

MUNICIPALIDAD DE PUCHUNCAVÍ/

DECRETO ALCALDICIO N° 001914

PUCHUNCAVÍ, 19 OCT 2012

ESTA ALCALDÍA DECRETO HOY LO QUE SIGUE:

VISTO Y TENIENDO PRESENTE: Contrato de Prestación de Servicios de Laboratorio, suscrito entre esta Municipalidad y el Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, con fecha 23.07.2012 y Resolución Exenta N° 4933, de fecha 14.09.2012, que aprueba el señalado Contrato; Sentencia de Proclamación de Alcaldes del Tribunal Electoral Quinta Región de Valparaíso de fecha 24.11.2008, que ratifica la elección del Sr. Alcalde; Resolución Nro. 1600 de 2008, de Contraloría Regional de la República; y en ejercicio de las facultades que me confiere la Ley Nro. 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades de la República en vigencia:

D E C R E T O

- 1.- **APRUÉBASE** el Contrato de Prestación de Servicios de Laboratorio, suscrito entre esta Municipalidad y el Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, con fecha 23.07.2012 y Resolución Exenta N° 4933, de fecha 14.09.2012, que aprueba el señalado Contrato, que se adjuntan y forman parte integrante del presente Decreto Alcaldicio.
- 2.- **ANÓTESE, REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.**



JUAN CARLOS GONZÁLEZ ROMO
SECRETARIO MUNICIPAL



AGUSTÍN VALENCIA GARCÍA
ALCALDE

DISTRIBUCIÓN:

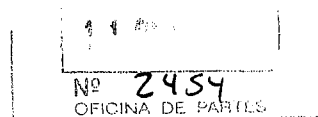
- 1.- Secretaría Municipal
- 2.- Dirección de Adm. y Finanzas
- 3.- Depto. de Salud
- 4.- Unidad de Control ✓
AVG/JCGR/EFPP/ezc.



UNIDAD DE CONTROL



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR - QUILLOTA
DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA
Int. N° 10 de fecha 12.09. 2012



RESOLUCION EXENTA N° 4933

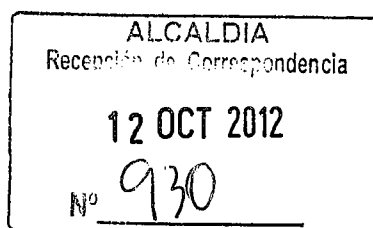
VIÑA DEL MAR, 14 SET. 2012

VISTO:

- Lo dispuesto en la Ley N° 18.575 sobre Bases de la Administración del Estado, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N°1/19.653, publicado con fecha 17 de noviembre de 2001. Lo establecido en la Ley N° 19.880 que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado. La Resolución N° 1600/2008, de Contraloría General de la República, que fija Normas sobre Exención del Trámite de Toma de Razón. Las facultades que a la suscrita otorgan el D.F.L. N°1/2005 (Salud), publicado en el Diario Oficial con fecha 24 de abril de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2763, de 1979 y de las Leyes N°18.933 y N° 18.469, conjuntamente con los Decretos Supremos N° 140/2005 y N° 123/2010 ambos del Ministerio de Salud.

CONSIDERANDO:

- 1.- La solicitud de la Sra. Directora del Hospital de Quintero, en cuanto a establecer un marco contractual para realizar el "Servicio de Análisis de Muestras Biológicas y Elaboración de Informes de Resultados de Laboratorio Clínico", por concepto de servicios prestados a la Ilustre Municipalidad de Puchuncaví,.
- 2.- El contrato de Prestación de Servicios de Laboratorio, suscrito con fecha 23 de julio de 2012, entre la Ilustre Municipalidad de Puchuncaví y el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.



