**BASES Y CONDICIONES DEL PROCESO (COMPARACION DE PROPUESTAS)**

**PROCESO: CO-CP-01-25**

**CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE FARMACIA PARTICULAR**

**PRIMERA CONVOCATORIA**

# En cumplimiento al Reglamento de Compras, la Caja de Salud de la Banca Privada, invita a empresas farmacéuticas, legalmente establecidas en la ciudad de **Cobija**, a presentar ofertas para la Contratación de Servicio de Farmacia Particular.

1. **FECHA DE PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS**: Las ofertas deberán ser enviadas al correo electrónico [**adquisicionescsbpcbba@csbp.com.bo**](mailto:adquisicionescsbpcbba@csbp.com.bo) hasta horas **15:00 del día jueves 27 de febrero** del año en curso.
2. **DOCUMENTOS A PRESENTAR:**
   1. **FORMULARIO DE PROPUESTA ECONÓMICA**: La propuesta económica debe ser presentada en el formulario N°1 - Propuesta Económica, (Documento adjunto a esta invitación).

La farmacia interesada deberá ofertar un porcentaje de incremento sobre los precios de compra del proveedor.

El porcentaje de incremento ofertado deberá mantenerse sin modificación por toda la duración del contrato que será por 2 (dos) años calendario.

Aplicando la siguiente fórmula:

* (Costo de adquisición del producto farmacéutico) x (% de incremento ofertado) = Monto a Incrementar por producto.
* **Costo a facturar a la CSBP** = Costo de adquisición + Monto a incrementar por producto.

**Ejemplo. -**

Monto a incrementar por producto= Producto X 95 Bs\*15 % = 14.25 Bs.

**Costo a facturar a la CSBP**= 95 + 14.25 = 109.25 Bs.

* 1. **FORMULARIO DE PROPUESTA TÉCNICA:** El proponente debe cumplir con los requisitos de la CSBP. La propuesta de la empresa proponente en lo concerniente a las especificaciones técnicas, debe ser presentado en el formulario N° 2 - Propuesta Técnica, (Documento adjunto a esta invitación).

1. **PLAZO DE CONTRATACIÓN DEL SERVICIO:** Se suscribirá un contrato con una duración de dos años calendario con la Farmacia adjudicada.
2. **SISTEMA DE EVALUACIÓN:**

Menor Precio: Se evaluará la propuesta con el menor precio (menor porcentaje de incremento) verificando si esta cumple con todos los requisitos exigidos, si cumple se procederá a la elaboración del informe caso contrario se calificará la propuesta con el segundo menor precio y así sucesivamente.

1. **ADJUDICACIÓN:** La adjudicación será realizada por el total del servicio a la oferta económica más conveniente para la CSBP.
2. **CONTRATO:** Se suscribirá un contrato con el proponente adjudicado (se adjunta modelo), para tal motivo deberán presentar en un plazo máximo de 7 días hábiles, computables a partir de la notificación de adjudicación, la siguiente documentación:

**Para Sociedades:**

* Testimonio de Constitución de Sociedad de la empresa y la última modificación realizada (si la hubiere), inscrito en el Registro de Comercio.
* Testimonio Poder de Representación debidamente legalizado, que faculte al o los representantes legales a presentar propuestas y suscribir contratos.
* Matricula de Registro de Comercio vigente, emitido por la instancia competente.
* Cédula de identidad del representante legal (vigente).
* Número de identificación tributaria (NIT).

**Para Empresas Unipersonales:**

* Testimonio Poder de Representación debidamente legalizado, que faculte al o los representantes legales a presentar propuestas y suscribir contratos. (si corresponde).
* Matricula de Registro de Comercio vigente, emitido por la instancia competente.
* Cédula de identidad del representante legal (vigente).
* Número de identificación tributaria (NIT).

