciencia en relación a que se encuentra cancelado. Admitir ello equivaldría a considerar como válida la sola declaración del postor afirmando que el comprobante de pago ha sido cancelado”

(...)

“Situación diferente se suscita ante el sello colocado por el cliente del postor [sea utilizando el término “cancelado” o “pagado”] supuesto en el cual sí se contaría con la declaración de un tercero que brinde certeza, ante la cual debiera reconocerse la validez de la experiencia”.

| |
|--|
| <p>veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <p>En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva “Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado”, debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de una persona absorbida como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <div data-bbox="288 1155 1382 1319" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Importante</p> <p><i>En el caso de consorcios, solo se considera la experiencia de aquellos integrantes que se hayan comprometido, según la promesa de consorcio, a ejecutar el objeto materia de la convocatoria, conforme a la Directiva “Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado”.</i></p> </div> |
|--|

Importante

- *Si como resultado de una consulta u observación corresponde precisarse o ajustarse el requerimiento, se solicita la autorización del área usuaria y se pone de conocimiento de tal hecho a la dependencia que aprobó el expediente de contratación, de conformidad con el numeral 72.3 del artículo 72 del Reglamento.*
- *El cumplimiento de las Especificaciones Técnicas se realiza mediante la presentación de una declaración jurada. De ser el caso, adicionalmente la Entidad puede solicitar documentación que acredite el cumplimiento del algún componente de las características y/o requisitos funcionales. Para dicho efecto, consignará de manera detallada los documentos que deben presentar los postores en el literal e) del numeral 2.2.1.1 de esta sección de las bases.*
- *Los requisitos de calificación determinan si los postores cuentan con las capacidades necesarias para ejecutar el contrato, lo que debe ser acreditado documentalmente, y no mediante declaración jurada.*

CAPÍTULO IV FACTORES DE EVALUACIÓN

La evaluación se realiza sobre la base de cien (100) puntos.

Para determinar la oferta con el mejor puntaje y el orden de prelación de las ofertas, se considera lo siguiente:

| FACTOR DE EVALUACIÓN | PUNTAJE / METODOLOGÍA PARA SU ASIGNACIÓN |
|--|---|
| A. PRECIO | |
| <p><u>Evaluación:</u> Se evaluará considerando el precio ofertado por el postor.</p> <p><u>Acreditación:</u> Se acreditará mediante registro en el SEACE o el documento que contiene el precio de la oferta (Anexo N°6), según corresponda.</p> | <p>La evaluación consistirá en otorgar el máximo puntaje a la oferta de precio más bajo y otorgar a las demás ofertas puntajes inversamente proporcionales a sus respectivos precios, según la siguiente fórmula:</p> $P_i = \frac{O_m \times PMP}{O_i}$ <p> <i>i</i> = Oferta P_i = Puntaje de la oferta a evaluar O_i = Precio <i>i</i> O_m = Precio de la oferta más baja PMP = Puntaje máximo del precio </p> <p style="text-align: right;">100 puntos</p> |

Importante

Los factores de evaluación elaborados por el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, son objetivos y guardan vinculación, razonabilidad y proporcionalidad con el objeto de la contratación. Asimismo, estos no pueden calificar con puntaje el cumplimiento de las Especificaciones Técnicas ni los requisitos de calificación.

CAPÍTULO V PROFORMA DEL CONTRATO

Importante

Dependiendo del objeto del contrato, de resultar indispensable, puede incluirse cláusulas adicionales o la adecuación de las propuestas en el presente documento, las que en ningún caso pueden contemplar disposiciones contrarias a la normativa vigente ni a lo señalado en este capítulo.