RESUELVO:

- 1.- **APRUÉBESE**, el contrato de Prestación de Servicios de Laboratorio, suscrito con fecha 23 de julio de 2012, entre la Ilustre Municipalidad de Puchuncaví y el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.
- 2.- **CÚMPLASE**, de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución Exenta N° 1600 de Contraloría General de la República, con la transcripción íntegra del Contrato que se aprueba en este acto y cuyo tenor es el siguiente:

En Viña del Mar, a 23 de Julio de 2012, entre el **Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota**, Rut N° 61.606.600-5, persona jurídica de derecho público, representado por su Directora Dra. Elba Margarita Estefan Sagua, ambos domiciliados en calle Von Schroeders N° 392, Viña del Mar, en adelante "el Servicio", y la **Ilustre Municipalidad de Puchuncaví**, persona jurídica de derecho público, representada por su Alcalde don Agustín Valencia García, ambos domiciliados en Bernardo O'Higgins N° 07, comuna de Puchuncaví, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar el siguiente contrato de prestación de servicios, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Por intermedio del presente instrumento la Ilustre Municipalidad de Puchuncaví, contrata los servicios de Análisis de Muestras Biológicas y Elaboración de Informes de Resultados de Laboratorio Clínico, encargo que se acepta por el Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, a través del Hospital Adriana Cousiño de Quintero, de su dependencia.

SEGUNDA: El análisis de las muestras biológicas que prestará el Servicio de Salud, a través del Hospital Adriana Cousiño de Quintero, relativos al Servicio de Análisis de Muestras Biológicas y Elaboración de Informes de Resultados, son aquellos que se encuentran disponibles en la canasta de exámenes de laboratorio de Atención Primaria, correspondiente al Nivel de consultorio urbano, y a exámenes incorporados en "Programa Complementario GES", excepto niveles plasmáticos de drogas antiepilépticas, que se individualizan en el anexo 1 y 2 respectivamente, y que se entiende forma parte integral del presente contrato.

TERCERA: El precio por la prestación de los Servicios que la I. Municipalidad deberá pagar mensualmente al Servicio de Salud, corresponderá el valor de cada prestación de acuerdo a la cantidad ejecutada por mes. El monto anual no debe superar la suma de **\$ 28.070.630 (veintiocho millones sesenta mil seiscientos treinta pesos)**, suma que se desglosa de la siguiente manera: Laboratorio básico: \$17.090.435.- (diecisiete millones noventa mil cuatrocientos treinta y cinco pesos)

Laboratorio Complementario GES 1er componente (EPI, CV, PIRCT) \$5.967.695.- (cinco millones novecientos sesenta y siete mil seiscientos noventa y cinco pesos), 2do componente (EMP) \$5.012.500.- (cinco millones doce mil quinientos pesos).

Dicho valor deberá ser pagado por la I. Municipalidad, dentro del plazo de diez días hábiles, contados desde la fecha de recepción de la factura correspondiente, valor que incluirá todas las prestaciones efectuadas por el Servicio de Salud en el Hospital Adriana Cousiño de Quintero, en el período respectivo.

El Servicio de Salud, a través del Hospital Adriana Cousiño de Quintero, emitirá y emitirá dentro de los cinco primeros días hábiles de cada mes, a la I. Municipalidad, la factura correspondiente por el valor de los Servicios señalados, realizados en el mes anterior, acompañada de una nómina mensual de los exámenes efectuados, que deberá contener, el nombre del paciente, el tipo de examen efectuado, la fecha de su realización, el número de interconsulta y el valor de la prestación.

Si la I. Municipalidad no paga el valor de los Servicios de Análisis realizados por el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, a través del Hospital Adriana Cousiño de Quintero, dentro del plazo estipulado anteriormente, el Servicio de Salud, podrá ponerle término en forma inmediata al contrato, sin perjuicio del cobro de las sumas adeudadas, las que devengarán el máximo interés permitido, desde la fecha en que se debió efectuar el pago.

En el caso que la I. Municipalidad proporcione insumos para la realización de los Servicios de Análisis, el Servicio de Salud, deberá descontar su valor de las prestaciones efectuadas en el mes correspondiente.

CUARTA: Para la realización de los exámenes el Consultorio o Centro de Salud Municipal respectivo, deberá remitir al Hospital Adriana Cousiño de Quintero, una solicitud de examen, que deberá contener todos los datos solicitados en Formulario adjunto en Anexo 3, e indicando además, el nombre del paciente, su cédula de identidad, edad, tipo de examen solicitado, programa al que pertenece el paciente.