**Notas:**

*Los documentos serán autentificados por la unidad legal de la CSBP. Los originales serán devueltos al proveedor inmediatamente, quedando la copia autentificada en los archivos del proceso.*

*El proponente deberá correr con los gastos de reconocimiento de firmas del contrato firmado (aproximadamente Bs. 60.00).*

1. **MULTAS:** Se aplicarán multas y sanciones según lo establecido en el Formulario de Propuesta Técnica (Especificaciones Técnicas).
2. **SUPERVISION DE LA RECEPCION:** El proponente contratado, en su relación con la Institución, estará bajo supervisión y coordinación de Jefatura Médica y Regencia de Farmacia, quienes controlaran y verificaran el permanente cumplimiento de las cláusulas, establecido en el contrato suscrito.
3. **CRONOGRAMA (PLAZOS) DEL PROCESO:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN** |
| 1 | Envió de la solicitud de propuestas y Publicación de la convocatoria en la Web | 20/02/2025 |  | portal.csbp.com.bo |
| 2 | Presentación de Ofertas. | Hasta: 27/02/2025 | 15:00 | adquisicionescsbpcbba@csbp.com.bo |
| 3 | Apertura de Ofertas. | 27/02/2025 | 15:15 | Policonsultorio Regional Cochabamba en sesión reservada. |
| 4 | Resultado Del Proceso | Hasta: 14/03/2025 |  | Notificación escrita al proveedor adjudicado |

1. **PAGO**: La Caja de Salud de la Banca Privada pagará en forma mensual el importe de todos los medicamentos e insumos médicos consumidos una vez vencido el mes de servicio, previa presentación de la Nota Fiscal, las recetas médicas despachadas y el reporte detallado tanto impreso y digital, de acuerdo a formato y plazo otorgado por la CSBP.

Cualquier consulta, llamar al teléfono 4582234 Interno 4512 compras o al celular 72720337 Lic. Orlando Pinto

Cobija, febrero de 2025

**Formulario N° 1**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

**CODIGO DE PROCESO: CO-CP-01-25**

**PRIMERA CONVOCATORIA**

**Lugar y fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***El proponente deberá indicar el porcentaje (%) de incremento al precio unitario sobre el costo de adquisición de los medicamentos.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº** | **DETALLE** | **PORCENTAJE (%) DE INCREMENTO AL PRECIO UNITARIO SOBRE EL COSTO DE ADQUISICIÓN DE LOS MEDICAMENTOS** |
| **1.** | Servicio de Farmacia Particular “por evento” |  |

***NOTA:***

***La CSBP verificará durante todo el tiempo de vigencia del contrato la aplicación de este porcentaje. Al respecto, la farmacia adjudicada deberá proveer a la CSBP toda la documentación e información necesaria para tal efecto (facturas, recibos, listas de precios, nombre, teléfono y direcciones de importadoras y proveedores).***

**TOTAL de la propuesta económica (literal)…………………….………………..(%)**

**……………………………………………………………..**

***(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal)***

**Formulario N° 2**

**PROPUESTA DE TECNICA**

**CODIGO DE PROCESO N° CO-CP-01-25**

**PRIMERA CONVOCATORIA**

**Lugar y fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**En la columna “PROPUESTA”, el proponente debe manifestar si “Cumple” o “No Cumple”, según corresponda los requerimientos. En caso de que su oferta cumpla parcialmente con lo solicitado o necesite efectuar cierta aclaración, puede efectuar en la misma casilla. Si necesita más espacio puede adjuntar una nota complementaria referenciando al punto que complementa.**