Conste por el presente documento, la contratación de ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS UGRH, que celebra de una parte Servicio Nacional de Sanidad Agraria - SENASA, en adelante LA ENTIDAD, con RUC N° 20131373075, con domicilio legal en Av. La Molina Nro. 1915 distrito de la Molina, provincia y departamento de Lima, representada por el [...], identificado con DNI N° [...], y de otra parte [...], con RUC N° [...], con domicilio legal en [...], inscrita en la Ficha N° [...], Asiento N° [...] del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de [...], debidamente representado por su Representante Legal, [...], con DNI N° [...], según poder inscrito en la Ficha N° [...], Asiento N° [...] del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de [...], a quien en adelante se le denominará EL CONTRATISTA en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

Con fecha [...], el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, adjudicó la buena pro de la **ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA NRO. 029-2021-SENASA-PRIMERA CONVOCATORIA** para la contratación de **ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS UGRH**, a [INDICAR NOMBRE DEL GANADOR DE LA BUENA PRO], cuyos detalles e importe constan en los documentos integrantes del presente contrato.

CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO

El presente proceso de selección buscar contar con medicamentos necesarios para atender problemas menores de salud y otros del personal del SENASA a nivel nacional, lo que permitirá que su labor no se vea interrumpida brindar una atención de calidad a los trabajadores del SENASA y cumplir con todas las medidas preventivas.

CLÁUSULA TERCERA: MONTO CONTRACTUAL

El monto total del presente contrato asciende a [CONSIGNAR MONEDA Y MONTO], que incluye todos los impuestos de Ley.

Este monto comprende el costo del bien, todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre la ejecución de la prestación materia del presente contrato.

CLÁUSULA CUARTA: DEL PAGO¹⁰

LA ENTIDAD se obliga a pagar la contraprestación a EL CONTRATISTA en PAGO ÚNICO, luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente, según lo establecido en el artículo 171 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Para tal efecto, el responsable de otorgar la conformidad de la prestación deberá hacerlo en un plazo que no excederá de los siete (7) días de producida la recepción, salvo que se requiera efectuar pruebas que permitan verificar el cumplimiento de la obligación, en cuyo caso la conformidad se emite en un plazo máximo de quince (15) días, bajo responsabilidad de dicho funcionario.

LA ENTIDAD debe efectuar el pago dentro de los diez (10) días calendario siguientes de otorgada la conformidad de los bienes, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato

¹⁰ En cada caso concreto, dependiendo de la naturaleza del contrato, podrá adicionarse la información que resulte pertinente a efectos de generar el pago.

para ello, bajo responsabilidad del funcionario competente.

En caso de retraso en el pago por parte de LA ENTIDAD, salvo que se deba a caso fortuito o fuerza mayor, EL CONTRATISTA tendrá derecho al pago de intereses legales conforme a lo establecido en el artículo 39 de la Ley de Contrataciones del Estado y en el artículo 171 de su Reglamento, los que se computan desde la oportunidad en que el pago debió efectuarse.

CLÁUSULA QUINTA: DEL PLAZO DE LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

El plazo de ejecución del presente contrato es de [.....], el mismo que se computa desde [CONSIGNAR SI ES DEL DÍA SIGUIENTE DEL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO, DESDE LA FECHA QUE SE ESTABLEZCA EN EL CONTRATO O DESDE LA FECHA EN QUE SE CUMPLAN LAS CONDICIONES PREVISTAS EN EL CONTRATO PARA EL INICIO DE LA EJECUCIÓN, DEBIENDO INDICAR LAS MISMAS EN ESTE ÚLTIMO CASO. EN LA MODALIDAD DE LLAVE EN MANO DETALLAR EL PLAZO DE ENTREGA, SU INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO].

CLÁUSULA SEXTA: PARTES INTEGRANTES DEL CONTRATO

El presente contrato está conformado por las bases integradas, la oferta ganadora, así como los documentos derivados del procedimiento de selección que establezcan obligaciones para las partes.

CLÁUSULA SÉTIMA: GARANTÍAS

EL CONTRATISTA entregó al perfeccionamiento del contrato la respectiva garantía incondicional, solidaria, irrevocable, y de realización automática en el país al solo requerimiento, a favor de LA ENTIDAD, por los conceptos, montos y vigencias siguientes:

- De fiel cumplimiento del contrato: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la [INDICAR EL TIPO DE GARANTÍA PRESENTADA] N° [INDICAR NÚMERO DEL DOCUMENTO] emitida por [SEÑALAR EMPRESA QUE LA EMITE]. Monto que es equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato original, la misma que debe mantenerse vigente hasta la conformidad de la recepción de la prestación.

