

Contrato Número: _____

Exp. Núm: _____

002019000121

GOBIERNO DE PUERTO RICO
CORPORACIÓN DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO
BAYAMÓN, PUERTO RICO

CONTRATO DE EMERGENCIA PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA
A TRAVÉS DE LA COOPERATIVA DE FARMACIAS PUERTORRIQUEÑAS
(CBCE 2019-10)

COOPERATIVA DE FARMACIAS PUERTORRIQUEÑAS (COOPHARMA)

-----COMPARECEN-----

-----DE LA PRIMERA PARTE: LA CORPORACIÓN DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO, con oficinas principales en Bayamón, Puerto Rico y creada por la Ley Número Ochenta y Tres (83) del veintinueve (29) de octubre de mil novecientos noventa y dos (1992), la cual enmienda, a su vez, la Ley Número Cuarenta y Cinco (45) del dieciocho (18) de abril de mil novecientos treinta y cinco (1935), representada en este Acto, mediante delegación expresa de su Administrador a tenor con las facultades que le confiere la referida Ley, por su Subadministradora, **ENID I. ORTIZ RODRÍGUEZ, MBA**, mayor de edad, soltera y vecina de Caguas, Puerto Rico, y quien en adelante se denominará como **LA CORPORACIÓN**.-----

En
How
com
-----DE COOPHARMA: COOPERATIVA DE FARMACIAS PUERTORRIQUEÑAS (COOPHARMA), una Cooperativa organizada en virtud de la Ley Núm. 239, del 1 de septiembre de 2004, según enmendada, y debidamente registrada en el Departamento de Estado con el número de registro 514, representada por **HERIBERTO ORTIZ MARTÍNEZ**, mayor de edad, casado y vecino de Juana Díaz, en su capacidad oficial como Director Ejecutivo y la Lic. Elda Sierra Meléndez, presidenta de la Junta de Directores, mayor de edad, soltera y vecina de Manatí, quienes están debidamente autorizados a suscribir este **CONTRATO** de acuerdo con la Resolución emitida por la Junta de Directores de **COOPHARMA** el 23 de enero de 2019, en lo sucesivo denominado **COOPHARMA. ANEJO A.**-----

-----AMBOS comparecientes afirman tener la capacidad legal necesaria para otorgar este **CONTRATO DE EMERGENCIA PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA A TRAVÉS DE LA COOPERATIVA DE FARMACIAS PUERTORRIQUEÑAS** y a tales efectos libre y voluntariamente.-----

-----EXPONEN-----

-----PRIMERO: De conformidad con el Artículo 1 (f) de la referida Ley del Sistema de Compensaciones por Accidentes del Trabajo, se le confieren al Administrador de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado, los poderes para contratar y proveer a **LA CORPORACIÓN** de todos los servicios médicos y hospitalarios necesarios así como la adquisición de los suministros necesarios para el cumplimiento de los fines establecidos en la Ley antes citada.-----

-----SEGUNDO: **COOPHARMA** ofrece servicios para el despacho de medicamentos mediante la red de farmacias de la comunidad autorizadas que constituyen el objeto del presente **CONTRATO**, los cuales son necesarios para que **LA CORPORACIÓN** cumpla con el objetivo de ofrecer el tratamiento y rehabilitación adecuado a los obreros lesionados acogidos a los beneficios de esta Ley.-----

-----**TERCERO: LA CORPORACIÓN**, dado a las recientes renunciaciones de farmacéuticos, unido a los puestos que ya estaban vacantes, se ha visto limitada en la disponibilidad de licenciados en farmacia en múltiples ocasiones, teniendo que ser suspendidos los servicios en ciertas localidades, afectando el despacho de medicamentos y el tratamiento de los lesionados. **LA CORPORACIÓN**, con la aprobación de la Junta de Gobierno y luego de análisis operacional y financiero, determinó llevar a cabo la externalización de los servicios de farmacia a través de la red de Farmacias de la Comunidad, Socias de la Cooperativa de Farmacias Puertorriqueñas **COOPHARMA**. El contrato, resultante de la Requisición de Propuesta RFP 2018-03, está en proceso y se estima que el comienzo de la prestación de los servicios podría tomar de tres a seis meses una vez otorgado. -----

-----**CUARTO: LA CORPORACIÓN**, con miras a asegurar el suministro de los medicamentos recetados en lo que dicho contrato una vez firmado, se ponga en vigor, celebró la Compra Bajo Condiciones Especiales CBCE 2019-10, fundamentada en las secciones 9.6 c y h del Reglamento de Compras 20-01-05, permitiendo la adquisición de dichos servicios sin la celebración de una subasta. Los términos y condiciones de la CFSE 2019-10, forman parte integral de este **CONTRATO** y se marcan como, **ANEJO A**. -----

-----**QUINTO:** El otorgamiento de este **CONTRATO**, cuenta con la aprobación de la Junta de Gobierno, habiéndose emitido la Resolución A-08-2019, el día 23 de enero de 2019. -----

-----Por lo antes expuesto, **LAS PARTES** han convenido otorgar el presente **CONTRATO** sujeto a las siguientes: -----

-----**CLAUSULAS Y CONDICIONES**-----

-----**PRIMERA: SERVICIOS CONTRATADOS**-----

- En
H.M.
com*
- A.** **COOPHARMA** reconoce y acepta que el despacho de medicamentos se brindará de forma primaria en las facilidades de **LA CORPORACIÓN**, y que en ausencia de un farmacéutico en la localidad donde no se pueda realizar este despacho, el Director Médico Regional o el Director Ejecutivo Regional se comunicará con el Director de Área Médica para activar el servicio con **COOPHARMA**, como un plan de emergencia. Este plan se mantendrá activo por el período de ausencia del farmacéutico, ya sea por uno o varios días. -----
 - B.** **COOPHARMA** tendrá disponible al menos tres (3) farmacias para el despacho de medicamentos aledañas a cada una de las localidades de **LA CORPORACIÓN**. -----
 - C.** La farmacia externa que despachará la receta se asegurará de que el lesionado le entregue la receta autorizada y una identificación con foto, ya sea del lesionado o de persona autorizada por éste, manteniendo copia de la identificación y el original de la receta. -----
 - D.** La farmacia externa despachará medicamentos bioequivalentes en todo momento (Genérico mandatorio). De no existir un genérico para un medicamento o que el médico prescribiente detalle "no sustituir", entonces se le despachará el medicamento de marca (Brand). -----
 - E.** La farmacia externa obtendrá la firma del lesionado o la persona designada que recibió el medicamento, según requerido en el Recetario de **LA CORPORACIÓN**. -----
 - F.** El farmacéutico que realice el despacho certificará que realizó el mismo y proveerá el número de identificación (NPI) de la farmacia que brindó el servicio, según requerido en el Recetario de **LA CORPORACIÓN**. -----

