012

Form. 16/2021

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**

COMPRA DE SERVICIO DE FARMACIA PARTICULAR EN PROVINCIA

La CSBP requiere contratar un centro que brinde Servicios de Farmacia Particular en Provincia, según los siguientes requerimientos mínimos:

|  |
| --- |
|  |

**Modalidad de contratación:**

Con el proponente elegido se firmará un **contrato de servicios por dos años**, bajo la modalidad de contratación de Farmacia Particular en Provincia para la provisión de medicamentos a requerimiento de la C.S.B.P.

**ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL SERVICIO DE FARMACIA PARTICULAR EN PROVINCIA**

Los proponentes deberán llenar solamente la columna **“PROPUESTA”** del presente formulario, donde, consignando su propuesta técnica de acuerdo a los requisitos solicitados por la CSBP en la columna **“REQUISITOS INDISPENSABLES PARA LA ADQUISICION Y LOS REQUISITOS ESPECIFICOS TECNICOS COMPLEMENTARIOS”.** Asimismo, deberán adjuntar la documentación respaldatoria que corresponda y firmar al pie del formulario.

Aquellos parámetros para los cuales se dispone de documentación respaldatoria se deben adjuntar, **SIN EMBARGO, CADA UNO DE LOS PARÁMETROS DURANTE EL PROCESO DE EVALUACIÓN SERAN VERIFICADOS.**

Los requisitos técnicos que la farmacia debe cumplir están divididos en Requisitos Técnicos Indispensables y Requisitos complementarios. Mismos que se detallan a continuación:

|  |
| --- |
| **REQUISITOS PARA LA ADQUISICION DE SERVICIOS DE MEDICAMENTOS Y/O MATERIAL DE CURACION DE FARMACIA PARTICUALAR** |
| **I.- REQUISITOS INDISPENSABLES** |
| **A. REQUISITOS DE LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS INDISPENSABLES** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| ACLARACION: El proponente deberá presentar los formularios y toda la documentación necesaria que demuestre que los servicios ofertados cumplen con lo requerido. El no cumplimiento con alguno de estos requisitos invalida la oferta. |
| **a)** | Debe contar con la autorización de funcionamiento de la alcaldía y NIT respecto para funcionamiento farmacia (adjuntar fotocopia)  |  |   |
| **b)** | Resolución Departamental actualizada de funcionamiento emitida por SEDES (adjuntar fotocopia) |  |  |
| **c)** | Compromiso de cubrir el 100% de los Medicamentos incluidos en la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales y el Cuadro Básico de Medicamentos esenciales y el cuadro básico de medicamentos esenciales de la Seguridad Social. (LINAME) y Material Médico Quirúrgico. **(Adjuntar nota)** |  |  |
| **d)** | El horario de atención a los pacientes debe ser de lunes a viernes de 8:00 am a 12:30 y de 15:00 a 20:00  |  |  |
| **e)** | Compromiso para la provisión de medicamentos en caso de emergencia en el horario que sea requerido, con atención las 24 horas del día, además en feriados, paros y fin de semana, sin costo adicional. |  |   |
| **f)** | Compromiso de que los productos farmacéuticos serán adquiridos de empresas legalmente establecidas en el país y contar con Registro Sanitario vigente en el Ministerio Salud y Control de Calidad que respalde los medicamentos dispensados y que en caso de ser requeridos por nuestra institución se puedan presentar fotocopias. |  |   |
| **g)** | Compromiso de que los productos farmacéuticos al momento de su entrega deberán tener vida útil no menor de tres meses. |  |   |
| **h)** | La entrega del producto farmacéutico en su envase primario y secundario, debidamente identificado. |  |  |
| **i)** | Compromiso que la entrega del producto farmacéutico deberá ser previa presentación de la receta llenada con nombre genérico en el formulario Institucional de la CSBP, sellada y firmada por los médicos y pacientes. El medicamento por ningún motivo podrá ser cambiado por otro principio activo del prescrito por el médico tratante.  |  |   |
| **j)** | Compromiso de entregar listado de medicamentos dispensados y la factura correspondiente, en forma mensual en plazo estipulado por la CSBP incluyendo Nombre del paciente, matricula, Nombre genérico del producto, Nombre comercial, forma farmacéutica, concentración, precio unitario y precio total, fecha de recepción de la receta y fecha de dispensación y foliado de las recetas. |  |  |
| **k)** | Especificar números de telefonía fija y/o otro móvil para las emergencias y disponible las 24 horas del día. |  |  |
| **l)** | Presentar facturas de compra de medicamentos de la farmacia MENSUAL y a requerimiento de la CSBP  |  |  |
| **Nota. -** **La dispensación de los medicamentos fuera de la LINAME en CASOS EXCEPCIONALES (prescritos en Formulario 016) para 15 días de tratamiento será previa presentación de la receta debidamente autorizada por Regencia de Farmacia Tarija.** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **B. REQUISITOS COMPLEMENTARIOS** | **PROPUESTA** |   |
| a) | Los precios de los medicamentos incluidos en la LINAME no deben sobrepasar preferentemente a la lista de precios otorgados por la AGEMED |  |  |
| b) | Número de profesionales con que cuenta la farmacia para atención al público. Adjuntar de cada profesional Fotocopia simple de Titulo en Provisión Nacional, Matricula Profesional y carnet del Colegio respectivo. **(Currículum Vitae)** |  |  |
| **LOCALIZACIÓN** |  |   |
| 1 | Calle, Avenida u otro, con cercanía a CSBP  |  |   |
| 2 | Fax |  |   |
| 3 | Teléfono |  |  |
| 4 | Celulares |  |  |
| INFRAESTRUCTURA |  |   |
| c) | Especificar número de ambientes adecuados para farmacia y clientes, el mismo sujeto de visita a cargo de la Comisión de Calificación. |  |  |
| d) | Sistema de cadena de frío permanente, a verificarse con visita por la Comisión de Calificación. |  |  |
| e) | Depósito con cumplimiento de las normas de buen almacenamiento, a verificarse con visita por la Comisión de Calificación. |  |  |

**Firma**

**Nombre Completo del Representante Legal**