

MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
Secretaría Municipal

APRUEBA CONVENIO PARA EXAMENES
SUSCRITO CON EL HOSPITAL DE NIÑOS
ROBERTO DEL RIO.-

CONCHALI, - 6 FEB. 2014
DECRETO EXENTO N° 205,

LA ALCALDIA DECRETO HOY:

VISTOS: Prov. N° 544 del 20.01.14 del Director del Hospital de Niños Roberto del Río; Convenio de fecha 27.12.2013; Certificado Presupuestario N° 62 del 03.02.14.; del Jefe de Rentas y Finanzas; y TENIENDO PRESENTE las facultades y atribuciones que me confiere la Ley N°18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades,

DECRETO:

APRUEBASE el Convenio de fecha 27 de Diciembre del 2013, suscrito entre el Hospital de Niños Roberto del Río, R.U.T. N° 61.608.004-0 representado por su Director Dr. PATRICIO MONTES CRUZAT, R.U.T. N° 4.373.973-5, ambos con domicilio en Avenida Profesor Zañartu N° 1085, Comuna de Independencia, y la I. Municipalidad de Conchalí, Rut. N° 69.070.200-2, representada por su Alcalde don CARLOS SOTTOLICHIO URQUIZA, Rut. N° 9.030.437-2, ambos domiciliados en Av. Independencia N° 3.499 Comuna de Conchalí, el que tiene por objeto prestación de servicios en beneficio de la Comunidad, de conformidad al Convenio adjunto, el que forma parte integrante y que se aprueba mediante el presente Decreto.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y TRANSCRIBASE el presente Decreto a los Departamentos Municipales, hecho ARCHIVESE.


ADELA RUENTRALBA LABBÉ
Secretaria Municipal


CARLOS SOTTOLICHIO URQUIZA
Alcalde de Conchalí

CSU/AFU/maa.

TRANSCRITO A:

- Control – Jurídico – Finanzas - TESMU
- DIDECO – Adm. Municipal.
- Sr. Patricio Montes Cruzat. (Av. Profesor Zañartu N° 1085, Independencia.)
- O.P.I.R. - Sec. Municipal
- Art. 7° letra g) Ley N° 20.285/

A D.A.F. para Inspección

0. 316273
544
juridico



Hospital de Niños Roberto del Río

24.01.03.002 P.C.

~~24.01.03.002~~

Santiago, 27 de Diciembre 2013

DE: PATRICIO MONTES CRUZAT
DIRECTOR
HOSPITAL DE NIÑOS ROBERTO DEL RIO

A: CARLOS SOTTOLICHIO URQUIZA
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ

Mediante el presente tengo el agrado de informar a usted, que el Hospital de Niños Roberto del Río está formalizando la prestación de sus servicios a través de la suscripción de convenios.

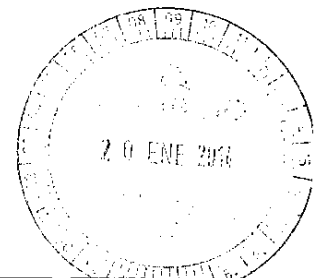
Dicho convenio contempla la realización de exámenes de laboratorio a pacientes beneficiarios de los consultorios de su comuna. Nuestro Hospital cuenta con la infraestructura necesaria y personal altamente calificado para proporcionar esta atención.

Esperando una buena recepción a nuestra invitación se adjunta el texto del convenio junto con la valorización de las prestaciones a realizar. Se solicita responder dentro de los diez primeros días desde la recepción de la documentación.