- G. La farmacia externa establecerá su proceso interno para el registro de las recetas despachadas y su posterior facturación a **COOPHARMA**. El ciclo de facturación será semanal, de lunes a domingo. -----
- H. **COOPHARMA** reconoce y acepta que lo anterior y todo el proceso que se lleva a cabo antes de recibir a un lesionado, así como los requisitos de una receta autorizada, se detallan en el "**Procedimiento para Cubierta de Emergencia del Servicio de Despacho de Medicamentos en Farmacias de la Comunidad "Socios de Coopharma"**", que forma parte integral de este **CONTRATO**, y se marca como **ANEJO B**. -----

-----**SEGUNDA: RETRIBUCION**-----

-----A. **LA CORPORACIÓN** en consideración a las obligaciones contraídas mediante este **CONTRATO** se obliga y compromete a retribuir a **COOPHARMA**, una suma que no excederá de **NOVECIENTOS SIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y UN DÓLARES CON CINCUENTA CENTAVOS (\$907,371.50)** durante la vigencia del mismo. Los pagos se harán con cargo a los siguientes centros de costo: -----

Región / Dispensario	Centro de Costo	Cuenta
REGIÓN DE AGUADILLA	31020500-01	541010
REGION DE ARECIBO	32020500-01	541010
DISPENSARIO INTERMEDIO DE MANATÍ	32120500-01	541010
REGIÓN DE BAYAMÓN	33020500-01	541010
DISPENSARIO INTERMEDIO DE COROZAL	33120500-01	541010
REGIÓN DE CAGUAS	34020500-01	541010
REGIÓN DE CAROLINA	35020500-01	541010
DISPENSARIO INTERMEDIO DE FAJARDO	36120500-01	541010
REGIÓN DE MAYAGÜEZ	37020500-01	541010
REGIÓN DE PONCE	38020500-01	541010
DISPENSARIO INTERMEDIO DE GUAYAMA	38220500-01	541010
HOSPITAL INDUSTRIAL	20030070-01	541010

No obstante, la partidas especificadas y aunque **EL PROVEEDOR** utilizará todas las herramientas pertinentes para ofrecer un servicio costo-efectivo, en cuanto a la partida de dispensación aprobada, **LAS PARTES** reconocen la volatilidad del costo de los medicamentos y otros asuntos en la cadena de distribución fuera del control de éstas, por lo que en vista de lo anterior, **EL PROVEEDOR** se compromete a notificar por escrito al Director de Área Médica de **LA CORPORACIÓN** cuando éste haya facturado un setenta y cinco por ciento (75%) de su tope retributivo establecido en este acuerdo por año fiscal. Como medida proactiva **EL PROVEEDOR** y **LA CORPORACIÓN** podrían revisar cada dos (2) meses los gastos de medicamentos versus lo presupuestado para determinar si la partida de dispensación se ajusta a lo aprobado. **LAS PARTES**, luego del análisis pertinente, si entienden que la partida aprobada no cubrirá los servicios de dispensación de medicamento a los lesionados, la partida será

revisada por **LA CORPORACIÓN** para ajustarla acorde al análisis realizado y que el servicio no se vea interrumpido. -----

-----B. **COOPHARMA** preparará una factura consolidada de todas las facturas de las farmacias externas con copia de las recetas despachadas, que incluirá lo siguiente:

- Un detalle de las recetas despachadas por lugar de origen de **LA CORPORACIÓN**: Región, Dispensario u Hospital Industrial. Incluirá además la evidencia correspondiente al despacho realizado.
- Creará un manifiesto con las facturas despachadas y los pagos a las farmacias. El mismo contendrá lo siguiente:
 - i. Nombre del Lesionado
 - ii. Número de caso
 - iii. Medicamento
 - iv. Cantidad despachada
 - v. Costo (Plan Paid)
 - vi. Costo de dispensación
 - vii. Costo total
- Se tramitará una factura semanal por parte de **COOPHARMA**, agrupando todos los servicios provistos, con los cargos correspondientes, los cuales responden a las mismas tarifas y costos establecidos en la propuesta previamente aprobada. Estas tarifas son:

Concepto	Tarifa	Descripción
Medicamentos Genéricos	MAC List Non-MAC: AWP – 30%	MAC, Maximum Allowable Cost, precio adjudicado por el intermediario (en este caso COOPHARMA) para los medicamentos genéricos que pueden obtenerse de diferentes fabricantes, estableciendo un precio estándar por medicamento. Siempre que este precio esté disponible, el medicamento será facturado según este concepto. En los casos en que no haya un MAC establecido, se usará el AWP, Average Wholesale Price, precio estándar en el mercado, actualizado periódicamente por entidades reconocidas (First Data Bank y Medi-Span) reconociendo las variaciones por cambios en la industria. Además, se establece un descuento de 30% de este precio en la adquisición.
Medicamentos de Marca	AWP – 10%	AWP, Average Wholesale Price, precio estándar en el mercado, actualizado periódicamente por entidades reconocidas (First Data Bank y Medi-Span) reconociendo las variaciones por cambios en la industria. Se considera el AWP como base con un descuento de 10% de este precio en la adquisición de medicamentos de marca.
Dispensing Fee	\$2.75	Cargo adicional por cada medicamento despachado, para cubrir costos del servicio provisto por la farmacia que realiza el despacho.
Administrative Fee	\$1.05	Cargo adicional por cada medicamento despachado, para cubrir costos operacionales de COOPHARMA .

- Entregará la misma, en original, al Director del Área Médica de **LA CORPORACIÓN**, localizado en el Hospital Industrial.
- El Director de Área Médica certificará la factura presentada y enviará para pago a la Oficina de Cuentas por Pagar del Área de Finanzas y Administración de **LA CORPORACIÓN**.

-----C. **LA CORPORACIÓN** realizará la intervención correspondiente, efectuará el pago previa factura debidamente certificada, a tenor con la Ley de Contabilidad y siguiendo las normas establecidas por las agencias fiscalizadoras del Gobierno de Puerto Rico, efectuando los pagos electrónicamente cada quince (15) días, reconociendo **LA CORPORACIÓN** que cualquier atraso en los pagos daría base para que **COOPHARMA** paralice el despacho en cualquiera de sus farmacias autorizadas. -----

-----D. **COOPHARMA** presentará Certificación de No Retención en el Origen emitido por el Departamento de Hacienda para que **LA CORPORACIÓN** no retenga impuestos sobre lo facturado. -----

-----E. **COOPHARMA** se compromete y acepta a incluir en todas sus facturas la siguiente certificación: -----

"Bajo pena de nulidad absoluta **COOPHARMA** certifica que ningún servidor público de esta **CORPORACIÓN** es parte o tiene algún interés en las ganancias o beneficios producto del contrato objeto de esta factura y de ser parte o tener interés en las ganancias o beneficios producto del contrato ha mediado una dispensa previa. Que la única consideración para suministrar los bienes o servicios objeto del contrato ha sido el pago acordado con el Representante Autorizado. Las partes además, certifican que el importe de esta factura es justo y correcto y que los servicios han sido prestados y no han sido pagados". -----

