

ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL (MSPyBS) DE LA REPÚBLICA DEL PARAGUAY Y EL FONDO CRISTIANO CANADIENSE PARA LA NIÑEZ (CCFC) OFICINA PARAGUAY

En la ciudad de Asunción, capital de la República del Paraguay, a los 28 días del mes de enero del año dos mil veintiuno, por una parte el **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL DE LA REPÚBLICA DEL PARAGUAY**, en adelante **MSPyBS**, con domicilio a los efectos de este documento en la avda. Silvio Pettirossi esq. Brasil, de la ciudad de Asunción, representado por Su Excelencia el Señor Ministro, **DR. JULIO DANIEL MAZZOLENI INSEFRÁN**, y por la otra; el **FONDO CRISTIANO CANADIENSE PARA LA NIÑEZ (CCFC)**, en adelante denominado **CCFC**, con domicilio a los efectos de este documento en Flores Cantero 242 y Telmo Aquino, Barrio Mburicao, de la ciudad de Asunción representado por su Director de País en el Paraguay, **SEÑOR JORGE MÉNDEZ RHEINECK**, con CI N° 619.131, acuerdan celebrar la presente **CARTA DE ENTENDIMIENTO** relacionada a la recepción de medicamentos donados por **CCFC** al **MSPyBS**, específicamente Atorvastatina 40 mg, según petición expresada en nota SG N° 19, de fecha 07 de enero de 2021.

PRIMERA: CCFC

- 1.1 **CCFC** sobre la base de la disponibilidad de sus recursos financieros, puede realizar donaciones al **MSPyBS**. En esta oportunidad, está realizando la donación del medicamento Atorvastatina 40 mg.
- 1.2 **CCFC** realiza esta donación libre de costos tanto para el **MSPyBS** como para los beneficiarios finales. Por lo tanto, los beneficiarios finales deben recibir los medicamentos en forma gratuita, según prescripción y orientación de los profesionales del área de la salud.
- 1.3 Sobre la base de lo estipulado en el punto 1.1 y 1.2 arriba declarados, **CCFC** donará el medicamento Atorvastatina 40 mg. cuyos detalles (como por ejemplo tipo y cantidades) se detallan en el ANEXO 1 de este documento y que forma parte del mismo.
- 1.4 **CCFC** realizará las gestiones y cubrirá el pago de los gastos de despacho para el ingreso al Paraguay. Este proceso se realizará en coordinación permanente con el **MSPyBS** para asegurar la correcta manipulación de los productos recibidos.

SEGUNDA: MSPyBS

- 2.1 Distribuir medicamentos donados por el **CCFC**, para beneficiar sobre todo a poblaciones de áreas en situación de vulnerabilidad.
- 2.2 Designar a una persona del **MSPyBS** para actuar como el nexo entre esta institución y el **CCFC**, para facilitar el intercambio de información, la coordinación, la entrega de informes, entre otros. En caso de que esta persona sea cambiada del cargo (ya sea por ser transferida a otro lugar u otro), el sucesor asumirá las responsabilidades.

2.3 Tramitar los permisos necesarios relacionados a la recepción de medicamentos para el despacho gestionado por el CCFC y acompañar al CCFC para retirar los mismos de la Aduana. En ese momento, el CCFC realizará la entrega de los medicamentos recibidos al **MSPyBS**, previa firma de las planillas de acuse de recibo de la donación.

2.4 Transportar y distribuir los medicamentos objeto de la presente donación. El **MSPyBS** es responsable por el buen uso que se haga de los medicamentos, las prescripciones médicas y/o las aplicaciones en pacientes, deslindando expresamente de toda responsabilidad al **CCFC** frente a terceros por tales motivos.

2.5 Proveer al **CCFC** los siguientes reportes relacionados a la recepción y distribución de medicamentos donados:

a. Reporte de recepción de medicamentos donados por el **CCFC**, al momento de que los mismos sean retirados de la aduana. La tabla del ANEXO 1 adjunta a este documento puede utilizarse como reporte de acuse de recibido.

b. Un reporte anual o luego de noventa (90) días de haberse entregado la totalidad de medicamentos, con la lista de distribución de los servicios que recepcionaron los medicamentos indicando cantidades. El ANEXO 2 podrá utilizarse para este propósito.

2.6 Asegurar que los medicamentos objeto de la donación, que están individualizados en este documento, no sean utilizados una vez expirados los plazos de vigencia previstos en cada caso, así como tampoco sean vendidos, comercializados bajo ningún concepto ni utilizados para otros fines que no fueran los estipulados en este documento.

2.7 Coordinar con el **CCFC** la realización de un evento o actividad de visibilidad en relación a la presente carta de entendimiento, con presencia de una autoridad del **MSPyBS** y representantes del **CCFC**.