En el caso que corresponda, consignar lo siguiente:

- Garantía fiel cumplimiento por prestaciones accesorias: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la [INDICAR EL TIPO DE GARANTÍA PRESENTADA] N° [INDICAR NÚMERO DEL DOCUMENTO] emitida por [SEÑALAR EMPRESA QUE LA EMITE], la misma que debe mantenerse vigente hasta el cumplimiento total de las obligaciones garantizadas.

Importante

De conformidad con el artículo 152 del Reglamento, no se constituirá garantía de fiel cumplimiento del contrato ni garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias, en contratos cuyos montos sean iguales o menores a cien mil Soles (S/ 100,000.00). Dicha excepción también aplica a los contratos derivados de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del ítem adjudicado o la sumatoria de los montos de los ítems adjudicados no supere el monto señalado anteriormente.

CLÁUSULA OCTAVA: EJECUCIÓN DE GARANTÍAS POR FALTA DE RENOVACIÓN

LA ENTIDAD puede solicitar la ejecución de las garantías cuando EL CONTRATISTA no las hubiere renovado antes de la fecha de su vencimiento, conforme a lo dispuesto en el literal a) del numeral 155.1 del artículo 155 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA: RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN

La recepción y conformidad de la prestación se regula por lo dispuesto en el artículo 168 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado. La recepción será otorgada por el responsable de almacén y la conformidad será otorgada por la Unidad de Gestión de Recursos Humanos, en el plazo máximo de [CONSIGNAR SIETE (7) DÍAS O MÁXIMO QUINCE (15) DÍAS, EN CASO SE REQUIERA EFECTUAR PRUEBAS QUE PERMITAN VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN] días de producida la recepción.

De existir observaciones, LA ENTIDAD las comunica al CONTRATISTA, indicando claramente el sentido de estas, otorgándole un plazo para subsanar no menor de dos (2) ni mayor de ocho (8)

días. Dependiendo de la complejidad o sofisticación de las subsanaciones a realizar el plazo para subsanar no puede ser menor de cinco (5) ni mayor de quince (15) días. Si pese al plazo otorgado, EL CONTRATISTA no cumpliera a cabalidad con la subsanación, LA ENTIDAD puede otorgar al CONTRATISTA periodos adicionales para las correcciones pertinentes. En este supuesto corresponde aplicar la penalidad por mora desde el vencimiento del plazo para subsanar.

Este procedimiento no resulta aplicable cuando los bienes manifiestamente no cumplan con las características y condiciones ofrecidas, en cuyo caso LA ENTIDAD no efectúa la recepción o no otorga la conformidad, según corresponda, debiendo considerarse como no ejecutada la prestación, aplicándose la penalidad que corresponda por cada día de atraso.

CLÁUSULA UNDÉCIMA: DECLARACIÓN JURADA DEL CONTRATISTA

EL CONTRATISTA declara bajo juramento que se compromete a cumplir las obligaciones derivadas del presente contrato, bajo sanción de quedar inhabilitado para contratar con el Estado en caso de incumplimiento.

CLÁUSULA DUODÉCIMA: RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

La recepción conforme de la prestación por parte de LA ENTIDAD no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto por los artículos 40 de la Ley de Contrataciones del Estado y 173 de su Reglamento.

El plazo máximo de responsabilidad del contratista es de un (01) año (s) contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: PENALIDADES

Si EL CONTRATISTA incurre en retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, LA ENTIDAD le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso, de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = \frac{0.10 \times \text{monto vigente}}{F \times \text{plazo vigente en días}}$$

Donde:

F = 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;

F = 0.40 para plazos menores o iguales a sesenta (60) días.

El retraso se justifica a través de la solicitud de ampliación de plazo debidamente aprobado. Adicionalmente, se considera justificado el retraso, y en consecuencia no se aplica penalidad, cuando EL CONTRATISTA acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable. En este último caso la calificación del retraso como justificado por parte de LA ENTIDAD no da lugar al pago de gastos generales ni costos directos de ningún tipo, conforme el numeral 162.5 del artículo 162 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Importante

De haberse previsto establecer penalidades distintas a la penalidad por mora, incluir dichas penalidades, los supuestos de aplicación de penalidad, la forma de cálculo de la penalidad para cada supuesto y el procedimiento mediante el cual se verifica el supuesto a penalizar, conforme el artículo 163 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Estas penalidades se deducen de los pagos a cuenta o del pago final, según corresponda; o si fuera necesario, se cobra del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento.