-----**TERCERA: DISPOSICIONES GENERALES**-----

- A. No se efectuarán los descuentos de ley por concepto de Seguro Social y Contribución Sobre Ingresos por actuar **COOPHARMA** como patrono propio. Los pagos que se efectúen en virtud de este **CONTRATO** serán notificados al Departamento de Hacienda. **COOPHARMA** se hace responsable de efectuar los pagos correspondientes al Seguro Social Federal y Negociado de Contribución Sobre Ingresos.-----
- B. **LA CORPORACIÓN** podrá retener del pago debido a **COOPHARMA** por los servicios por él prestados hasta un mínimo de diez por ciento 10% según dispone la Sección 1062.03 del Código de Rentas Internas para un Nuevo Puerto Rico de 2011, según enmendado, o de conformidad a los reglamentos aprobados por el Secretario de Hacienda, salvo disposición en contrario evidenciada mediante la presentación del correspondiente **Certificado de Relevé de Retención Parcial o Total expedido por el Departamento de Hacienda**. Entendiéndose que esta retención se aplicará al exceso de los primeros quinientos dólares (\$500.00) pagados durante el año natural.--
- C. **COOPHARMA** no tendrá derecho a ninguno a los beneficios marginales que corresponden a los empleados de **LA CORPORACIÓN**, ni podrá reclamar pago por concepto de gastos de viajes, ni dietas, ni por ningún otro gasto incurrido por ellos en el descargo de sus funciones y gestiones bajo este **CONTRATO**.-----
- D. **COOPHARMA** certifica que no recibe paga ni compensación por servicios prestados bajo nombramiento regular a otra Instrumentalidad del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Certifica además, que de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 4.3 (c) de la Ley Núm. 1 del 3 de enero de 2012, según enmendada conocida como Ley Orgánica de la Oficina de Ética Gubernamental de Puerto Rico, según enmendada, no ha fungido como servidor público en esta Corporación durante los dos (2) años previos a la otorgación de este **CONTRATO** o cuenta con la (s) correspondiente (s) dispensa (s) para la presente contratación.-----
- E. **COOPHARMA** certifica que de tener **CONTRATO** con otra agencia, municipio o instrumentalidad gubernamental del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, los mismos no confligen en forma alguna con las cláusulas y disposiciones de este **CONTRATO**.----
- F. **LA CORPORACIÓN** suministrará a **COOPHARMA** toda la información pertinente, disponible y necesaria a la ejecución de este acuerdo y **COOPHARMA** se compromete a tratar esta información en forma estrictamente confidencial. Además

On
How
com

asignará personal adecuado que sirva de enlace entre **COOPHARMA** y **LA CORPORACIÓN**.-----

COOPHARMA deberá suministrar los informes relativos a los servicios objeto de este **CONTRATO** y cualquier otra información relacionada según le sea requerido por **LA CORPORACIÓN**.-----

Disponiéndose que cualquier informe preparado por **COOPHARMA** bajo este **CONTRATO** será mantenido en la más alta confidencialidad y no se hará disponible a ningún individuo, ni organización sin la autorización previa y expresa de **LA CORPORACIÓN**.-----

----G. **LAS PARTES** convienen, además, que la producción intelectual que resulte de la relación contractual entre **COOPHARMA** y **LA CORPORACIÓN** de los servicios prestados por **COOPHARMA**, ya sea en forma de estudios, investigaciones, consulta o en cualquiera otra forma en que se manifieste, constituirá en todo momento propiedad de **LA CORPORACIÓN** sin que ésta venga obligada a pagar a **COOPHARMA** retribución alguna por esa producción o por derechos de autor sobre la misma, que no sea lo estipulado en la Cláusula Segunda de este **CONTRATO**. **LA CORPORACIÓN** queda también expresamente autorizada y con pleno derecho a dar dicha producción, el uso oficial que estimare conveniente.-----

----H. **COOPHARMA** se obliga a mantener y guardar todos los expedientes, facturas y documentos de personal, propiedad y estados financieros que permitan una adecuada identificación y contabilidad de todos los costos y gastos relacionados con este **CONTRATO**, así como cualquier documento o expediente que **LA CORPORACIÓN** considere necesario para llevar a cabo una adecuada contabilidad de los fondos públicos, federales y/o estatales que se puedan invertir en los servicios objeto de este **CONTRATO**. Dichos expedientes y documentos, deberán estar disponibles para propósitos de auditoría a realizarse por **LA CORPORACIÓN** y/o la Oficina del Contralor de Puerto Rico. Todos los documentos deberán conservarse por un período no menor de seis (6) años, o hasta que se efectúe cualquier intervención por parte de la Oficina del Contralor del Gobierno de Puerto Rico, lo que ocurra primero.-----

Disponiéndose que si bien la posible auditoría tendría como sujeto a **LA CORPORACIÓN**, la Oficina del Contralor podría requerir documentos relacionados con el objeto del **CONTRATO** en poder de **COOPHARMA**.-----

----I. **COOPHARMA** reconoce que en el descargo de sus funciones profesionales tiene un deber de lealtad completa hacia **LA CORPORACIÓN**, lo que incluye el no tener intereses adversos a este organismo gubernamental. Estos intereses adversos incluyen la representación de clientes que tengan o pudieran tener intereses encontrados con **LA CORPORACIÓN**. Este deber además, incluye la obligación continua de divulgar a **LA CORPORACIÓN** todas las circunstancias de sus relaciones con clientes y terceras personas y cualquier otro interés que pudiera influir en **LA CORPORACIÓN** al momento de otorgar el **CONTRATO** o durante su vigencia. **COOPHARMA** representa intereses encontrados cuando, en beneficio de un cliente es su deber promover aquello a lo cual debe oponerse en cumplimiento de sus obligaciones para con otro cliente anterior, actual o potencial. Representa intereses en conflicto, además, cuando su conducta es descrita como tal en las normas éticas reconocidas a su profesión, o en las leyes y reglamentos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. En contratos con sociedades o firmas constituirá una violación de esta prohibición el que alguno de sus directores, asociados o empleados incurra en la

En
HOM
com

conducta aquí descrita. **COOPHARMA** evitará aún la apariencia de la existencia de intereses encontrados.-----

COOPHARMA reconoce el poder de fiscalización de **LA CORPORACIÓN** en relación al cumplimiento de las prohibiciones aquí contenidas. De entender, **LA CORPORACIÓN** que existen o han surgido intereses adversos para con **COOPHARMA**, le notificará por escrito sus hallazgos y su intención de resolver el **CONTRATO** en el término de treinta (30) días. Dentro de dicho término, **COOPHARMA** podrá solicitar una reunión a **LA CORPORACIÓN** para exponer sus argumentos a dicha determinación de conflicto, la cual será concedida a discreción de **LA CORPORACIÓN**. De no solicitarse dicha reunión en el término mencionado, o de no solucionarse satisfactoriamente la controversia durante la reunión concedida, este **CONTRATO** quedará resuelto inmediatamente, sin sujeción a lo dispuesto en el **Inciso Z** del presente **CONTRATO**.-----