|  |  |
| --- | --- |
| **ESPECIFICACIONES TECNICAS HABILITANTES** | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su “PROPUESTA” -**  **CARACTERISTICA OFERTADA** |
| * 1. **Lista de Medicamentos e Insumos Médicos:**   En aplicación a Política Nacional del Medicamento, la farmacia proponente debe contar con una Lista de Medicamentos Esenciales para todas las especialidades y en cantidad suficiente.  Los productos deben contar con registro sanitario en Bolivia, y estar incluidos en la LINAME.  Lista de medicamentos NO esenciales para diferentes especialidades y turno farmacéutico.  La calidad de los medicamentos será verificada por la CSBP, a través de un muestreo de los Certificados de Control de Calidad del lote entregado.  **Insumos Médicos a requerimiento.**  Los medicamentos e insumos médicos entregados a la C.S.B.P. deben ser adquiridos de empresas farmacéuticas legalmente establecidas, no así de otras farmacias.  La existencia de estas listas será verificada por la CSBP, cualquier momento mientras dure el contrato. |  |
| * 1. **Horarios de atención designados para la atención de pacientes:**   El horario referencial requerido por la CSBP para la atención de nuestros asegurados es el siguiente:  De lunes a domingo: De 8:00 a 22:00  **Nota**: Los horarios descritos son referenciales y no limitativos, pudiendo el proponente ampliar o modificar los mismos en su oferta.  **Atención de emergencia**: En caso de emergencias, la farmacia particular deberá brindar atención las 24 horas del día, incluyendo sábados, domingos, feriados, paros cívicos, etc. sin costo adicional. |  |
| * 1. **Provisión de materiales e insumos:**   El centro contratado, por cuenta propia deberá proveer todos los materiales e insumos necesarios para brindar una atención de calidad a nuestros asegurados. (Ej. Bolsas de papel o plásticas para la dispensación de medicamentos, etc.). |  |
| * 1. **Personal de trabajo:**   El centro contratado deberá contar mínimamente con el siguiente personal:   * Farmacéuticos, Bioquímico farmacéuticos o Químico Farmacéuticos debidamente acreditados, respaldando su formación académica y experiencia laboral con los documentos correspondientes. Durante todo el horario de atención debe contar con un Regente Farmacéutico por turno. * Personal administrativo de apoyo, capacitado y supervisado por el profesional farmacéutico en las actividades que se le asigne, (traslado de medicamentos al centro de convenio de la CSBP, en caso de que sean requeridos a la farmacia particular).   Es recomendable, que el personal de farmacia esté capacitado en: atención al cliente y buenas relaciones humanas.  Para una correcta evaluación técnica de este requerimiento, el oferente debe presentar “**hoja de Vida**” con los respaldos correspondientes (Diploma académico, titulo en provisión Nacional y matricula profesional). |  |
| * 1. **Documentación:**   Libro de Control de estupefacientes y psicotrópicos donde se registra la dispensación de medicamentos controlados, como establece la norma administrativa de Psicotrópicos y Estupefacientes.  Lista de Medicamentos Esenciales, Textos de Farmacología, Vademécum y otros que sean necesarios para proveer la información objetiva y segura al paciente.  Libro de Novedades, donde se anotará y registrará observaciones relativas al funcionamiento del establecimiento farmacéutico que se estimen convenientes, como rotación de personal, ausencias, cambios de horario, etc. |  |
| * 1. **Bioseguridad:**   La farmacia contratada debe funcionar considerando las normas establecidas de BIO SEGURIDAD para establecimientos del rubro. |  |
| * 1. **Infraestructura:**   La infraestructura y el espacio físico deben responder a: Norma de Buenas Prácticas de Almacenamiento y Norma de Buenas Prácticas de Dispensación tomándose en cuenta los siguientes aspectos:   * Condiciones ambientales, circulación de aire y contaminación cruzada (aire acondicionado). * Localización y asignación de espacios para funciones determinadas. * Accesibilidad y flujo de personal e insumos. * Comunicaciones. * Sistemas de control de condiciones ambientales, temperatura y humedad. * Vitrina con llave para el almacenamiento de medicamentos controlados. |  |
| * 1. **Equipos e instrumentos básicos:**   La farmacia particular debe contar por lo menos con el siguiente equipamiento:   * Cadena de frio para medicamentos termo sensibles * Termómetro para refrigerador * Termómetro e higrómetro ambiental * Tarimas para contener soluciones de gran volumen * Condiciones de Seguridad, (Extintores, detectores de humo e implementos exigidos en las normas de seguridad industrial). |  |