Estos dos (2) tipos de penalidades pueden alcanzar cada una un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse.

Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de la penalidad por mora o el monto máximo para otras penalidades, de ser el caso, LA ENTIDAD puede resolver el contrato por incumplimiento.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

Cualquiera de las partes puede resolver el contrato, de conformidad con el numeral 32.3 del artículo 32 y artículo 36 de la Ley de Contrataciones del Estado, y el artículo 164 de su Reglamento. De darse el caso, LA ENTIDAD procederá de acuerdo a lo establecido en el artículo 165 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: RESPONSABILIDAD DE LAS PARTES

Cuando se resuelva el contrato por causas imputables a algunas de las partes, se debe resarcir los daños y perjuicios ocasionados, a través de la indemnización correspondiente. Ello no obsta la aplicación de las sanciones administrativas, penales y pecuniarias a que dicho incumplimiento diere lugar, en el caso que éstas correspondan.

Lo señalado precedentemente no exime a ninguna de las partes del cumplimiento de las demás obligaciones previstas en el presente contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: ANTICORRUPCIÓN

EL CONTRATISTA declara y garantiza no haber, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas a las que se refiere el artículo 7 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato.

Asimismo, el CONTRATISTA se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores y personas vinculadas a las que se refiere el artículo 7 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Además, EL CONTRATISTA se compromete a i) comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y ii) adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: MARCO LEGAL DEL CONTRATO

Sólo en lo no previsto en este contrato, en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, en las directivas que emita el OSCE y demás normativa especial que resulte aplicable, serán de aplicación supletoria las disposiciones pertinentes del Código Civil vigente, cuando corresponda, y demás normas de derecho privado.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS¹¹

Las controversias que surjan entre las partes durante la ejecución del contrato se resuelven mediante conciliación o arbitraje, según el acuerdo de las partes.

Cualquiera de las partes tiene derecho a iniciar el arbitraje a fin de resolver dichas controversias dentro del plazo de caducidad previsto en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento.

Facultativamente, cualquiera de las partes tiene el derecho a solicitar una conciliación dentro del plazo de caducidad correspondiente, según lo señalado en el artículo 224 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, sin perjuicio de recurrir al arbitraje, en caso no se llegue a un acuerdo entre ambas partes o se llegue a un acuerdo parcial. Las controversias sobre nulidad del contrato solo pueden ser sometidas a arbitraje.

El Laudo arbitral emitido es inapelable, definitivo y obligatorio para las partes desde el momento de su notificación, según lo previsto en el numeral 45.21 del artículo 45 de la Ley de Contrataciones del Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: FACULTAD DE ELEVAR A ESCRITURA PÚBLICA

Cualquiera de las partes puede elevar el presente contrato a Escritura Pública corriendo con todos

¹¹ De acuerdo con el numeral 225.3 del artículo 225 del Reglamento, las partes pueden recurrir al arbitraje ad hoc cuando las controversias deriven de procedimientos de selección cuyo valor estimado sea menor o igual a cinco millones con 00/100 soles (S/ 5 000 000,00).

los gastos que demande esta formalidad.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: DOMICILIO PARA EFECTOS DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Las partes declaran el siguiente domicilio para efecto de las notificaciones que se realicen durante la ejecución del presente contrato:

DOMICILIO DE LA ENTIDAD: Av. La Molina Nro. 1915, La Molina - Lima.

DOMICILIO DEL CONTRATISTA: [CONSIGNAR EL DOMICILIO SEÑALADO POR EL POSTOR GANADOR DE LA BUENA PRO AL PRESENTAR LOS REQUISITOS PARA EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO]

La variación del domicilio aquí declarado de alguna de las partes debe ser comunicada a la otra parte, formalmente y por escrito, con una anticipación no menor de quince (15) días calendario.