QUINTA: Para la realización del Servicio, la I. Municipalidad o el Centro de salud deberá dar fiel cumplimiento al siguiente procedimiento:

- Deberá nombrar un responsable de la operación de la Sala de Toma de Muestras.
- Sobre la obtención de las muestras, el personal del Centro de Salud, debidamente autorizado, deberá proceder de acuerdo a la Guía de Toma de muestras del Hospital Adriana Cousiño de Quintero.
- Sobre el transporte y conservación de las muestras, el Centro de Salud nombrará un responsable del transporte, entrega y retiro de los resultados los cuales se encuentran debidamente señalados en Manual de procedimiento respectivo del Hospital Adriana Cousiño.
- Sobre la recepción de las muestras, el Centro de Salud deberá proceder según lo contenido en procedimiento específico.
- Sobre la entrega de los resultados, ésta se regirá por procedimiento que se encuentra disponibles en Manual ad hoc, con excepción de las determinaciones microbiológicas que podrán entregarse hasta 72 hrs.
- En relación a los materiales e insumos, el Hospital Adriana Cousiño de Quintero entregará los contenedores de muestras sanguíneas, orina, bacteriología, fisiología etc. Los contenedores de transporte serán entregados en calidad de préstamo mientras tenga vigencia el presente convenio.

SEXTA: Todo Plazo señalado podrá ampliarse en caso de que se produzca una falla técnica en los equipos del Hospital o un caso fortuito o fuerza mayor, no pudiendo extenderse a más de setenta y dos horas.

SÉPTIMA: El presente contrato regirá desde el 1 de abril de 2012, hasta el 31 de diciembre de 2012. Sin embargo, cualquiera de las partes podrá ponerle término anticipado mediante aviso escrito, enviado a la otra con sesenta días de antelación a la fecha de término.

OCTAVA: El Servicio de Salud en este acto designa administradora y coordinadora a la Jefa de Farmacia de la Subdirección de Gestión Asistencial de este Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, Químico farmacéutico Carolina Molina, quien tendrá como función principal actuar como referente técnico de este servicio respecto de la I. Municipalidad y del Ministerio de Salud además de velar por la correcta ejecución y adecuado cumplimiento de las obligaciones

asumidas por las partes. La I. Municipalidad notificará al Servicio de Salud de la persona que actuará como responsable de la Institución, por cada solicitud de Toma de Rayos, dentro del plazo de cinco días contados desde la fecha de suscripción del presente convenio.

NOVENA: El presente contrato se firma en tres ejemplares, quedando uno en poder del Hospital Adriana Cousiño de Quintero, uno en poder de la I. Municipalidad y uno en poder del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.

DÉCIMA: Para los efectos de este contrato las partes fijan domicilio en la ciudad de Viña del Mar y prorrogan competencia a los tribunales de dicha ciudad.

PERSONERÍA:

La facultad y personería de la Dra. Elba Margarita Estefan Sagua, en su calidad de Directora, para representar al Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, Decreto con Fuerza de Ley N° 1/2005 del Ministerio de Salud, publicado con fecha 24 de abril de 2006, que fija el texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N°2763/79 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469, conjuntamente con los Decretos Supremos N° 140/2005 y N° 123/2010, ambos del Ministerio de Salud.

La facultad y personería de don Agustín Valencia García, Alcalde de la I. Municipalidad de Puchuncaví, consta en el Rol de sentencia de proclamación N° 1063/2008, de fecha 24 de Noviembre de 2008, de Tribunal Electoral de Valparaíso.

ANEXO 1

CANASTA VALORIZADA DE PRESTACIONES 2012

SECCION HEMATOLOGIA

CODIGO	DESCRIPCION PRESTACION	PRECIO 2012 NIVEL I
03-01-014	TEST DE COOMBS DIRECTO	\$820
03-01-015	TEST DE COOMBS INDIRECTO	\$ 1470
03-01-034	GRUPO SANGUINEO ABO	\$ 1660
03-01-069	FORMULA DIFERENCIAL	\$ 1280
03-01-036	HEMATOCRITO (PROC. AUTOM.)	\$ 470
03-01-038	HEMOGLOBINA (PROC. AUTOM.)	\$ 470
03-01-064	RECUESTO ERITROCITOS (PROC. AUTOM.)	\$ 470
03-01-065	RECUESTO LEUCOCITOS (PROC. AUTOM.)	\$ 470
03-01-000	PARAMETROS HEMATOLOGICOS	\$3980
03-01-067	RECUESTO PLAQUETAS ABSOLUTO	\$ 820
03-01-086	VELOCIDAD DE SEDIMENTACION	\$ 390
03-01-068	RECUESTO RETICULOCITOS (ABS. / %)	\$ 680