| * 1. **Ubicación:**   Indicar ubicación de farmacia y si cuenta con sucursales habilitadas para la prestación de este servicio |  |
| * 1. **Accesibilidad Peatonal y Vehicular:**   Se considerará la accesibilidad peatonal y vehicular que las empresas participantes propongan. |  |
| * 1. **Antigüedad:**   El proponente debe especificar la antigüedad de su empresa prestando servicios de farmacia, respaldando dicha afirmación con los documentos correspondientes (Ejemplo: Testimonio de constitución, Resolución Administrativa de Funcionamiento). |  |
| * 1. **Experiencia avalada o certificada:**   El proponente debe especificar toda la experiencia institucional positiva que posee, debidamente certificada o avalada con la documentación que corresponda (Ejm. Certificados otorgados por empresas o instituciones a las que prestó servicios anteriormente). |  |
| * 1. **Seguridad de equipos.**   Se establece como norma ineludible el mantenimiento constante y periódico de todos los equipos a utilizar para la prestación del servicio, especialmente la cadena de frio, o cuando en las revisiones efectuadas por el personal de la CSBP se juzgue necesario. |  |
| * 1. **Supervisión por parte de la CSBP**   El centro contratado, en su relación con la Institución, estará bajo supervisión y coordinación de Jefatura Médica, Jefatura de Policonsultorio, Coordinación de Hospital y Regencia Regional de Farmacia, quienes controlaran y verificaran el permanente cumplimiento de las cláusulas establecido en el contrato firmado.  Tras alguna observación verbal sobre alguna deficiencia del servicio que no sea atendida, corresponderá emitir tres observaciones en forma escrita que darán lugar a multas consecutivas del 2%, 4% y 6% sobre el costo promedio mensual del servicio. Una cuarta llamada de atención escrita, a criterio de la CSBP podrá dar lugar a la rescisión del contrato. |  |
| * 1. **Solicitud de atención**   El servicio de atención farmacéutica será solicitado por personal médico de la CSBP en recetas impresas del Sistema Médico Administrativo (SAMI), recetas manuales de la CSBP o mediante nota específica de Jefatura Médica.  Las recetas prescritas por los médicos deberán ser validadas en el sistema informático de la CSBP. |  |
| * 1. **Forma de Pago.**   La Caja de Salud de la Banca Privada pagará en forma mensual el importe de todos los medicamentos e insumos médicos consumidos una vez vencido el mes de servicio, para lo cual la empresa ADJUDICADA deberá presentar lo siguiente:   * Entregar Facturas y Recetas médicas dispensadas. * Fotocopia de las facturas que respalden la compra de los productos dispensados a la CSBP, (para verificación de la correcta aplicación del porcentaje de incremento sobre los precios unitarios de los medicamentos dispensados). Considerando para la facturación los descuentos de los proveedores. * Reporte del detalle de productos farmacéuticos dispensados en el periodo tanto impreso y digital, de acuerdo a formato establecido. |  |
| * 1. **DURACIÓN DEL CONTRATO**   El servicio se adjudicará por el periodo de 2 (dos) años, plazo en el cual, el proponente adjudicado deberá mantener la propuesta económica.  **El proponente debe manifestar su conformidad y/o aceptación a los requerimientos descritos.** |  |
| * 1. **DOCUMENTACIÓN LEGAL ADMINISTRATIVA:**   El proponente debe adjuntar a su propuesta:   * Fotocopia simple de la Resolución Administrativa de Habilitación emitido por el SEDES vigente.   En caso de no contar con la Resolución Administrativa de Habilitación emitido por el SEDES vigente (en trámite), el oferente podrá presentar una nota escrita comprometiéndose a realizar el trámite correspondiente, en caso de adjudicación. La CSBP incluirá una cláusula en el contrato otorgando 90 días calendario al centro adjudicado para que efectúe el trámite correspondiente. |  |
| **MUY IMPORTANTE:** | |
| Para que la oferta del proponente sea calificada apropiadamente, debe especificar por escrito y en el orden señalado su propuesta para cada punto que será evaluado. Cuando corresponda, debe respaldar lo propuesto con la documentación pertinente. La omisión de la propuesta específica escrita y detallada, ocasionará la inhabilitación de la propuesta. | |
| Para calificar apropiadamente algunas de las especificaciones técnicas requeridas, se coordinará con cada proponente para la vista de verificación, por la Comisión de Calificación de la CSBP, designada para el efecto, con el objetivo de verificar objetivamente los ambientes, el equipamiento, el mobiliario, etc. | |