De acuerdo con las bases integradas, la oferta y las disposiciones del presente contrato, las partes lo firman por duplicado en señal de conformidad en la ciudad de [.....] al [CONSIGNAR FECHA].

“LA ENTIDAD”

“EL CONTRATISTA”

ANEXOS

ANEXO Nº 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº 029-2021-SENASA – PRIMERA CONVOCATORIA.

Presente.-

El que se suscribe, [...], postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], con poder inscrito en la localidad de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] en la Ficha N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] Asiento N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la siguiente información se sujeta a la verdad:

| | | | |
|---------------------------------------|---------------|----|----|
| Nombre, Denominación o Razón Social : | | | |
| Domicilio Legal : | | | |
| RUC : | Teléfono(s) : | | |
| MYPE ¹² | | Sí | No |
| Correo electrónico : | | | |

Autorización de notificación por correo electrónico:

... [CONSIGNAR SÍ O NO] autorizo que se notifiquen al correo electrónico indicado las siguientes actuaciones:

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
3. Solicitud al postor que ocupó el segundo lugar en el orden de prelación para presentar los documentos para perfeccionar el contrato.
4. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
5. Notificación de la orden de compra¹³

Asimismo, me comprometo a remitir la confirmación de recepción, en el plazo máximo de dos (2) días hábiles de recibida la comunicación.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
Firma, Nombres y Apellidos del postor o Representante legal, según corresponda

Importante

La notificación dirigida a la dirección de correo electrónico consignada se entenderá válidamente efectuada cuando la Entidad reciba acuse de recepción.

¹² Esta información será verificada por la Entidad en la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/> y se tendrá en cuenta en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento.

¹³ Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los cien mil Soles (S/ 100 000.00), en caso se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de compra.

Importante

Cuando se trate de consorcios, la declaración jurada es la siguiente:

ANEXO N° 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 029-2021-SENASA – PRIMERA CONVOCATORIA.

Presente.-

El que se suscribe, [...], representante común del consorcio [CONSIGNAR EL NOMBRE DEL CONSORCIO], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la siguiente información se sujeta a la verdad:

| | | | | | |
|---------------------------------------|--|---------------|--|----|--|
| Datos del consorciado 1 | | | | | |
| Nombre, Denominación o Razón Social : | | | | | |
| Domicilio Legal : | | | | | |
| RUC : | | Teléfono(s) : | | | |
| MYPE ¹⁴ | | Sí | | No | |
| Correo electrónico : | | | | | |

| | | | | | |
|---------------------------------------|--|---------------|--|----|--|
| Datos del consorciado 2 | | | | | |
| Nombre, Denominación o Razón Social : | | | | | |
| Domicilio Legal : | | | | | |
| RUC : | | Teléfono(s) : | | | |
| MYPE ¹⁵ | | Sí | | No | |
| Correo electrónico : | | | | | |

| | | | | | |
|---------------------------------------|--|---------------|--|----|--|
| Datos del consorciado ... | | | | | |
| Nombre, Denominación o Razón Social : | | | | | |
| Domicilio Legal : | | | | | |
| RUC : | | Teléfono(s) : | | | |
| MYPE ¹⁶ | | Sí | | No | |
| Correo electrónico : | | | | | |

Autorización de notificación por correo electrónico:

| |
|-----------------------------------|
| Correo electrónico del consorcio: |
|-----------------------------------|

... [CONSIGNAR SÍ O NO] autorizo que se notifiquen al correo electrónico indicado las siguientes actuaciones:

¹⁴ Esta información será verificada por la Entidad en la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/> y se tendrá en cuenta en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento. Para dicho efecto, todos los integrantes del consorcio deben acreditar la condición de micro o pequeña empresa.

¹⁵ Ibídem.

¹⁶ Ibídem.

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
3. Solicitud al postor que ocupó el segundo lugar en el orden de prelación para presentar los documentos para perfeccionar el contrato.
4. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
5. Notificación de la orden de compra¹⁷

Asimismo, me comprometo a remitir la confirmación de recepción, en el plazo máximo de dos (2) días hábiles de recibida la comunicación.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del representante
común del consorcio**

Importante

La notificación dirigida a la dirección de correo electrónico consignada se entenderá válidamente efectuada cuando la Entidad reciba acuse de recepción.