Saluda Atentamente a usted,



Patricio Montes Cruzat
Director
Hospital de Niños Roberto del Río

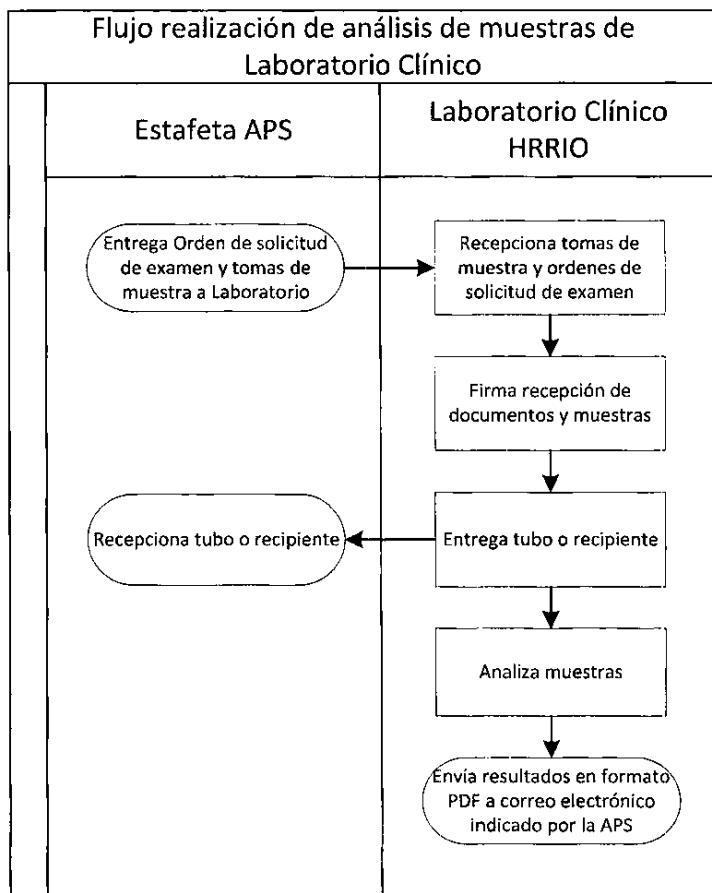


Profesor Zañartu # 1085 – Independencia – Región Metropolitana – Santiago Chile

Telefono (02) 5758064

I. MUNICIPALIDAD DE GONCHALI
CORRESPONDENCIA
27 ENE 2014
HORA: 16:30
RENTAS Y FINANZAS

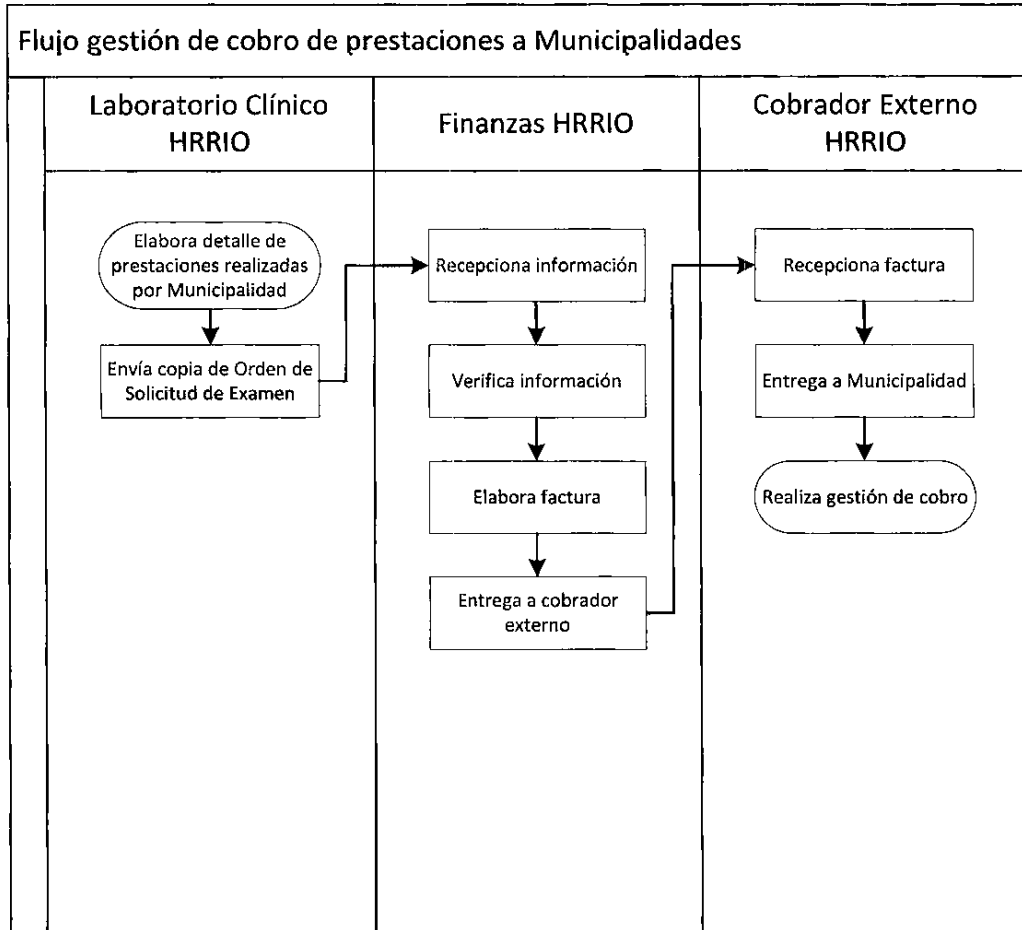
316273
11.10.2014
20.01.14



Nota: El horario de recepción de tomas de muestra es de Lunes a Viernes de 8.00 a 12.00 hrs.

Datos de contacto:

Nombre	Unidad	Teléfono	Correo electrónico
Jerthy Valencia	Laboratorio	2 575 80 78	jerthy.valencia@redsalud.gov.cl



Datos de contacto:

Nombre	Unidad	Teléfono	Correo electrónico
Marjorie Orrego	Finanzas	2 575 80 53	Marjorie.orrego@redsalud.gov.cl



CONVENIO

En Santiago, a 27 de Diciembre de 2013, entre el **Hospital de Niños Roberto del Río**, persona jurídica de derecho público, RUT N° 61.608.004-0, representado por su **Director, Dr. Patricio Montes Cruzat**, RUN 4.373.973-5, ambos domiciliados para estos efectos en Avda. Profesor Zañartu N° 1.085, comuna de Independencia, Santiago, en adelante "**el Hospital**" y la **Ilustre Municipalidad de Conchalí**, persona jurídica de derecho público, RUT 69.070.200-2 representada por su **Alcalde D. Carlos Sottolichio Urquiza** RUN 9.030.437-2, ambos domiciliados en Av. Independencia N° 3499, comuna de Conchalí, en adelante "**La Municipalidad**", se ha convenido lo siguiente:

PRIMERO: "**La Municipalidad**" encomienda a "**el Hospital**", la prestación de servicio de análisis de muestras de Laboratorio Clínico a pacientes beneficiarios de los consultorios de su comuna, por estar altamente calificado, dotado de infraestructura y recursos humanos aptos para proporcionar la prestación requerida.

SEGUNDO: Por el presente acto e instrumento "**La Municipalidad**" encomienda al Laboratorio Clínico de "**el Hospital**", la responsabilidad de la realización de exámenes según detalle en **anexo N° 1 Exámenes de Laboratorio**, el que forma parte integral de este convenio.

Para los efectos de este convenio, cada examen comprende:

- La entrega de tubo o recipiente para toma de muestra contra recibo de muestra en sistema de canje,
- los reactivos,
- el servicio de ejecución de la técnica,
- el envío del resultado vía correo electrónico en formato PDF.

La toma de muestras estará a cargo del personal del "**Hospital**" de acuerdo a normativa técnica definida y bajo la supervisión del laboratorio.

TERCERO: El Laboratorio de "**el Hospital**" deberá procesar las muestras de los pacientes enviadas por "**La Municipalidad**", con una **Solicitud de Examen**, único instrumento válido, para la recepción en el laboratorio. El laboratorio de "**el Hospital**" solo procesará muestras que vengan con dicha solicitud en regla. Se anexa formulario tipo. "**El Hospital**", se compromete a entregar los resultados de exámenes oportunamente de acuerdo a tabla anexa. Los resultados de los exámenes serán enviados en formato PDF al correo electrónico que "**La Municipalidad**", señale para efectos de este convenio.