----J. Este **CONTRATO** no limita la facultad de **COOPHARMA** para atender otros negocios y clientes, pero el contratante hace el expreso reconocimiento de su deber de no aceptar ningún interés adverso a los de **LA CORPORACIÓN**.-----

----K. Durante la vigencia de este **CONTRATO**, **COOPHARMA** se obliga a tener vigentes y a presentar evidencia del pago total de las siguientes pólizas y fianzas que se unen y se hacen formar parte del mismo:-----

- 1- Póliza de Responsabilidad Pública, con cubierta de Daños a la Persona con límites no menores de un millón de dólares (\$1,000,000.00) con endoso a favor de **LA CORPORACIÓN** como asegurado adicional y donde se exime a **LA CORPORACIÓN** por cualquier daño o negligencia a un tercero por las actuaciones u omisiones de **COOPHARMA** o su representante, conocida como Cláusula del "Hold Harmless Agreement".-----

Todo seguro, póliza o fianza deberá estar suscrita por una entidad aseguradora de reputada responsabilidad y solvencia, de conformidad con la reglamentación vigente impuesta por el Comisionado de Seguros del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, según enmendada; y aprobada por el Negociado de Seguros Públicos del Departamento de Hacienda y el Comisionado de Seguros de Puerto Rico. La no renovación de dichas pólizas en un término no menor de treinta (30) días previo a su vencimiento, así como el incumplimiento de cualesquiera de las disposiciones de esta Cláusula será causa suficiente para la terminación de este **CONTRATO** sin sujeción a lo dispuesto en el **Inciso Z** del presente **CONTRATO**.-----

----L. **EL CONTRATISTA** releva de toda responsabilidad a **LA CORPORACIÓN** ante cualquier reclamación, pleito, demanda, querella o denuncia que se presente relacionada con los servicios objeto de este **CONTRATO**. Esta exoneración y relevo se interpretará de la forma más razonable posible para **LA CORPORACIÓN**, incluyendo el relevo de pago de sentencia, penalidad, multa, intereses o transacción, así como los gastos de litigio, honorarios, costas y gastos de abogado. **LA CORPORACIÓN** no tendrá responsabilidad, directa o indirecta, por cualquier pérdida o daño que pueda sufrir cualquier persona natural o jurídica por los servicios u operaciones que nacen de este **CONTRATO**, irrespectivamente de que se pueda alegar que **LA CORPORACIÓN** es responsable de los mismos.-----

COOPHARMA acepta que conoce las normas éticas que rigen su profesión y asume la responsabilidad por sus acciones conforme la Ley Núm. 237 del 31 de agosto de 2004.-

En
How
am

COOPHARMA se compromete y obliga absolutamente a proteger, defender, indemnizar y mantener en todo momento libre y exento de daños, perjuicios y responsabilidad de toda clase y naturaleza a **LA CORPORACIÓN**, a sus empleados y agentes de éste, de y contra toda reclamación.-----

----M. **COOPHARMA** afirma que entiende y acepta su única y exclusiva responsabilidad por cualquier acto contrario a la moral, las leyes, la política pública, incluyendo hostigamiento sexual, o por actos de indisciplina que alguno de sus empleados pueda llevar a cabo durante la ejecución de las labores derivadas de este **CONTRATO**.-----

----N. **COOPHARMA** certifica y garantiza que: -----

- 1) Ningún(a) servidor(a) público(a) de esta agencia ejecutiva tiene interés pecuniario en este **CONTRATO**, compra o transacción comercial, y tampoco ha tenido en los últimos cuatro (4) años directa o indirectamente interés pecuniario en este negocio.-----
- 2) Ningún(a) servidor(a) público(a) de esta agencia ejecutiva solicitó o aceptó, directa o indirectamente, para él(ella), para algún miembro de su unidad familiar o para cualquier persona, regalos, gratificaciones, favores, servicios, donativos, préstamos o cualquier otra cosa de valor monetario.-----
- 3) Ningún(a) servidor(a) público(a) solicitó o aceptó bien alguno de valor económico, vinculados a esta transacción, de persona alguna de la entidad como pago por realizar los deberes y responsabilidades de su empleo.-----
- 4) Ningún(a) servidor(a) público(a) solicitó, directa o indirectamente, para él (ella), para algún miembro de su unidad familiar, ni para cualquier otra persona, negocio o entidad, bien alguno de valor económico, incluyendo regalos, préstamos, promesas, favores o servicios a cambio de que la actuación de dicho servidor(a) público(a) esté influenciada a favor mío o de mi entidad.-----
- 5) No tiene relación de unidad familiar, con ningún(a) servidor(a) público(a) que tenga facultad para influenciar y participar en las decisiones institucionales de esta agencia ejecutiva.-----

----O. **COOPHARMA** certifica que en la actualidad no tiene litigios en proceso contra ninguna instrumentalidad del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, ni ninguno de sus municipios.-----

----P. **COOPHARMA** estará impedido de subcontratar personal (peritos, técnicos, profesionales u otras personas) para cumplir con las obligaciones contraídas en este **CONTRATO**, salvo que medie autorización expresa **LA CORPORACIÓN** en cuyo caso, será responsabilidad de **COOPHARMA** requerir a tal (es) subcontratista (s) que provea (n) y certifique (n) el cumplimiento por éste de las leyes y reglamentos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, las cartas circulares y las directrices emitidas por las agencias gubernamentales competentes aplicables a la contratación de servicios con entidades privadas. Igualmente, **COOPHARMA** será responsable de notificar sobre el particular a **LA CORPORACIÓN**. De mediar autorización de **LA CORPORACIÓN**, **COOPHARMA** tendrá derecho al reembolso, o a que **LA CORPORACIÓN** pague por los gastos de contratación de peritos o técnicos.-----

----Q. Los servicios a prestarse por **COOPHARMA** serán indelegables. La delegación de éstos será causa suficiente para dar por terminado este **CONTRATO** inmediatamente, sin sujeción a lo dispuesto en el **Inciso Z** de este **CONTRATO**. El incumplimiento de este inciso le hará responsable por cualquier daño que fueran causados a **LA**

En
ADM
gom

CORPORACIÓN y/o terceros, ya sean éstos en forma directa o indirecta, por parte de dicho cesionario o subcontratista.-----

----R. **COOPHARMA** certifica y garantiza que al momento de suscribir el presente **CONTRATO** ha cumplido con las leyes y reglamentos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, las cartas circulares y las directrices emitidas por las agencias gubernamentales competentes aplicables a la contratación de servicios con entidades privadas, entre las cuales se encuentran las siguientes:-----