¹⁷ Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los cien mil Soles (S/ 100 000.00), en caso se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de compra.

ANEXO Nº 2

DECLARACIÓN JURADA (ART. 52 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO)

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº 029-2021-SENASA – PRIMERA CONVOCATORIA.

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro bajo juramento:

- i. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como a respetar el principio de integridad.
- ii. No tener impedimento para postular en el procedimiento de selección ni para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- iii. Que mi información (en caso que el postor sea persona natural) o la información de la persona jurídica que represento, registrada en el RNP se encuentra actualizada.
- iv. Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables del TUO de la Ley Nº 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- v. Participar en el presente proceso de contratación en forma independiente sin mediar consulta, comunicación, acuerdo, arreglo o convenio con ningún proveedor; y, conocer las disposiciones del Decreto Legislativo Nº 1034, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas.
- vi. Conocer, aceptar y someterme a las bases, condiciones y reglas del procedimiento de selección.
- vii. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en el presente procedimiento de selección.
- viii. Comprometerme a mantener la oferta presentada durante el procedimiento de selección y a perfeccionar el contrato, en caso de resultar favorecido con la buena pro.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal, según corresponda**

Importante

En el caso de consorcios, cada integrante debe presentar esta declaración jurada, salvo que sea presentada por el representante común del consorcio.

ANEXO Nº 3

DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº 029-2021-SENASA – PRIMERA CONVOCATORIA.

Presente.-

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que luego de haber examinado las bases y demás documentos del procedimiento de la referencia y, conociendo todos los alcances y las condiciones detalladas en dichos documentos, el postor que suscribe ofrece los **MEDICAMENTOS UGRH**, de conformidad con las Especificaciones Técnicas que se indican en el numeral 3.1 del Capítulo III de la sección específica de las bases y los documentos del procedimiento.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal o común, según corresponda**

Importante

Adicionalmente, puede requerirse la presentación de documentación que acredite el cumplimiento de las especificaciones técnicas, conforme a lo indicado en el acápite relacionado al contenido de las ofertas de la presente sección de las bases.

ANEXO Nº 4

DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE ENTREGA

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº 029-2021-SENASA – PRIMERA CONVOCATORIA.

Presente.-

Mediante el presente, con pleno conocimiento de las condiciones que se exigen en las bases del procedimiento de la referencia, me comprometo a entregar los bienes objeto del presente procedimiento de selección en el plazo de [CONSIGNAR EL PLAZO OFERTADO].

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal o común, según corresponda**

ANEXO Nº 5

PROMESA DE CONSORCIO

(Sólo para el caso en que un consorcio se presente como postor)

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº 029-2021-SENASA – PRIMERA CONVOCATORIA.

Presente.-

Los suscritos declaramos expresamente que hemos convenido en forma irrevocable, durante el lapso que dure el procedimiento de selección, para presentar una oferta conjunta a la **ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº 029-2021-SENASA – PRIMERA CONVOCATORIA**.

Asimismo, en caso de obtener la buena pro, nos comprometemos a formalizar el contrato de consorcio, de conformidad con lo establecido por el artículo 140 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, bajo las siguientes condiciones:

a) Integrantes del consorcio

1. [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1].
2. [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2].

b) Designamos a [CONSIGNAR NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE COMÚN], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], como representante común del consorcio para efectos de participar en todos los actos referidos al procedimiento de selección, suscripción y ejecución del contrato correspondiente con [CONSIGNAR NOMBRE DE LA ENTIDAD].

Asimismo, declaramos que el representante común del consorcio no se encuentra impedido, inhabilitado ni suspendido para contratar con el Estado.

c) Fijamos nuestro domicilio legal común en [.....].

d) Las obligaciones que corresponden a cada uno de los integrantes del consorcio son las siguientes:

1. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1] [%]¹⁸

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]

2. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2] [%]¹⁹

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]

TOTAL OBLIGACIONES

100%²⁰

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

¹⁸ Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

¹⁹ Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

²⁰ Este porcentaje corresponde a la sumatoria de los porcentajes de las obligaciones de cada uno de los integrantes del consorcio.