**………………………………………….……………….**

***(Firma del representante legal del proponente)***

***(Nombre completo del representante legal)***

(MODELO DE CONTRATO)

**COMPRA DE SERVICIOS DE FARMACIA PARTICULAR**

Conste por el presente Documento Privado, que con el solo reconocimiento de firmas y rúbricas, será elevado a la categoría de instrumento público, un **CONTRATO DE COMPRA DE SERVICIOS DE FARMACIA PARTICULAR “POR EVENTO”**, suscrito bajo las siguientes estipulaciones:

**PRIMERA: (PARTES)**.- Son partes de la presente relación contractual:

* 1. La **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA,** con Número de Identificación Tributaria 1020635028 con domicilio en Calle Hamiraya Nro. 356, Zona Central de esta ciudad, representada por elLic. Roger Mauricio Patiño Rojas - Administrador Regional y por la Dra. Elsa Daniela Cuevas Carpio - Jefe Médico Regional, mayores de edad, hábiles por derecho, en mérito al Testimonio de Poder Especial y Suficiente N° 827/2021 de fecha 11.08.2021, suscrito ante la Notaría de Fe Pública N° 50 del Distrito Judicial de La Paz, a cargo de la Dra. María Eugenia Quiroga; quienes en lo sucesivo se denominarán la **CSBP** y por la otra:
  2. **……………………….,** con Número de Identificación Tributaria ……….., inscrita en el Servicio Nacional de Registro de Comercio concesionado a FUNDEMPRESA, bajo la Matricula No. …….., con domicilio ubicado en ……………, representada por ………………….. con Cédula de Identidad Nro. ………; quien en adelante se denominará la **FARMACIA**.

**SEGUNDA: ANTECEDENTES.-** La **CSBP** inició Proceso de Contratación bajo la modalidad de Licitación Pública de Proveedores, convocando a las Empresas interesadas en proveer el Servicio de Farmacia Particular a presentar sus propuestas de acuerdo a lo establecido en el Pliego Específico de Condiciones.

La Comisión de Calificación, luego de efectuada la apertura de propuestas, realizó el análisis y evaluación correspondiente, emitiendo el Informe de Calificación Final y Recomendación CITE: ………, dirigido a la Autoridad Responsable del Proceso de Contratación, instancia que luego de haber analizado el mismo, emitió la Resolución de Adjudicación N° ….-2021 de fecha ………. a favor de la **FARMACIA,** por cumplir su propuesta con todos los requisitos de la convocatoria.

**TERCERA: (DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE CONTRATO).-** Formarán parte del presente contrato, sin necesidad de trascripción los siguientes documentos:

1. Pliego Específico de Condiciones – Licitación Pública de Proveedores N° ……., Contratación de Servicios de Farmacia Particular.
2. Propuesta presentada por la **FARMACIA** y adjudicada, incluyendo documentos legales, administrativos y propuesta económica.
3. Informe de Calificación Final y Recomendación emitido por la Comisión de Calificación cite: …..
4. Resolución de Adjudicación N° …./2021, emitida por la Autoridad Responsable del Proceso de Contratación.