- 1) Que ha rendido sus planillas contributivas durante los cinco (5) años previos a este **CONTRATO** y no adeuda contribuciones al Estado Libre Asociado de Puerto Rico, ni al Centro de Recaudaciones de Ingresos Municipales (CRIM) del Municipio donde están sitos sus propiedades muebles y/o inmuebles sujetas a este tipo de tributación, o se encuentra acogido a un plan de pago con cuyos términos y condiciones está cumpliendo.-----
- 2) Que ha pagado las correspondientes contribuciones al Seguro por Desempleo, Seguro por Incapacidad No Ocupacional Temporera, al Seguro Social para Chóferes y Otros Empleados y la Póliza del Fondo del Seguro del Estado, (la(s) que aplique(n), si alguna) o se encuentra acogido a un plan de pago con cuyos términos y condiciones está cumpliendo.-----
- 3) Que no tiene obligación alimentaria para menores, o que está cumpliendo con sus obligaciones, de tenerlas, encontrándose al día en el pago de dicha pensión o con el plan de pago que le hubiera sido asignado. Certifica y garantiza además, que al momento de suscribir este **CONTRATO** se encuentra en total cumplimiento con la Ley Núm. 168 de 12 de agosto de 2000, según enmendada, mejor conocida como Ley para el Fortalecimiento del Apoyo Familiar y Sustento de Personas de Edad Avanzada. En el caso de personas jurídicas certificar que están cumpliendo con las órdenes emitidas a su nombre como patrono para retener del salario de sus empleados los pagos de pensión alimentaria.-----
- 4) **COOPHARMA** se compromete a mantener sus cuentas con **LA CORPORACIÓN** al día en lo relativo al pago de primas y por cualquier otro concepto. **COOPHARMA** gestionará, previo al otorgamiento de este **CONTRATO** una Certificación de Deuda de **LA CORPORACIÓN**. **COOPHARMA**, una vez recibida la certificación, la enviará a la Oficina de Contratación de **LA CORPORACIÓN**. De existir deudas en dichos conceptos, **COOPHARMA** aceptará la existencia de las mismas y **LA CORPORACIÓN** podrá proceder a descontar dicha deuda de los pagos por servicios que tenga pendiente **COOPHARMA**. **LA CORPORACIÓN** se reserva el derecho de reclamar deudas o partes de las mismas a través de cualquier otro foro competente.-----
- 5) Que está exento del cumplimiento de todos o alguno (s) de los ante mencionados requisitos, lo cual deberá evidenciar mediante certificación negativa expedida por la agencia pertinente, o mediante declaración jurada suscrita ante notario público, exponiendo las razones por las cuales no está obligado a cumplir con el/los mismo(s).-----
- 6) Que está exento del cumplimiento de todos o alguno (s) de los ante mencionados requisitos, lo cual deberá evidenciar mediante certificación negativa expedida por la agencia pertinente, o mediante declaración jurada suscrita ante notario público, exponiendo las razones por las cuales no está obligado a cumplir con el/los mismo(s).-----

En
ADM
gsm

Expresamente se reconoce que éstas son condiciones esenciales para este **CONTRATO**, por lo que de no ser correcta en todo o en parte la anterior certificación, ello será causa suficiente para que **LA CORPORACIÓN** pueda dejar sin efecto el mismo. Se retribuirán los servicios provistos hasta la fecha de terminación.

COOPHARMA se obliga además, como condición necesaria a este **CONTRATO**, a presentar todas aquellas certificaciones, relevos y documentos que acrediten su situación contributiva que le sean requeridas por **LA CORPORACIÓN** o su representante autorizado. Disponiéndose que tales certificaciones, relevos y documentos formarán parte del presente **CONTRATO**.-----

Queda acordado mediante el presente documento que **LA CORPORACIÓN** podrá retener del pago debido a **COOPHARMA** por los servicios por él prestados, cualquier suma de dinero que éste adeude a cualesquiera de las instrumentalidades gubernamentales que dispone la Carta Circular Núm. 1300-16-16, de 19 de enero de 2016, del Departamento de Hacienda, comprometiéndose así, **COOPHARMA**, a cancelar la deuda que corresponda, si alguna.-----

----S. **COOPHARMA** certifica que ni él, ni ninguno de sus socios o directores ha sido convicto de delito grave, ni menos grave, ni se ha declarado culpable en el foro federal o estatal de aquellos constitutivos de fraude, malversación de fondos o apropiación ilegal de fondos públicos, según lo dispone la Ley Núm. 2 del 4 de enero de 2018.-----

----T. **COOPHARMA** se compromete a prestar los servicios contratados aún durante paros de labores o huelgas. En el caso que esto ocurra en **LA CORPORACIÓN** realice las labores necesarias. En el caso de que el paro de labores o huelga ocurra en el personal de **COOPHARMA**, éste usará todos los medios a su alcance para prestar los servicios. De **COOPHARMA** no poder prestar los servicios por esta razón o por alguna otra eventualidad, **LA CORPORACIÓN** adquirirá los servicios en el mercado abierto. Los costos por los servicios así adquiridos serán cargados y/o descontados del canon pactado con **COOPHARMA**.-----

----U. **COOPHARMA**, se compromete y obliga a observar las normas de conducta y políticas institucionales de **LA CORPORACIÓN**, a tenor con las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables vigentes. Como **COOPHARMA** de servicios de **LA CORPORACIÓN** y de acuerdo a la política administrativa de la institución. **COOPHARMA** se compromete expresamente a observar el estricto cumplimiento de las disposiciones de la Ley "Americans With Disabilities Act" (ADA) que sean aplicables.-----

----V. **COOPHARMA** se compromete a cumplir con las disposiciones de la Ley Núm. 2 del 4 de enero de 2018, mediante la cual se establece el Código de Ética para Contratistas, Suplidores y Solicitantes de Incentivos Económicos de las Agencias Ejecutivas del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.-----

----W. **COOPHARMA** se compromete a no establecer discrimen por motivo de raza, color, sexo, origen, condición social, ideas políticas o religiosas, o cualquier otra causa discriminatoria en la prestación de los servicios objeto de este **CONTRATO**.-----

----X. El desempeño negligente de sus funciones, el abandono de éstas por parte de **COOPHARMA** o el incumplimiento de las condiciones del presente **CONTRATO**, se considerará una violación a este **CONTRATO** y será causa suficiente para que **LA CORPORACIÓN** lo declare terminado inmediatamente y sin ninguna limitación, quedando relevada y descargada de toda obligación y responsabilidad que surja de este **CONTRATO**, no obstante cualquier derecho en contrario. Queda expresamente convenido que **COOPHARMA** liquidará cualquier trabajo que quede pendiente al

En
Hoy
com

momento de la resolución sin que por ello **LA CORPORACIÓN** venga obligada a pagar a **COOPHARMA** retribución o compensación adicional sobre la misma.-----

----Y. **AMBAS PARTES** se reservan el derecho de enmendar cualquiera de las cláusulas del presente **CONTRATO** previa notificación escrita mediante correo certificado con treinta (30) días de antelación a la fecha de su efectividad. El rechazo de cualquiera de **LAS PARTES** a la enmienda notificada podrá ser causa para la resolución del **CONTRATO**, lo cual deberá igualmente notificarse mediante correo certificado dentro de los treinta (30) días aludidos.-----