CUARTO: "**El Hospital**" se obliga a respetar los plazos de vigencia de las Solicitudes de Exámenes y a **entregar exclusivamente las prestaciones solicitadas**, siendo de su cargo absoluto cualquier costo asociado a prestaciones no solicitadas, no autorizadas o de Solicitud de Examen vencida.

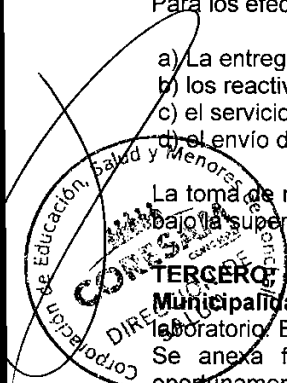
QUINTO: El valor de las prestaciones corresponde al monto indicado en los anexos señalados, los cuales no estarán afectos al pago de impuesto ya que corresponden al valor de la Modalidad de Atención Institucional señalado por Fonasa, por lo tanto, ese será el monto anual único y total a facturar.

SEXTO: Mensualmente, "**el Hospital**" emitirá una factura que deberá contener el detalle de los exámenes realizados, indicando tipo de examen y cantidad. Por su parte, "**La Municipalidad**" efectuará el pago dentro del plazo de 30 días corridos, una vez recibida la factura.

SEPTIMO: El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo apruebe y hasta el 31 de Diciembre de 2014.

OCTAVO: "**El Hospital**" se obliga a dar cumplimiento estricto a lo dispuesto en la ley N° 20.584, esto es a tomar y adoptar todas las medidas que sean necesarias para que su personal y todos los involucrados en la realización de los exámenes objeto de este convenio, guarden la más estricta reserva y confidencialidad respecto de los antecedentes, documentos, resultados y operaciones de que eventualmente pudieren tomar conocimiento con motivo de la ejecución de los servicios que en su virtud le encomienda.

NOVENO: Toda información, resultados y documentos que se generen como producto de los servicios que ejecute "**el Hospital**" en virtud de este convenio, serán de propiedad exclusiva de "**La Municipalidad**", no pudiendo "**el Hospital**", disponer de ese material, ni usarlo en forma alguna sin el consentimiento expreso "**La Municipalidad**".



DÉCIMO: "La Municipalidad" podrá monitorear el cumplimiento por parte de "el Hospital" de la realización de los exámenes, mediante el envío mensual del detalle de las prestaciones realizadas por "el Hospital", listado que será enviado junto a la factura emitida mensualmente.

DÉCIMO PRIMERO: En caso de incumplimiento grave de las obligaciones que emanan del presente convenio por parte de "La Municipalidad" y/o "el Hospital", la parte diligente pondrá poner término de inmediato y sin forma de juicio, el presente convenio, sin perjuicio de la facultad de ejercer las acciones indemnizatorias que al efecto le correspondan. Todo gasto que origine el incumplimiento del presente convenio será de cargo de la parte infractora.

DÉCIMO SEGUNDO: Las partes fijan su domicilio en la comuna y ciudad de Santiago y se someten a la Jurisdicción de sus Tribunales de Justicia.

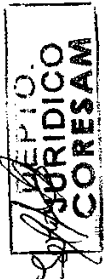
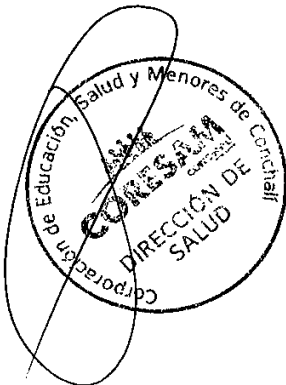
DÉCIMO TERCERO: La personería de D. Patricio Montes Cruzat para representar al Hospital de Niños Roberto del consta Resolución N° 178 de la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Norte de fecha 11 de Septiembre de 2013 y la de D. Carlos Sottolichio Urquiza, para representar a la Ilustre Municipalidad de Conchalí según consta en la sentencia de proclamación dictada por el primer Tribunal Electoral de la Región Metropolitana de fecha 30 de Noviembre de 2012.



