

APRUEBESE CONVENIO DE COMPRA DE EXAMENES RADIOLOGICOS, ENTRE LA MUNICIPALIDAD DE RECOLETA Y EL HOSPITAL ROBERTO DEL RIO.

DECRETO EXENTO N° 35001 /2014.

RECOLETA,

16 SEP 2014

VISTOS:

- 1.- El Convenio de compra de prestaciones de exámenes radiológicos, suscrito entre el Hospital Roberto del Río y la Municipalidad de Recoleta, de fecha 13 de mayo de 2014.
- 2.- La Resolución N° 2694 de fecha 22 de julio de 2014, del Hospital Roberto del Río, que aprueba el Convenio de compra de prestaciones de exámenes radiológicos.
- 3.- Decreto Exento N° 4850 de fecha 06 de diciembre de 2012, que asume cargo de Alcalde Titular Don Daniel Jadue Jadue;

TENIENDO PRESENTE:

Las facultades que me confiere la Ley 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades, con esta fecha dicto el siguiente decreto.

DECRETO:

- 1.- **APRUEBESE, Convenio de compra de prestaciones de exámenes radiológicos**, suscrito entre el Hospital Roberto del Río y la Municipalidad de Recoleta, contenido en documento anexo, que pasa a formar parte integrante del presente Decreto exento.
- 2.- **IMPUTESE**, el gasto que origine el presente convenio al ítem 215.22.08.999.001.004 "Reforzamiento Radiológico", del presupuesto de gastos del Departamento de Salud vigente para el año 2014.-
Centros de Costo: 14.37.01.-

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y TRANSCRÍBASE a las dependencias Municipales que corresponda, y hecho, **ARCHÍVESE.**

HORACIO NOVOA MEDINA
SECRETARIO MUNICIPAL

DANIEL JADUE JADUE
ALCALDE

DJJ/HNM/MECHS/AYV/vb

812649



MSCHR/LEMS

RESOLUCIÓN EXENTA N°

2694 22-07-14

Santiago,

VISTOS:

Las competencias en recursos humanos e infraestructura de este Hospital Roberto del Río; el convenio celebrado en fecha 13 de mayo de 2014 con la **I. Municipalidad de Recoleta**, para prestar este Hospital el servicio de toma de examen de radiología a pacientes beneficiarios de FONASA que se atienden los Centros de Salud de la Comuna; la necesidad de aprobar aquél por resolución;

Y TENIENDO PRESENTE:

Lo dispuesto en la Resolución N° 1.600/2008 de Contraloría General de la República, que Fija Normas sobre Exención del Trámite de Toma de Razón; y en uso de las facultades que me confieren los artículos 36 del DFL N° 1/2005 del Ministerio de Salud que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2.763 de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469 y 23 del Decreto N° 38/2005 del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, dicto la siguiente:

R E S O L U C I Ó N

1.- APRUÉBASE la celebración del convenio con la I. MUNICIPALIDAD DE RECOLETA, RUT 69.254.800-0, del siguiente tenor:



CONVENIO

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE RECOLETA Y HOSPITAL DE NIÑOS ROBERTO DEL RÍO

En Santiago, a 13 de Mayo de 2014, entre el HOSPITAL DE NIÑOS ROBERTO DEL RÍO, persona jurídica de derecho público, RUT N° 61.608.004-0, representado por su Directora (S), DRA. MARÍA LIDIA VALENZUELA SANDOVAL, RUT N° 7.111.226-8, 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 RECOLETA, persona jurídica de derecho público, RUT N° 69.254.800-0 representada por su Alcalde D. DANIEL JADUE JADUE, RUN N° 9.400.544-2 ambos domiciliados en Av. Recoleta N° 2774, comuna de Recoleta, en adelante la "MUNICIPALIDAD", se ha convenido lo siguiente:

PRIMERO: Por estar altamente calificado, dotado de infraestructura y recursos humanos aptos para proporcionar la prestación requerida, la "MUNICIPALIDAD" encomienda al "HOSPITAL", la prestación del servicio de toma de examen de radiografía a pacientes institucionales beneficiarios FONASA que atienden los Centros de Salud de la comuna.