----Z. El presente **CONTRATO** podrá ser resuelto por cualquiera de **LAS PARTES CONTRATANTES** previa notificación por escrito y por correo certificado con no menos de treinta (30) días de antelación a la fecha en que se pretende resolver el mismo. Disponiéndose que cualquiera de **LAS PARTES** podrá reducir el referido término de treinta (30) días para la notificación de resolución de este **CONTRATO** en el caso de que conste y determine una violación producto de cualquiera de **LAS PARTES** a cualquiera de las cláusulas y estipulaciones aquí convenidas. Cualquiera de **LAS PARTES** podrá reducir dicho término de treinta (30) días cuando así lo exija su situación financiera.-----

Igualmente, **LA CORPORACIÓN** podrá resolver inmediatamente este **CONTRATO** sin previa notificación en cualquiera de las siguientes circunstancias: -----

- 1) Cuando **COOPHARMA** o alguno de sus socios hubiere sido convicta (o) de alguno de los delitos enumerados en la Ley Núm. 2 de 4 de enero de 2018, mejor conocida como código anticorrupción para el Nuevo Puerto Rico.-----
- 2) Cuando cualquier autoridad competente revocare las licencias y/o permisos que le permiten cumplir con las obligaciones contraídas mediante el presente **CONTRATO**.-----

En
Hoy
Qom
----AA. **AMBAS PARTES CONTRATANTES** reconocen y acceden a que los servicios podrán ser brindados a cualquier entidad de la Rama Ejecutiva con la cual la entidad contratante realice un acuerdo interagencial o por disposición directa de la Secretaría de la Gobernación. Estos servicios se realizarán bajo los mismos términos y condiciones en cuanto a horas de trabajo y compensación consignados en este **CONTRATO**. Para efectos de esta cláusula, el término "entidad de la Rama Ejecutiva" incluye a todas las agencias del Gobierno de Puerto Rico, así como a las instrumentalidades y corporaciones públicas y a la Oficina del Gobernador.-----

----BB. La Secretaría de la Gobernación tendrá la facultad para dar por terminado el presente **CONTRATO** en cualquier momento.-----

----CC. **COOPHARMA** certifica que ni él ni sus presidentes, vice-presidentes, director, director ejecutivo, o miembro de su Junta de Oficiales o Junta de Directores, o persona que desempeñe funciones equivalentes, no ha sido convicto, ni se ha declarado culpable, ni se ha encontrado causa probable para arresto o para juicio en su contra por delito alguno contra la integridad pública, el erario, la fe, o la función pública, o delito relacionado con fraude, malversación o apropiación de fondos públicos, en la jurisdicción de Puerto Rico, en la jurisdicción federal de Estados Unidos, ni en cualquier jurisdicción estatal de Estados Unidos.-----

-----QUINTA: VIGENCIA-----

- A. Este **CONTRATO** estará vigente desde la fecha de su otorgamiento **hasta el 31 de julio de 2019**, o hasta que entre en vigor el contrato resultante de la RFP 2019-03, relacionada en el Expositivo **TERCERO**, lo que ocurra primero.-----
- B. Conforme a los derechos que rigen la contratación de servicios, los comparecientes toman conocimiento de que no se prestará servicio alguno bajo este **CONTRATO** hasta tanto sea firmado por ambas partes y sea registrado. De la misma forma, no se continuará dando servicios bajo este **CONTRATO** a partir de su fecha de expiración, excepto que a la fecha de expiración exista una enmienda firmada por ambas partes y debidamente registrada. No se pagarán servicios prestados en violación a esta cláusula, ya que cualquier funcionario que solicite y acepte servicios prestados de **LA SEGUNDA PARTE** en violación a ésta disposición lo está haciendo sin autoridad legal alguna.-----
- C. El presente **CONTRATO** deja sin efecto cualquier otro **CONTRATO** sobre estos mismos servicios que hubieren formalizado estos **COMPARECIENTES** con anterioridad a este Acto.-----
- D. Este **CONTRATO** podrá ser enmendado en cualquier momento por acuerdo escrito de las partes y para beneficio y protección de sus mejores intereses.-----

-----ACEPTACIÓN Y FIRMA-----

-----**LOS CONTRATANTES** están de acuerdo en que el presente **CONTRATO** está redactado de conformidad con lo convenido y que el mismo contiene los acuerdos tomados.-----

-----**Y PARA QUE ASÍ CONSTE**, para todos los fines legales pertinentes, ratifican y firman el mismo, estampando, además, sus iniciales al margen izquierdo de todas y cada una de las páginas del presente **CONTRATO**.-----

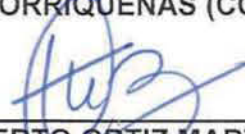
-----Firmado e inicialado en Bayamón, Puerto Rico, hoy 04/23/19-----

**CORPORACIÓN DEL FONDO
DEL SEGURO DEL ESTADO**



ENID I. ORTIZ RODRIGUEZ, MBA
Subadministradora

**COOPERATIVA DE FARMACIAS
PUERTORRIQUEÑAS (COOPHARMA)**



HERIBERTO ORTIZ MARTÍNEZ
Director Ejecutivo

Seguro Social Patronal:



ELDA SIERRA MELÉNDEZ
PRESIDENTA DE LA JUNTA DE DIRECTORES
Seguro Social Patronal:

**CORPORACIÓN DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO
JUNTA DE GOBIERNO**

A-08-2019

**APROBACIÓN DE CUBIERTA DE EMERGENCIA DEL SERVICIO DE
DESPACHO DE MEDICAMENTOS EN FARMACIAS DE LA
COMUNIDAD**

POR CUANTO:

En Reunión ordinaria de la Junta de Gobierno, celebrada el 23 de enero de 2019, y habiéndose constituido y mantenido el quórum reglamentario, se presentó y discutió la solicitud para el otorgamiento de la cubierta de emergencia del servicios de despacho de medicamentos en farmacias de la comunidad (Coopharma). Por tratarse de un asunto de secreto de negocio, el mismo está exceptuado de transmisión, a la luz de lo que dispone el Artículo 5 de la Ley 159-2013, según enmendada.

POR CUANTO:

La Ley Núm. 45 de 18 de abril de 1935, según enmendada, en su Artículo 1B-1 (f), 11 L.P.R.A. §1B-1(f), establece que la Junta de Gobierno de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado tendrá las facultades para "[h]acer, formalizar y otorgar convenios, arrendamientos, contratos y otros instrumentos necesarios o pertinentes en el ejercicio de las facultades y poderes de la Corporación con cualquier persona, firma, corporación, agencia federal y con el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y cualquiera de sus divisiones, agencias o instrumentalidades políticas", de acuerdo con la reglamentación que a tales efectos adopte la Junta de Gobierno.