.....
Consortiado 1
Nombres, apellidos y firma del Consortiado 1
o de su Representante Legal
Tipo y N° de Documento de Identidad

.....
Consortiado 2
Nombres, apellidos y firma del Consortiado 2
o de su Representante Legal
Tipo y N° de Documento de Identidad

Importante

De conformidad con el artículo 52 del Reglamento, las firmas de los integrantes del consorcio deben ser legalizadas.

ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 029-2021-SENASA – PRIMERA CONVOCATORIA.

Presente.-

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que, de acuerdo con las bases, mi oferta es la siguiente:

| CONCEPTO | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|--------------|----------|-----------------|--------------|
| | | | |
| TOTAL | | | |

El precio de la oferta [CONSIGNAR LA MONEDA DE LA CONVOCATORIA] incluye todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del bien a contratar; excepto la de aquellos postores que gocen de alguna exoneración legal, no incluirán en el precio de su oferta los tributos respectivos.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal o común, según corresponda**

Importante

- El postor debe consignar el precio total de la oferta, sin perjuicio que, de resultar favorecido con la buena pro, presente el detalle de precios unitarios para el perfeccionamiento del contrato.*
- El postor que goce de alguna exoneración legal, debe indicar que su oferta no incluye el tributo materia de la exoneración, debiendo incluir el siguiente texto:*

“Mi oferta no incluye [CONSIGNAR EL TRIBUTO MATERIA DE LA EXONERACIÓN]”.

ANEXO N° 7

DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES PARA LA APLICACIÓN DE LA EXONERACIÓN DEL IGV

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 029-2021-SENASA – PRIMERA CONVOCATORIA.

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro bajo juramento que gozo del beneficio de la exoneración del IGV previsto en la Ley N° 27037, Ley de Promoción de la Inversión en la Amazonía, dado que cumplo con las condiciones siguientes:

- 1.- Que el domicilio fiscal de la empresa²¹ se encuentra ubicada en la Amazonía y coincide con el lugar establecido como sede central (donde tiene su administración y lleva su contabilidad);
- 2.- Que la empresa se encuentra inscrita en las Oficinas Registrales de la Amazonía (exigible en caso de personas jurídicas);
- 3.- Que, al menos el setenta por ciento (70%) de los activos fijos de la empresa se encuentran en la Amazonía; y
- 4.- Que la empresa no tiene producción fuera de la Amazonía.²²

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
Firma, Nombres y Apellidos del postor o Representante legal, según corresponda

Importante

Cuando se trate de consorcios, esta declaración jurada será presentada por cada uno de los integrantes del consorcio, salvo que se trate de consorcios con contabilidad independiente, en cuyo caso debe ser suscrita por el representante común, debiendo indicar su condición de consorcio con contabilidad independiente y el número de RUC del consorcio.

²¹ En el artículo 1 del “Reglamento de las Disposiciones Tributarias contenidas en la Ley de Promoción de la Inversión en la Amazonía” se define como “empresa” a las “Personas naturales, sociedades conyugales, sucesiones indivisas y personas consideradas jurídicas por la Ley del Impuesto a la Renta, generadoras de rentas de tercera categoría, ubicadas en la Amazonía. Las sociedades conyugales son aquellas que ejerzan la opción prevista en el Artículo 16 de la Ley del Impuesto a la Renta.”

²² En caso de empresas de comercialización, no consignar esta condición.