Para el caso de interpretación del contenido de dichos documentos, se aplicará con preferencia el presente contrato y luego en orden de prelación, las Especificaciones Técnicas y la Propuesta presentada por la **FARMACIA**.

**CUARTA:(OBJETO).**- Mediante el presente Documento Privado, la **CSBP** contrata los servicios de la **FARMACIA** para la provisión de medicamentos e insumos médicos especiales y otros, según requerimiento y de acuerdo a la propuesta presentada y adjudicada.

La **FARMACIA** prestará servicio bajo las siguientes condiciones:

* Prestará el servicio en sus instalaciones, ubicada en ……………….
* Cumplirá con el siguiente horario: De lunes a viernes de ….. a ……

En caso de emergencia, la **FARMACIA** deberá brindar atención las 24 horas del día, incluyendo sábados, domingos, feriados, paros cívicos, etc. Sin costo adicional.

* La **FARMACIA** se compromete a brindar una atención de calidad a los asegurados de la **CSBP**, debiendo capacitar continuamente a su personal con protocolo de atención al cliente y buenas relaciones humanas. Así mismo, debe capacitar al personal administrativo de apoyo para el traslado de medicamentos al Policonsultorio de la **CSBP** y/o Clínica contratada.
* La **FARMACIA** como norma ineludible deberá realizar el mantenimiento constante y periódico de todos los equipos a utilizar para la prestación del servicio especialmente la cadena de frío, así mismo, la **CSBP** podrá solicitar el mantenimiento cuando considere necesario.

La **FARMACIA** deberá prestar el servicio considerando las normas establecidas de BIO SEGURIDAD para establecimientos del rubro.

* El servicio de atención farmacéutica será solicitado por el personal médico de la **CSBP** en recetas médicas despachadas y el informe estadístico tanto impreso y digital, de acuerdo a formato otorgado por la **CSBP**.

**QUINTA: (PLAZO).-** La duración del presente contrato es de **DOS AÑOS CALENDARIO**, computables a partir del ……………. al …………, cualquier prorroga será objeto de un nuevo documento.

**SEXTA: PRECIO Y FORMA DE PAGO.-** De acuerdo a la propuesta presentada, la **FARMACIA** proveerá medicamentos e insumos médicos especiales a la **CSBP** con un incremento del ……….., sobre los precios de adquisición de los productos de las importadoras u otros proveedores de farmacia.

Previo pago, la **CSBP** verificará la aplicación de este porcentaje exigiendo a la **FARMACIA** la presentación de la factura de compra de medicamentos e insumos médicos y/o cualquier otro documento que avale el precio facturado, sobre el cual se aplicará el porcentaje de cobro a la **CSBP**.

El costo de los servicios prestados, será cancelado en forma mensual previa presentación de la factura fiscal, documentos que avalen el cobro realizado, recetas médicas despachadas, informe estadístico tanto impreso y digital de acuerdo al formato otorgado por la **CSBP.**

Se establece como período de corte y plazo de presentación de facturas el día 20 de cada mes; en caso de que el día citado caiga en día inhábil, el plazo se recorrerá automáticamente hasta el día hábil siguiente. En caso de que el **CENTRO** presente su factura fuera del plazo establecido, la **CSBP** podrá rechazar la misma, debiendo el **CENTRO** emitir y presentar una nueva Factura con fecha de emisión del mes siguiente.

**SEPTIMA: RESPONSABILIDADES.-** La **CSBP** adjudica el servicio a la **FARMACIA** para la atención de sus afiliados, basándose en los antecedentes de calidad de servicio, responsabilidad profesional, prestigio en el medio y su capacidad instalada, en ese sentido, la **FARMACIA** se compromete a prestar el servicio en óptimas condiciones de garantía no pudiendo transferir sus responsabilidad a terceros.

La **FARMACIA** asume la responsabilidad civil frente a cualquier error o mala atención que se preste a los afiliados de la **CSBP**. En caso de existir reclamos sobre la atención de la **FARMACIA**, todo reclamo deberá verificarse antes de las 48 horas de ocurrido el mismo.