03-01-059	TIEMPO DE PROTROMBINA	\$ 1050
03-01-085	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	\$ 1630

Nota:

El examen Parámetros Hematológicos agrupa códigos FONASA 0301036, 0301038, 0301064, 0301065, 0301069, 0301067.

SECCION QUIMICA CLINICA

CODIGO	DESCRIPCION PRESTACION	PRECIO 2012 NIVEL I
03-02-047	GLUCOSA	\$ 900
03-02-048	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	\$ 4240
03-02-057	NITROGENO UREICO / UREA	\$ 900
03-02-023	CREATININA	\$ 910
03-02-024	CREATININA DEPURACION DE	\$2090
03-02-034	PERFIL LIPIDICO	\$ 4340
03-02-067	COLESTEROL TOTAL	\$ 970
03-02-064	TRIGLICERIDOS	\$ 1240
03-02-068	COLESTEROL HDL	\$ 1410
03-02-005	URICEMIA	\$ 11120
03-02-015	CALCIO	\$ 940
03-02-042	FOSFORO	\$ 1230
03-02-060	PROTEINAS TOTALES O ALBUMINAS C/U	\$ 1020
03-02-059	PROTEINAS FRACCIONADAS A/G	\$ 1610
03-05-031	PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA	\$ 4240
03-05-019	FACTOR REUMATOIDE (LATEX)	\$ 1850
03-05-008	ANTIESTREPTOLISINA O (LATEX)	\$ 3280
03-02-076	PERFIL HEPATICO	\$ 7380
03-02-013	BILIRRUBINA TOTAL Y DIRECTA	\$ 1050
03-02-040	FOSFATASAS ALCALINAS TOTALES	\$ 940
03-02-063	TRANSAMINASAS (SGOT-SGPT)	\$ 1350
03-02-045	GAMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA	\$ 1610
03-02-030	DESHIDROGENASA LACTICA TOTAL	\$ 1550
03-09-012	ELECTROLITOS PLASMATICOS (x3)	\$3150
03-06-039	TIFICAS REACCIONES DE AGLUTINACION	\$ 2580

SECCION MICROBIOLOGIA

CODIGO	DESCRIPCION PRESTACION	PRECIO 2011 NIVEL 1
03-06-011	UROCULTIVO CORRIENTE	\$ 2520
03-06-008	CULTIVO CORRIENTE	\$ 2400
03-06-026	ANTIBIOGRAMA CORRIENTE	\$ 1930
03-06-002	BACILOSCOPIA DE ZIEHL NIELSEN	\$ 1200
03-06-005	TINCION DE GRAM	\$ 470
03-06-038	R.P.R.	\$ 1810
03-06-004	EXAMEN DIRECTO A FRESCO	\$ 1050
03-06-007	COPROCULTIVO	\$ 2890
03-06-056	ACAROTEST	\$ 2780

SECCION URINANALISIS

CODIGO	DESCRIPCION PRESTACION	PRECIO 2011 NIVEL 1
03-09-024	ORINA SEDIMENTO	\$ 750
03-09-022	ORINA COMPLETA (COD. 0309024, 0309023)	\$ 1300
03-09-028	PROTEINA CUANTITATIVA	\$ 1200
03-09-014	EMBARAZO DETECCION DE	\$ 1760
03-09-016	GLUCOSA CUANTITATIVO	\$ 900

SECCION DEPOSICIONES

CODIGO	DESCRIPCION PRESTACION	PRECIO 2011 NIVEL 1
03-06-059	COPROPARASITOLOGICO SIMPLE	\$ 2760
03-06-051	GRAHAM EXAMEN DE	\$ 1470
03-08-004	HEMORRAGIAS OCULTAS	\$ 820
03-08-005	LEUCOCITOS FECALES	\$ 820