ANEXO N° 8

EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

Señores
COMITÉ DE SELECCIÓN
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 029-2021-SENASA – PRIMERA CONVOCATORIA.
Presente.-

Mediante el presente, el suscrito detalla la siguiente EXPERIENCIA EN LA ESPECIALIDAD:

| Nº | CLIENTE | OBJETO DEL CONTRATO | Nº CONTRATO / O/C / COMPROBANTE DE PAGO | FECHA DEL CONTRATO O CP ²³ | FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO ²⁴ | EXPERIENCIA PROVENIENTE ²⁵ DE: | MONEDA | IMPORTE ²⁶ | TIPO DE CAMBIO VENTA ²⁷ | MONTO FACTURADO ACUMULADO ²⁸ |
|----|---------|---------------------|---|---------------------------------------|--|---|--------|-----------------------|------------------------------------|---|
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |

²³ Se refiere a la fecha de suscripción del contrato, de la emisión de la Orden de Compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

²⁴ Únicamente, cuando la fecha del perfeccionamiento del contrato, sea previa a los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, caso en el cual el postor debe acreditar que la conformidad se emitió dentro de dicho periodo.

²⁵ Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente. Al respecto, según la Opinión N° 216-2017/DTN "Considerando que la sociedad matriz y la sucursal constituyen la misma persona jurídica, la sucursal puede acreditar como suya la experiencia de su matriz". Del mismo modo, según lo previsto en la Opinión N° 010-2013/DTN, "... en una operación de reorganización societaria que comprende tanto una fusión como una escisión, la sociedad resultante podrá acreditar como suya la experiencia de la sociedad incorporada o absorbida, que se extingue producto de la fusión; asimismo, si en virtud de la escisión se transfiere un bloque patrimonial consistente en una línea de negocio completa, la sociedad resultante podrá acreditar como suya la experiencia de la sociedad escindida, correspondiente a la línea de negocio transmitida. De esta manera, la sociedad resultante podrá emplear la experiencia transmitida, como consecuencia de la reorganización societaria antes descrita, en los futuros procesos de selección en los que participe".

²⁶ Se refiere al monto del contrato ejecutado incluido adicionales y reducciones, de ser el caso.

²⁷ El tipo de cambio venta debe corresponder al publicado por la SBS correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de la emisión de la Orden de Compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

²⁸ Consignar en la moneda establecida en las bases.

| Nº | CLIENTE | OBJETO DEL CONTRATO | Nº CONTRATO / O/C / COMPROBANTE DE PAGO | FECHA DEL CONTRATO O CP ²³ | FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO ²⁴ | EXPERIENCIA PROVENIENTE ²⁵ DE: | MONEDA | IMPORTE ²⁶ | TIPO DE CAMBIO VENTA ²⁷ | MONTO FACTURADO ACUMULADO ²⁸ |
|-------|---------|---------------------|---|---------------------------------------|--|---|--------|-----------------------|------------------------------------|---|
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |
| | ... | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | |

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal o común, según corresponda

ANEXO Nº 9

DECLARACIÓN JURADA (NUMERAL 49.4 DEL ARTÍCULO 49 DEL REGLAMENTO)

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº 029-2021-SENASA – PRIMERA CONVOCATORIA.

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro que la experiencia que acredito de la empresa [CONSIGNAR LA DENOMINACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA] absorbida como consecuencia de una reorganización societaria, no se encuentra en el supuesto establecido en el numeral 49.4 del artículo 49 del Reglamento.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal, según corresponda**

Importante

A efectos de cautelar la veracidad de esta declaración, el postor puede verificar la información de la Relación de Proveedores Sancionados por el Tribunal de Contrataciones del Estado con Sanción Vigente en <http://portal.osce.gob.pe/rnp/content/relación-de-proveedores-sancionados>.

También le asiste dicha facultad al órgano encargado de las contrataciones o al órgano de la Entidad al que se le haya asignado la función de verificación de la oferta presentada por el postor ganador de la buena pro.

ANEXO Nº 10

SOLICITUD DE BONIFICACIÓN DEL CINCO POR CIENTO (5%) POR TENER LA CONDICIÓN DE MICRO Y PEQUEÑA EMPRESA

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº 029-2021-SENASA – PRIMERA CONVOCATORIA.

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], solicito la asignación de la bonificación del cinco por ciento (5%) sobre el puntaje total obtenido, debido a que mi representada cuenta con la condición de micro y pequeña empresa.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal o común, según corresponda**

Importante

- *Para asignar la bonificación, el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda, verifica la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/>.*
- *Para que un consorcio pueda acceder a la bonificación, cada uno de sus integrantes debe cumplir con la condición de micro y pequeña empresa.*