[Handwritten signature]
D. CARLOS SOTTOLICHIO URQUIZA
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ

[Handwritten signature]

D. PATRICIO MONTES CRUZAT
DIRECTOR
HOSPITAL DE NIÑOS ROBERTO DEL RÍO



ANEXO Nº 1 EXÁMENES DE LABORATORIO

PRESTACIÓN	CÓDIGO	VALOR EXAMEN	TIEMPO DE ENTREGA EXAMEN
Hemograma	0301045	\$ 2.130	24 Hrs.
Rto. Plaquetas	0301067	\$ 840	24 Hrs.
Hematocrito	0301036	\$ 470	24 Hrs.
Hemoglobina	0301038	\$ 470	24 Hrs.
R. glóbulos rojos	0301064	\$ 470	24 Hrs.
Recuentos de eosinofilos	0301063	\$ 700	24 Hrs.
Recuento Leucocitos	0301065	\$ 470	24 Hrs.
Tpo. Protrombina INR	0301059	\$ 1.070	24 Hrs.
Hemorragias ocultas	0308004	\$ 840	24 Hrs.
Factor Reumatoideo	0305019	\$ 1.890	24 Hrs.
Electrolitos(Na,K,CL,) c/u	0302032	\$ 860	24 Hrs.
Glucosa	0302047	\$ 920	24 Hrs.
Nitrógeno ureico	0302057	\$ 920	24 Hrs.
Creatinina	0302023	\$ 930	24 Hrs.
Perfil Lipídico	0302034	\$ 4.430	24 Hrs.
Proteínas totales	0302060	\$ 1.040	24 Hrs.
Ac. Úrico	0302005	\$ 1.140	24 Hrs.
Bilirrubina total	0302012	\$ 930	24 Hrs.
Bilirrubina total y conj.	0302013	\$ 1.070	24 Hrs.
Fosfatasas alcalinas	0302040	\$ 960	24 Hrs.
Transaminasas GPT	0302063	\$ 1.370	24 Hrs.
Transaminasas GOT	0302063	\$ 1.370	24 Hrs.
Orina completa	0309022	\$ 1.320	24 Hrs.
Creatinuria	0309010	\$ 1.070	24 Hrs.
Microalbuminuria	0309013	\$ 2.120	24 Hrs.



**ORDEN SOLICITUD EXAMEN DESDE CONSULTORIOS DE ATENCION
PRIMARIA
AL HOSPITAL ROBERTO DEL RIO**

HOSPITAL ROBERTO DEL RIO
LABORATORIO CLINICO

CONSULTORIO _____

NOMBRES : _____

APELLIDOS _____

RUT: _____
Cta.Cte.: _____

TOMA DE MUESTRA _____
Fecha - Hora

Entrega: _____

FECHA NACIMIENTO _____

RECEPCIÓN: _____
Fecha - Hora

HEMATOLOGIA

- Hemograma 0301045
- Rto. Plaquetas

- Hematocrito
- Hemoglobina
- R. glóbulos rojos 0300026
- Recuento Leucocitos
- Rto. Plaquetas

PRUEBAS DE COAGULACION

- Tpo. Protrombina INR 0301059

QUIMICA DEPOSICIÓN

- Hemorragias ocultas 030800
4

INMUNOLOGIA

- Factor Reumatoideo 030501
9

QUIMICA SANGRE

- Electrolitos(Na,K,CL,) c/u 030203
2
- Glucosa 030204
7
- Nitrógeno ureico 030205
7
- Creatinina 030202
3
- Perfil Lipídico 030203
4
- Proteinas totales 030206
0
- Ac. Úrico 030200
5

- Bilirrubina total 0302012
- Bilirrubina total y conj. 0302013
- Fosfatasas alcalinas 0302040
- Transaminasas GPT 0302063
- Transaminasas GOT 0302063

QUIMICA ORINA

- Orina completa 0309022
- Creatinuria 0309010
- Microalbuminuria 0309013