ANEXO 2

CANASTA VALORIZADA DE PRESTACIONES 2011

CODIGO	DESCRIPCION PRESTACION	PRECIO 2011 NIVEL 1
0309012	ELECTROLITOS PLASMATICOS ANUAL	1050
0309013	MICROALBUMINURIA CUANTITATIVA	2080
0301041	HEMOGLOBINAGLICOCILADA	3210

ANEXO 3

FORMULARIOS DE SOLICITUD DE EXAMENES



Hospital de Guayaquil
Unidad de Laboratorio Clínico
Avenida 9 de Mayo 100
Teléfono: 043 221 1122

SOLICITUD ÚNICA DE EXÁMENES

R.U.T.:

Fecha: Hora:

PROCEDENCIA: 8 UNIDAD EMERGENCIA 9 MEDICINA 6 POSTA LONGURA
 9 MATERNIDAD 12 CONS. ADOSADO 3 CONS. FUCHUNCAVI
 7 PEDIATRIA 10 POLI VATERNAL 4 CONS. LAS VENTANAS

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: 1 IAM 2 ITM 3 NEU 4 TAG 5 SDA 6 NO AFILICA

SECTOR DEMANDA: 1 CI 2 CC 3 CC 4 INO AFILICA

SECTOR: 1 ROJO 2 VERDE 3 AZUL 4 NO AFILICA

TELEFONO CONTACTO:

F. NACIMIENTO:

SEXO: 1 MASCULINO 2 FEMENINO

NOMBRE:

HEMATOLOGIA		
010100175	<input type="checkbox"/>	PERFIL HEMATOLOGICO (HES)
010100180	<input type="checkbox"/>	HPS ECR (HEC)
010100185	<input type="checkbox"/>	FORMULA DIFERENCIAL (HED)
010100190	<input type="checkbox"/>	RECUBRIMIENTO PLACUETICO (HAG)
010100195	<input type="checkbox"/>	RECUBRIMIENTO PLACUETICO (HAG)
010100200	<input type="checkbox"/>	TIEMPO DE ROTACION / RR (HEU)
010100205	<input type="checkbox"/>	ACT (HEU)
010100210	<input type="checkbox"/>	ACTIVACION DE QUINONA (HEU)
010100215	<input type="checkbox"/>	COAGULOS DIRECTOS (HEU)
010100220	<input type="checkbox"/>	COAGULOS INDIRECTOS (HEU)
010100225	<input type="checkbox"/>	PERIODO DE ROTACION (HEU)

PARASITOLOGIA		
010600195	<input type="checkbox"/>	COPIAS PARASITOLÓGICAS DE SED. APO (HES)
010600200	<input type="checkbox"/>	TEST DE GIEMSA (HES)
010600205	<input type="checkbox"/>	PROFEGGICOCULTIVO (HEU)
010600210	<input type="checkbox"/>	LEUCOCITOS PEGAJOS (HEC)
010600215	<input type="checkbox"/>	ROTAVIRUS (HEC)

HEMATOCHEMIA		
010600220	<input type="checkbox"/>	SEDIMENTO URINA (HES)
010600225	<input type="checkbox"/>	URINA COMPLETA (HES)
010600230	<input type="checkbox"/>	LEUCOCITO SIMPLE (HES)
010600235	<input type="checkbox"/>	CULTIVO DE URINA (HES)
010600240	<input type="checkbox"/>	ANTIBIOTICOGRAMA (HEC)
010600245	<input type="checkbox"/>	FLUIDO VAGINAL, DIRECTO & CULT. (HES)
010600250	<input type="checkbox"/>	TACÓN DE GRASA (HES)
010600255	<input type="checkbox"/>	REPRODUCTIVO COMPLETO (HES)
010600260	<input type="checkbox"/>	BAC. COCCIDIOS (HEC)
010600265	<input type="checkbox"/>	BAC. COCCIDIOS (HEC)
010600270	<input type="checkbox"/>	GLUCOSIDASE (HEC)
010600275	<input type="checkbox"/>	REP. DEL TA. (HEC)
010600280	<input type="checkbox"/>	GLUCOSIDASE (HEC)