La **FARMACIA** se obliga a aceptar las regulaciones que para un mejor servicio recomiende Administración Regional y Jefatura Médica Regional.

**OCTAVA: (CONCLUSION DE CONTRATO).-** El presente contrato concluirá por una de las siguientes causas:

**8.1. Por Cumplimiento del Contrato:** La **CSBP** como la **FARMACIA** darán por terminado el presente Contrato, una vez que ambas partes hayan dado cumplimiento a todas las condiciones y estipulaciones contenidas en el mismo.

**8.2. Por Resolución del Contrato:** Si se diera el caso y como una forma excepcional de terminar el Contrato, a los efectos legales correspondientes, la **CSBP** y la **FARMACIA**, acuerdan las siguientes causales para procesar la resolución del Contrato:

**8.2.1 Por Resolución a requerimiento de la CSBP**: por las siguientes causales atribuibles a la **FARMACIA**:

a) Por disolución de la **FARMACIA**

b) Por quiebra declarada de la **FARMACIA**.

c) Por suspensión de los servicios contratados sin justificación.

d) Falencia continua y/o incumplimiento por parte de la **FARMACIA** en la prestación del servicio, mala atención de su personal con los asegurados de la **CSBP.**

**8.2.2 Por Resolución a requerimiento de la FARMACIA:** por causales atribuibles a la **CSBP**:

a) Por instrucciones injustificadas emanadas de la **CSBP** para la suspensión de la provisión del servicio por más de treinta (30) días calendario.

**8.3 Reglas aplicables a la Resolución:** Para procesar la resolución del Contrato por cualquiera de las causales señaladas, la **CSBP** o la **FARMACIA,** según corresponda, dará aviso escrito mediante carta notariada, a la otra parte, de su intención de Resolver el Contrato, estableciendo claramente la causal que se aduce.

Si dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de la fecha de notificación, se enmendaran las fallas, se normalizará el desarrollo de la provisión y se tomaran las medidas necesarias para continuar normalmente con las estipulaciones del Contrato. El requirente de la resolución expresará por escrito su conformidad a la solución y el aviso de intención de resolución será retirado.

En el caso de que al vencimiento del término de los diez (10) días hábiles no existiese ninguna respuesta, el proceso de resolución continuará a cuyo fin la **CSBP** o la **FARMACIA,** según quién haya requerido la Resolución del Contrato, notificará mediante carta notariada a la otra parte, que la resolución del Contrato se ha hecho efectivo.

**8.4. Resolución por causas de fuerza mayor o caso fortuito que afecten a la CSBP o a la FARMACIA.**

Si en cualquier momento antes de la terminación de la provisión del servicio, objeto del presente Contrato, la **CSBP** **o la FARMACIA** se encontrase con situaciones no atribuibles a su voluntad, por causas de fuerza mayor o caso fortuito que imposibiliten la provisión delservicio o vayan contra los intereses de la **CSBP**, la parte afectada**,** comunicará por escrito su intensión de resolver el Contrato, justificando la causa.

La **CSBP**, mediante carta notariada dirigida a la **FARMACIA,** suspenderá el servicio y resolverá el Contrato total o parcialmente. A la entrega de dicho comunicación oficial de resolución, la **FARMACIA** suspenderá la provisión del servicio de acuerdo a las instrucciones escritas que al efecto emita la **CSBP.**

Se liquidarán los costos proporcionales que demandase la Resolución de Contrato.

**NOVENA: SUPERVISION POR PARTE DE LA CSBP.-** La **FARMACIA** estará bajo supervisión y coordinación de Jefatura Médica, Supervisión Médica y Regencia Regional de Farmacia, personal que controlará y verificará el cumplimiento de lo establecido en el presente contrato, la propuesta presentada y el Pliego Específico de Condiciones.

**DECIMA: CONFIDENCIALIDAD**.- La **FARMACIA** se compromete a guardar la debida confidencialidad y reserva profesional de los medicamentos expendidos a los pacientes de la **CSBP**.