TERCERA: Los términos y condiciones del presente documento no podrán ser cedidos, delegados o transferidos por el **MSPyBS**.

CUARTA: Esta carta de entendimiento está regida por las leyes de la República del Paraguay y las partes acuerdan para el caso que surgiera cualquier litigio o controversia respecto de la interpretación o ejecución de este convenio, se negociará directamente entre las partes de acuerdo a los principios de la probidad y buena fe, y en caso de no resolverse por este medio será sometido a la jurisdicción de los Tribunales Ordinarios de Asunción (Fuero Civil).

QUINTA: Todas las notificaciones deberán ser realizadas por escrito, en los domicilios indicados en el encabezado de éste convenio.

SEXTA: Las cláusulas de la presente carta de entendimiento están redactadas en idioma español. En caso de controversia judicial este instrumento podrá ser presentado en juicio siendo válidas las cláusulas redactadas en idioma español, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 105 Código Procesal Civil Paraguayo. En caso de divergencias para la interpretación del texto de las cláusulas de este instrumento, prevalecerá la redacción en español.

SÉPTIMA:

Esta carta de entendimiento entra en vigencia a partir del día de su firma y tendrá validez hasta la distribución final de los medicamentos donados, con su entrega de reporte final correspondiente en un plazo no mayor a noventa (90) días.

En prueba de conformidad, se firman dos (2) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en el lugar y fecha indicados en el encabezamiento de este documento.

Por El Fondo Cristiano Canadiense Para La Niñez



Sr. Jorge Santiago Méndez Rhoingek.
Director

Por El Ministerio De Salud Pública Y Bienestar Social



Dr. Julio Daniel Mazzoleni Insfrán
Ministro

ANEXO 1

Listado de medicamentos (tipos y cantidades)

	Medicamento	Presentación	Características	Total medicamentos	Vencimiento
	<i>Medicines</i>	<i>Presentation</i>	<i>Characteristics</i>	<i>Total medicines</i>	<i>Expiration date</i>
1	<i>Atorvastatina</i>	Comprimido	40 mg.	9749	30/jun/2021

Observación: Al momento de retirar los medicamentos de la aduana, se firmará una copia de este anexo para el acuse de recibo correspondiente, indicando el nombre completo, cargo y firma de la persona que lo recibe en representación del **MSPyBS**.



ANEXO 2

Reporte Final de Donación de Medicamentos

Fecha de reporte:

Reported date

Preparado por: _____
Indicar nombre/apellido y cargo. Por favor deje su firma al final del documento.
Completed by
Indicate name/last name and position. Please sign at the end of the form

Aprobado por: _____
Indicar nombre/apellido y cargo. Por favor deje su firma al final del documento.
Approved by
Indicate name/last name and position. Please sign at the end of the form

1. Organización receptora:

Receiving organization:

- a. Nombre:
Name
- b. Dirección completa:
Full Address
- c. Número de teléfono (por favor incluya el código de país/ciudad):
Phone Number (please include area code)
- d. Número de fax (por favor incluya el código de país/ciudad):
Fax Number (please include area code)
- e. Página web:
Website
- f. Correo electrónico:
E-mail
- g. Director (o máxima autoridad):
Director (or main authority)
- h. Persona de contacto (nombre/apellido y cargo):
Contact person (name and position)

2. Cuál fue la carga recibida? (Por favor detalle utilizando los formularios personalizados, incluyendo la cantidad de cada uno)
What was shipped received? (please detailed as per custom forms including quantity of each)

3. Estaba el product/recurso en buen estado? (por favor marque con una X)
Was commodity/resource in good order? (please mark with an X)

SI (sin daño ni faltante) _____ **NO** _____

Yes (no damage or missing product) _____ **No** _____

Si ha marcado NO, por favor indique los detalles:

If No, please provide details:

SOBRE LOS MEDICAMENTOS
MEDICATION QUESTIONS

4. Porqué fue necesario este envío?

Why was this shipment needed?

5. Quiénes se beneficiaron con este envío? Adjunte listas de beneficiarios finales que indiquen números, área geográfica, género y grupo de edad

Who were benefited with this shipment? Please attach lists of final beneficiaries indicating numbers, geographical area, gender and age group

6. Describa cómo este envío ayudó a los beneficiarios, a sus comunidades y al país.

Describe how this shipment helped the beneficiaries, their communities and the country.

7. Por favor, nombre las instituciones sociales que participaron en la distribución a los beneficiarios (i.n escuelas, hospitales, iglesias, etc.)

Please name the social institutions that were involve in the distribution to the beneficiaries (i.e schools, hospitals, churches, etc)

8. Comentarios generales / sugerencias para futuros envíos?

General Comments/ Suggestions for future shipments?