POR CUANTO:

El 30 de enero de 2017, la Secretaría de la Gobernación y la Oficina de Gerencia y Presupuesto emitieron el Memorando 2017-001 (Carta Circular 141-17), mediante el cual expone que las normativas y los procedimientos establecidos en el memorando Conjunto será de aplicación a toda contratación de servicios profesionales o comprados en exceso de diez mil dólares (\$10,000.00) en un mismo año fiscal. Por su parte, el Memorando 2014-005 (Carta Circular 120-14) de 20 de noviembre de 2014, dispone que los cuerpos rectores de cada corporación deberán autorizar cualquier contrato cuya cuantía exceda de \$100,000.00 por año fiscal, prohibiendo el fraccionamiento de la cuantía para un mismo contratista.

POR CUANTO:

Ante la renuncia de varios farmacéuticos en la CFSE, la disponibilidad de licenciados en farmacia se ha visto limitada en múltiples ocasiones, teniendo que ser suspendido el servicio, afectando el despacho de los medicamentos y afectando el tratamiento de los lesionados.

POR CUANTO:

El día 11 de diciembre de 2018, la Junta de Gobierno aprobó el otorgamiento del contrato de Coopharma para proveer servicios de farmacia, según los términos presentados. La misma se encuentra en proceso de contratación y se programa completar la implementación del proyecto en unos cinco (5) meses.

POR CUANTO:

Para no afectar los servicios de las farmacias debido a la ausencia del farmacéutico, y de forma temporera, se solicitó a Coopharma un proceso transitorio con disponibilidad de al menos una farmacia cerca a cada región y dispensarios para asegurar el despacho de medicamentos a los lesionados.

POR CUANTO:

Luego de discutir la solicitud del Área Médica de la CFSE sobre la cubierta de emergencia del servicios de despacho de medicamentos en farmacias de la comunidad y para cumplir con las disposiciones del Secretario de la Gobernación y la Oficina de Gerencia y Presupuesto, la Junta de Gobierno aprobó autorizar la cubierta de emergencia con Coopharma bajo el CBCE-2019-10, según los términos y condiciones que se desglosan a continuación:

*En
HDM
com*

Tarifas establecidas en el acuerdo:

Concepto	Tarifa	Descripción
Medicamentos Genéricos	MAC List Non-MAC:AWP-30%	MAC, Maximum Allowable Cost, precio adjudicado por el intermediario (en este caso Coopharma) para los medicamentos genéricos que pueden obtenerse de diferentes fabricantes, estableciendo un precio estándar por medicamento. Siempre que este precio esté disponible, el medicamento será facturado según este concepto. En los casos en que no haya un MAC establecido, se usará el AWP, Average Wholesale Price, precio estándar en el mercado, actualizado periódicamente por entidades reconocidas (First Data Bank y Medi-Span) reconociendo las variaciones por cambios en la industria. Además, se establece un descuento de 30% de este precio en la adquisición.
Medicamentos de Marca	AWP-10%	AWP, Average Wholesale Price, precio estándar en el mercado, actualizado periódicamente por entidades reconocidas (First Data Bank y Medi-Span) reconociendo las variaciones por cambios en la industria. Se considera el AWP como base con un descuento de 10% de este precio en la adquisición de medicamentos de marca.
Dispensing Fee	\$2.75	Cargo adicional por cada medicamento despachado, para cubrir costos del servicio provisto por la farmacia que realiza el despacho.
Administrative Fee	\$1.05	Cargo adicional por cada medicamento despachado, para cubrir costos operacionales de Coopharma.

Proyección de gasto para este servicio en un término de cinco (5) meses, \$907,371.50

Región	Proyección de medicamento	Costo de medicamento	Dispensing Fee	Adm. Fee	Total
AGUADILLA	4,275	\$68,357.25	\$11,756.25	\$4,488.75	\$84,602.25
ARECIBO	1,335	\$21,346.65	\$3,671.25	\$1,401.75	\$26,419.65
BAYAMON	5,875	\$93,941.25	\$16,156.25	\$6,168.75	\$116,266.25
CAGUAS	2,295	\$36,697.05	\$6,311.25	\$2,409.75	\$45,418.05
CAROLINA	14,120	\$225,778.80	\$38,830.00	\$14,826.00	\$279,434.80
COROZAL	1,605	\$25,663.95	\$4,413.75	\$1,685.25	\$31,762.95
GUAYAMA	1,260	\$20,147.40	\$3,465.00	\$1,323.00	\$24,935.40
Hospital OPD	4,050	\$64,759.50	\$11,137.50	\$4,252.50	\$80,149.50
HUMACAO	3,160	\$50,528.40	\$8,690.00	\$3,318.00	\$62,536.40
MANATI	1,900	\$30,381.00	\$5,225.00	\$1,995.00	\$37,601.00
MAYAGUEZ	3,260	\$52,127.40	\$8,965.00	\$3,423.00	\$64,515.40
PONCE	2,715	\$43,412.85	\$7,466.25	\$2,850.75	\$53,729.85
TOTAL	45,850	\$733,141.50	\$126,087.50	\$48,142.50	\$907,371.50

POR CUANTO:

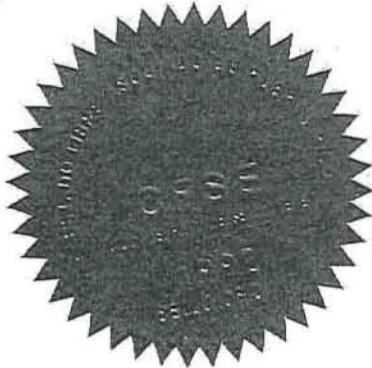
Luego de discutir la solicitud del Área Médica de la CFSE sobre la cubierta de emergencia del servicios de despacho de medicamentos en farmacias de la comunicad (Coopharma), la Junta de Gobierno aprobó autorizar el contrato de Coopharma según presentado en el CBCE-2019-10, según los términos y condiciones presentados.

POR TANTO:

A base de lo anterior, y en virtud de los poderes conferidos a esta Junta de Gobierno de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado por la Ley Núm. 45 de 18 abril de 1935, según enmendada, conocida como la "Ley del Sistema de Compensaciones por Accidentes del Trabajo", se resuelve aprobar el otorgamiento de la cubierta de emergencia del servicio de despacho de medicamentos en farmacias de la comunidad (Coopharma), según los términos presentados, para la Corporación del Fondo del Seguro del Estado.

Esta resolución se aprueba por unanimidad.

Yo, **Roberto Delgado Cortés**, Secretario de la Junta de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (la Junta de Gobierno), certifico que la presente es una transcripción fiel y exacta de la resolución aprobada por la Junta de Gobierno en reunión ordinaria celebrada el 23 de enero de 2019, y en la cual se constituyó y mantuvo el quórum. En virtud de lo cual, firmo y fijo el Sello de la Corporación en Bayamón, Puerto Rico, hoy 23 de enero de 2019.



DR. ROBERTO DELGADO CORTÉS
Secretario

In
H.D.H
gm



PROCEDIMIENTO PARA CUBIERTA DE EMERGENCIA DEL SERVICIO DE DESPACHO DE MEDICAMENTOS EN FARMACIAS DE LA COMUNIDAD

PROPÓSITO:

Este procedimiento establece la guía para el despacho de medicamentos a los lesionados de la CFSE como un método alternativo ante la no disponibilidad de farmacéutico en alguna de nuestras localidades (lo que conlleva el cierre temporero de la farmacia) asegurándole la provisión del servicio de farmacia.