**DÉCIMA PRIMERA: SOLUCIÓN DE DIFERENCIAS.-** Para el caso que en la ejecución del presente contrato, se presentaran diferencias, las partes harán todo lo posible por superarlas en forma amigable, mediante negociaciones directas. Si transcurridos 30 días calendario desde el comienzo de las negociaciones, las partes no pudieran resolverlas, éstas podrán seguir la acción legal que más convenga a sus intereses.

**DECIMA SEGUNDA: FUERZA MAYOR.-** La **FARMACIA** no asumirá responsabilidad alguna por incumplimiento debido a causas de fuerza mayor, debidamente comprobadas y comunicadas por escrito, dentro las 48 horas de sucedido el caso fortuito, entendiéndose como tales, todo hecho del hombre o de la naturaleza que no haya sido previsto, o previsto no haya podido evitarse, como inundaciones, terremotos, incendios, guerras, motines, huelgas que afecten o influyan en la ejecución del presente contrato, siempre que sean debidamente acreditados y aceptados por la **CSBP.**

**DECIMA TERCERA: PERSONAL DE LA FARMACIA**.- La **FARMACIA** para realizar el servicio motivo del contrato utilizará a su personal; la responsabilidad, remuneración, alimentación corre por cuenta de la **FARMACIA**, en consecuencia, no existe ninguna relación contractual entre la **CSBP** y el personal la **FARMACIA**.

**DÉCIMA CUARTA: MODIFICACIONES AL CONTRATO.-** El contrato podrá ser modificado por uno o varios contratos modificatorios, mismos que pueden afectar el alcance, monto y/o plazo. El monto de cada contrato modificatorio no deberá exceder el diez por ciento (10%) del monto del presente contrato; asimismo, la suma de los montos de los contratos modificatorios no deberá exceder el diez por ciento (10%) del monto del presente contrato.

**DECIMA QUINTA: SANCIONES.-** En caso de alguna observación sobre la deficiencia del servicio que no sea atendida, corresponderá emitir llamadas de atención, procediéndose a sancionar a la **FARMACIA** de la siguiente forma:

1. La primera llamada de atención escrita, dará lugar a un descuento del 1 % del costo fijo mensual.
2. La segunda llamada de atención escrita, dará lugar al descuento del 3 % del costo fijo mensual
3. La tercera llamada de atención escrita, dará lugar al descuento del 5 % del monto fijo mensual.
4. Una cuarta llamada de atención dará lugar a la resolución del contrato, conforme establece la Cláusula Octava del presente documento.

**DECIMA SEXTA: OBLIGACIONES SOCIOLABORALES**.- Conforme a lo establecido en el D.S. No. 521 de 26.05.2010, la **FARMACIA** se compromete y obliga a dar cumplimiento a las obligaciones socio - laborales de sus trabajadoras y trabajadores. La **FARMACIA** será responsable y deberá mantener a la CSBP exonerada contra cualquier multa o penalidad de cualquier tipo o naturaleza que fuera impuesta por causa de incumplimiento o infracción de dicha legislación laboral o social.

**DECIMA SEPTIMA: DOMICILIO.-** Cualquier aviso o notificación que tenga que darse a la FARMACIA, le será enviado a su domicilio situado en ……………………..

Cualquier aviso a la CSBP será realizado en su domicilio registrado en la ciudad de Cochabamba, calle Hamiraya No. 356 entre Santiváñez y Jordán.

**DECIMA OCTAVA: GASTOS DE RECONOCIMIENTO DE FIRMAS Y RUBRICAS.-** Todos los gastos que demande el reconocimiento de firmas y rúbricas del presente documento, serán cubiertos en su integridad por la **FARMACIA**.

**DECIMA NOVENA: ACEPTACIÓN.-** En señal de aceptación y conformidad, firman el presente contrato, en la ciudad de ……………., el día ………………….