SEGUNDO: El servicio que se acuerda por medio de la cláusula anterior será prestada por medio de la unidad de Imaginología del "HOSPITAL", según tipo de examen, código de FONASA, arancel MAI, y tiempo de entrega en días hábiles que se definen en anexo N° 1, Prestaciones de Radiografías, el que forma parte de este convenio.

Las imágenes así como los informes médicos resultantes de tales imágenes se entregarán por medio del sistema en línea denominado SYNAPSE.

El "HOSPITAL" se compromete a que la toma de las radiografías se realice de acuerdo a normativa técnica definida por el MINSAL y bajo la supervisión de la unidad de Imaginología.

TERCERO: La unidad de Imaginología del "HOSPITAL" deberá procesar las solicitudes de los pacientes enviadas por la "MUNICIPALIDAD", con una Solicitud de Radiografía, único instrumento válido para la recepción en dicha unidad. Se anexa formulario tipo, ver anexo N°2. El "HOSPITAL" se compromete a entregar los resultados de las prestaciones oportunamente de acuerdo a tabla anexa. Los resultados serán enviados a través del sistema en línea SYNAPSE a los Centros de Salud de la "MUNICIPALIDAD".

CUARTO: Las solicitudes de radiografías se aceptarán con una vigencia máxima de tres (3) meses desde que haya sido expedida dicha solicitud por el profesional respectivo y a entregar exclusivamente las prestaciones solicitadas, siendo de cargo del "HOSPITAL" cualquier costo asociado a prestaciones no solicitadas o no autorizadas.

QUINTO: El valor de las prestaciones corresponde al monto indicado en el anexo señalado, 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 las radiografías realizadas, indicando tipo de examen y cantidad. Por su parte, la "MUNICIPALIDAD" efectuará el pago dentro del plazo de treinta (30) días corridos, una vez recibida la factura, sin que se devenguen reajustes, intereses o multas, para la "MUNICIPALIDAD".

El "HOSPITAL" facturará a:

Razón Social: Ilustre Municipalidad de Recoleta
Rut N°: 69.254.800-0
Dirección: Av. Recoleta N° 2774
Comuna: Recoleta
Ciudad: Santiago

El pago de las facturas deberá ser realizado al contado o depositado en la cuenta corriente N°: 940003-6 del Banco Estado.

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, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, esto es a tomar y adoptar todas las medidas que sean necesarias para que su personal y todos los involucrados en la realización de las prestaciones 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, en adelante, información confidencial.

Asimismo, el "HOSPITAL" se obliga a entregar la información confidencial únicamente a las personas autorizadas para su recepción dentro de la organización, tratar confidencialmente toda la información recibida directa o indirectamente, y no utilizar ningún dato de esa información de ninguna manera distinta al propósito del presente acuerdo. Por último, el "HOSPITAL" se obliga a no manejar, usar, explotar, o divulgar la información confidencial a ninguna persona o entidad por ningún motivo en contravención a lo dispuesto en este instrumento.

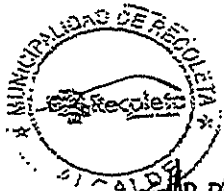
NOVENO: Toda información, resultados y documentos que se generen como producto de los servicios que ejecute el "HOSPITAL" en virtud de este convenio, serán de propiedad exclusiva de la "MUNICIPALIDAD", no pudiendo el "HOSPITAL" disponer de ese material, ni usarlo en forma alguna sin el consentimiento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

DÉCIMO: la "MUNICIPALIDAD" realizará el proceso de revisión del cumplimiento por parte del "HOSPITAL" de la realización de las radiografías, 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 del "HOSPITAL" y/o la "MUNICIPALIDAD", la parte diligente pondrá poner término de inmediato y sin forma de juicio, el presente convenio, mediante notificación enviada al Director del "HOSPITAL" o al Alcalde de la "MUNICIPALIDAD"; 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 la doctora MARÍA LIDIA VALENZUELA SANDOVAL, para representar al hospital, consta de Resolución Exenta N° 2798 de fecha 06 de agosto de 2013 del Director del Hospital, que determinó el orden de subrogancia de la Dirección y la de D. DANIEL JADUE JADUE para representar a la Ilustre Municipalidad de Recoleta según consta en la sentencia de proclamación dictada por el primer Tribunal Electoral de la Región Metropolitana de fecha 30 de Noviembre de 2012.