PROCEDIMIENTO:

Director Médico
o Director Ejecutivo

1. El servicio de farmacia se brindará de forma primaria en las facilidades de la CFSE. En ausencia de un farmacéutico en la localidad, donde no se pueda realizar el despacho de medicamentos, el Director Médico Regional o el Director Ejecutivo Regional se comunicará con el Director de Área Médica para activar el servicio con CooPharma, como un plan de emergencia. Este plan se mantendrá activo por el período de ausencia del farmacéutico, ya sea por uno o varios días.

Médico

2. El médico de la CFSE completará manualmente, de forma legible, el recetario autorizado de la CFSE en todas sus partes. Formulario CFSE 05-072.

a. Información del lesionado

- i. Nombre completo, incluyendo inicial y ambos apellidos
- ii. Dirección física residencial del lesionado
- iii. Número de caso
- iv. Diagnósticos relacionados a los medicamentos prescritos, codificados según ICD9
- v. Detallará las alergias, si alguna

b. Medicamentos ordenados

- i. Nombre
- ii. Dosis
- iii. Cantidad
- iv. Ruta
- v. Frecuencia

c. Identificación del médico prescribiente

- i. Nombre completo en letra de molde
- ii. National Provider Identification (NPI)
- iii. Número de licencia profesional
- iv. Número de Drogas y Narcóticos Estatal, si incluye medicamentos controlados



- v. Número de DEA, si incluye medicamentos controlados
- vi. Firma
- vii. Fecha de la receta
- viii. Dirección del médico registrada en la DEA, especificar
Región, Dispensario u Hospital Industrial

Médico, Director
Médico y farmacia
que despacha

3. Se seguirán las guías establecidas en el Formulario de Medicamentos aprobado por la CFSE, vigente a la fecha del despacho. La diferencia del proceso actual es que el medicamento será despachado por una farmacia externa y el proceso de facturación posterior.

Médico

4. El médico se habrá de circunscribir a recetar los medicamentos listados en el mencionado Formulario. La prescripción de medicamentos que no estén detallados en el Formulario, deberán seguir el proceso de aprobación establecido previo al despacho por una farmacia externa. Se mantienen las restricciones establecidas en la cantidad de medicamentos a ser despachados. Además, de requerir el despacho de un medicamento de marca, aun cuando exista un bioequivalente disponible, el médico prescribiente tiene que especificar "no sustituir" en la receta.

Director Médico o
persona designada

5. El lesionado será referido a la Oficina del Director Médico para determinar dónde éste habrá de buscar los medicamentos recetados.

6. El Director Médico, o la persona designada, orientará al lesionado de las localidades de la Corporación o de CooPharma donde pueda obtener los medicamentos, siendo la primera alternativa al lesionado el solicitar sus medicamentos en las Farmacias de la Corporación.

7. De requerirse el despacho por una farmacia externa, el Director Médico, o la persona designada, aprobará la receta para despacho en una farmacia externa autorizada, perteneciente a la red de CooPharma. Para ello, pondrá el Recetario en la parte posterior con un sello que indicará la localidad donde recibió los servicios médicos.

8. Obtendrá fotocopia de la receta, llevando un registro de las recetas tramitadas para despacho externo. Mantendrá un expediente de las recetas autorizadas, por fecha de prescripción y orden alfabético, (apellidos y nombre del lesionado).

9. La receta estará vigente para despacho por un término de siete (7) días a partir de su emisión, a excepción de los medicamentos controlados que se restringe a solo 48 horas. Sin embargo, se orientará al lesionado a buscar los medicamentos en la misma fecha en que fueron prescritos.

En
Hoy
com

10. CooPharma tendrá disponible al menos tres (3) farmacias para el despacho de medicamentos aledañas a cada una de las localidades de la CFSE. El lesionado habrá de buscar sus medicamentos en una de las farmacias autorizadas. Este transporte no conlleva el pago de dietas o millaje.

Farmacia que
despacha

11. El lesionado tiene que visitar la farmacia externa para recibir sus medicamentos. Habrá de entregar la receta autorizada y una identificación con foto, ya sea del lesionado o de persona autorizada por éste. La farmacia externa mantendrá copia de la identificación y el original de la receta.

12. La farmacia externa despachará el medicamento bioequivalente en todo momento (Genérico mandatorio), a menos que no exista genérico o que el médico prescribiente detalle "no sustituir", donde se le despacha el medicamento de marca (Brand).

13. La farmacia externa obtendrá la firma del lesionado o la persona designada que recibió el medicamento, según requerido en el Recetario de la CFSE.

14. El farmacéutico que realiza el despacho certificará que realizó el mismo y documentará el NPI de la farmacia que brindó el servicio, según requerido en el Recetario de la CFSE.

15. La farmacia externa establecerá su proceso interno para el registro de las recetas despachadas y su posterior facturación a CooPharma. El ciclo de facturación será semanal, de lunes a domingo.

16. CooPharma recibirá las facturas de las farmacias externas y copia de las recetas despachadas, y consolidará las mismas en una factura para la CFSE:

- a. Detallará las recetas despachadas por lugar de origen de la CFSE: Región, Dispensario u Hospital Industrial (una tabla de Excel). Incluirá además la evidencia correspondiente al despacho realizado.

- b. Creará un manifiesto con las facturas despachadas y los pagos a las farmacias. El mismo contendrá los siguientes:

- i. Nombre del Lesionado
- ii. Número de caso
- iii. Medicamento
- iv. Cantidad despachada
- v. Costo (Plan Paid)
- vi. Costo de dispensación
- vii. Costo total

En
H.O.U.
Com

CooPharma

- c. Se tramitará una factura semanal por parte de CooPharma, agrupando todos los servicios provistos, con los cargos correspondientes, los cuales responden a mismas tarifas y costos establecidos en la propuesta aprobada (RFP 2018-003).
- d. Entregará la misma, en original, al Director del Área Médica de la CFSE, localizado en el Hospital Industrial.

Persona designada
del Área Médica

17. El Director de Área Médica asignará personal para el trámite de la factura. Éste recibirá la factura semanal. En los próximos dos (2) días laborables de recibida, validará la misma contra las recetas emitidas. Verificará que los despachos correspondan a lo prescrito y la vigencia de 7 días de la receta.

Director del Área
Médica

18. El Director de Área Médica certificará la factura presentada y enviará para pago a la Oficina de Cuentas por Pagar del Área de Finanzas y Administración de la CFSE.

Oficina de Cuentas
por Pagar de CFSE

19. Realizará la intervención correspondiente, considerando que no se retienen impuestos (taxes) ni ninguna otra cantidad de lo facturado. CooPharma presentará Certificación de No Retención en el Origen emitido por el Departamento de Hacienda.

20. Autorizará, según corresponda, para realizar el pago de forma electrónica.