D. DANIEL JADUE JADUE
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE RECOLETA

MEAS/AYU/JPCH



ANEXO Nº 1 RADIOGRAFIAS

Tipo de Examen	Código Fonasa	Arancel MAI	Tiempo de Entrega de Informe (Días Hábiles)
Rx. Tórax AP o Lat.	401009	\$ 7.240	2 días
Rx. Tórax AP y Lat.	401070	\$ 13.260	2 días
Rx. Cavum RinoFaríngeo	401002	\$ 6.770	5 días
Rx. Cavidades Perinasales	401031	\$ 7.240	5 días
Rx. Cráneo AP y Lat.	401032	\$ 7.650	5 días
Rx. Cráneo Towne	401033	\$ 5.380	5 días
Rx. Abdomen Simple AP	401013	\$ 6.440	5 días
Rx. Pelvis o cadera	401051	\$ 5.590	5 días
Rx. Pelvis proyección adicional	401052	\$ 5.380	5 días
Rx. Pelvis menor 5 años	401151	\$ 5.590	5 días
Rx. Brazo AP y Lat.	401054	\$ 6.440	5 días
Rx. Antebrazo AP y Lat.	401054	\$ 6.440	5 días
Rx. Codo AP y Lat.	401054	\$ 6.440	5 días
Rx. Muñeca AP y Lat.	401054	\$ 6.440	5 días
Rx. Mano AP y Lat.	401054	\$ 6.440	5 días
Rx. Dedos AP y Lat.	401054	\$ 6.440	5 días
Rx. Pié AP y Lat.	401054	\$ 6.440	5 días
Rx. Tobillo AP y Lat.	401054	\$ 6.440	5 días
Rx. Clavícula AP	401055	\$ 7.440	5 días
Rx. Carpo Edad ósea	401056	\$ 5.380	5 días
Rx. Femur AP y Lat.	401060	\$ 7.520	5 días
Rx. Pierna AP y Lat.	401060	\$ 7.520	5 días
Rx. Rodilla AP y Lat.	401060	\$ 7.520	5 días





Hospital de Niños Roberto del Río
Imaginología

ANEXO N°2

SOLICITUD DE RADIOGRAFIA CONVENIO A.P.S.

CENTRO DE SALUD: _____ SAPU: _____
 NOMBRE PACIENTE: _____
 RUT: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 DIAGNOSTICO: _____
 NOMBRE Y FIRMA MEDICO SOLICITANTE: _____
 FECHA DE SOLICITUD: _____

Código Fonasa	Prestación	Código Fonasa	Prestación
401009	Rx. Tórax AP o Lat.	401054	Rx. Codo AP y Lat.
401070	Rx. Tórax AP y Lat.	401054	Rx. Muñeca AP y Lat.
401002	Rx. Cavum Rinofaríngeo	401054	Rx. Mano AP y Lat.
401031	Rx. Cavidades Perinasales	401054	Rx. Dedos AP y Lat.
401032	Rx. Cráneo AP y Lat.	401054	Rx. Pie AP y Lat.
401033	Rx. Cráneo Towne	401054	Rx. Tobillo AP y Lat.
401013	Rx. Abdomen Simple AP	401055	Rx. Clavícula AP
401051	Rx. Pelvis o cadera	401056	Rx. Carpo Edad ósea
401052	Rx. Pelvis proyección adicional	401060	Rx. Fémur AP y Lat.
401151	Rx. Pelvis menor 5 años	401060	Rx. Pierna AP y Lat.
401054	Rx. Brazo AP y Lat.	401060	Rx. Rodilla AP y Lat.
401054	Rx. Antebrazo AP y Lat.		

OBSERVACIONES:

TIMBRE CENTRO DE SALUD/SAPU:

CORREO ELECTRÓNICO CENTRO DE SALUD/SAPU:



ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



DRA. MARÍA LIDIA VALENZUELA SANDOVAL
DIRECTORA (S)
HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO

Distribución:

- Contabilidad
- Oficina de Partes
- Finanzas
- Asesoría Jurídica
- Gestión de Contratos
- Abastecimiento
- Dra. Benadof
- Encargada de Proyectos y Convenios
- Jefe Imaginología