RESERVA:

TALLA (CM):

SITO ALTERNATIVO:

QUÍMICA CLÍNICA		
010100230	<input type="checkbox"/>	GLUCOSA EN URINAS (HEC)
010100235	<input type="checkbox"/>	GLUCOSA POST PRANDIAL (HEC)
010100240	<input type="checkbox"/>	GLUCOSA POST PRANDIAL (HEC)
010100245	<input type="checkbox"/>	URENIA (HEC)
010100250	<input type="checkbox"/>	URENIA / PUW (HEC)
010100255	<input type="checkbox"/>	CREATININA (HEC)
010100260	<input type="checkbox"/>	ACT. C (HEC)
010100265	<input type="checkbox"/>	ACT. P (HEC)
010100270	<input type="checkbox"/>	URENIA (HEC)
010100275	<input type="checkbox"/>	COLESTEROL TOTAL (HEC)
010100280	<input type="checkbox"/>	TRIGLICÉRIDOS (HEC)
010100285	<input type="checkbox"/>	PERFIL LIPÍDICO (HEC)
010100290	<input type="checkbox"/>	SGOT/AST (HEC)
010100295	<input type="checkbox"/>	SGPT/ALT (HEC)
010100300	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA TOTAL (HEC)
010100305	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA DIRECTA (HEC)
010100310	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100315	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100320	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100325	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100330	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100335	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100340	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100345	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100350	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100355	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100360	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100365	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100370	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100375	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100380	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100385	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100390	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100395	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100400	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100405	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100410	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100415	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100420	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100425	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100430	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100435	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100440	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100445	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100450	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100455	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100460	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100465	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100470	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100475	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100480	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100485	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100490	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100495	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100500	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100505	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100510	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100515	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100520	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100525	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100530	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100535	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100540	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100545	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100550	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100555	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100560	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100565	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100570	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100575	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100580	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100585	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100590	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100595	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100600	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100605	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100610	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100615	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100620	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100625	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100630	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100635	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100640	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100645	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100650	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100655	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100660	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100665	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100670	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100675	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100680	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100685	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100690	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100695	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100700	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100705	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100710	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100715	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100720	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100725	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100730	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100735	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100740	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100745	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100750	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100755	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100760	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100765	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100770	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100775	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100780	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100785	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100790	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100795	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100800	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100805	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100810	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100815	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100820	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100825	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100830	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100835	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100840	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100845	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100850	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100855	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100860	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100865	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100870	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100875	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100880	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100885	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100890	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100895	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100900	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100905	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100910	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100915	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100920	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100925	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100930	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100935	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100940	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100945	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100950	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100955	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100960	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100965	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100970	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100975	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100980	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100985	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100990	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010100995	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101000	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101005	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101010	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101015	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101020	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101025	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101030	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101035	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101040	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101045	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101050	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101055	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101060	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101065	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101070	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101075	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101080	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101085	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101090	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101095	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101100	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101105	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101110	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101115	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101120	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101125	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101130	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101135	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101140	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101145	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101150	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101155	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101160	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101165	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101170	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101175	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101180	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101185	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101190	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101195	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101200	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101205	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101210	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101215	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101220	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101225	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101230	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101235	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101240	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101245	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101250	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101255	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101260	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101265	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101270	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101275	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101280	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101285	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101290	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101295	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101300	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101305	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101310	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101315	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101320	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101325	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101330	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101335	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101340	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101345	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101350	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101355	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101360	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101365	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101370	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101375	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101380	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101385	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101390	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101395	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101400	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101405	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101410	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101415	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101420	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101425	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101430	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101435	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)
010101440	<input type="checkbox"/>	ALBÚMINA (HEC)



Unidad de Cultivos
Unidad de Laboratorio Clínico
CALLE 5, #13-11
TEL: 33 27 1150

SOLICITUD DE SEROLOGÍA R.P.R. / V.D.R.L

R.U.T.: FECHA SOLICITUD:

PROCEDENCIA: 2. UNIDAD EMERGENCIA 5. MEDICINA 6. POSTA LINDURA
 3. MATERNIDAD 2. CONS. ADOSADO 3. CONS. FUCHUNCAVI
 7. PEDIATRIA 10. FOLIMATERNAL 4. CONS. LAS VENTANAS

NRO. FICHA: E. NACIMIENTO:

SECTOR: 1. ROJO 2. VERDE 3. AZUL 4. NO APLICA SEXO: 1. MASC. 2. FEMENINO

DOMICILIO:

TEL. CONTACTO:

NOMBRE COMPLETO:

GRUPOS DE PESQUISA	
<input type="checkbox"/> GESTANTES PRIMER TRIMESTRE EMBARAZO (P1)	<input type="checkbox"/> P.I. Y LACTANTE PARA DETECCIÓN DE SIFILIS CONGENITA (P14)
<input type="checkbox"/> GESTANTES SEGUNDO TRIMESTRE EMBARAZO (P2)	<input type="checkbox"/> PERSONAS EN CONTROL POR CONCEPTO SEXUAL (P17)
<input type="checkbox"/> GESTANTES TERCER TRIMESTRE EMBARAZO (P3)	<input type="checkbox"/> PERSONAS EN CONTROL FERTILIDAD (P18)
<input type="checkbox"/> GESTANTES PRIMER TRIMESTRE EMBARAZO SIN PADRON (P4)	<input type="checkbox"/> CONSULTANTES POR TUBERCULOSIS (P19)
<input type="checkbox"/> GESTANTES EN SEGUIMIENTO DIAGNOSTICO SIFILIS (P5)	<input type="checkbox"/> PERSONAS CON VIH (P20)
<input type="checkbox"/> MUJERES QUE INSISTEN EN MATERIDAD POR PARTO (P6)	<input type="checkbox"/> DONANTES DE SANGRE (P21)
<input type="checkbox"/> MUJERES QUE INSISTEN EN ABORTO (P7)	<input type="checkbox"/> DONANTES DE ORGANOS (P22)
<input type="checkbox"/> MUJERES EN CONTROL GINECOLOGICO (P8)	<input type="checkbox"/> PACIENTES EN DIÁLISIS (P23)

SEROLOGÍA ANTERIOR		
<input type="checkbox"/> NO TIENE	<input type="checkbox"/> REACTIVA	<input type="checkbox"/> NO REACTIVA

<i>Identificación Operador Toma de Muestras</i>	<i>Nombre y Firma del Facultativo</i>
---	---------------------------------------

UNIDAD DE CULTIVOS



SOLICITUD EXAMEN BACTERIOLOGICO TBC

1. IDENTIFICACION:

R.U.T.:	<input type="text"/>	FECHA SOLICITUD:	<input type="text"/>
PROCEDENCIA:	<input type="checkbox"/> 15 UNIDAD EMERGENCIA <input type="checkbox"/> 19 MATERNIDAD <input type="checkbox"/> 17 PEDIATRIA	<input type="checkbox"/> 16 MEDICINA <input type="checkbox"/> 12 CONS. ADOSADO <input type="checkbox"/> 10. FOLIO MATERNAL	<input type="checkbox"/> 18 POSTA LENCURA <input type="checkbox"/> 13 CONS. FUCHENGAY <input type="checkbox"/> 14 CONS. LAS PENTANAS
NRO. FICHA:	<input type="text"/>	F. NACIMIENTO:	<input type="text"/>
SECTOR:	<input type="checkbox"/> 1 ROJO <input type="checkbox"/> 2 VERDE <input type="checkbox"/> 3 AZUL <input type="checkbox"/> 4 NO APLICA	SEXO:	<input type="checkbox"/> 1. Masc <input type="checkbox"/> 2. Femi
DOMICILIO:	<input type="text"/>		
TELEFONO CONTACTO:	<input type="text"/>		
NOMBRE COMPLETO:	<input type="text"/>		

2. MUESTRAS

<input type="checkbox"/> EXPECTORACION	
<input type="checkbox"/> PRIMERA MUESTRA	<input type="checkbox"/> SEGUNDA MUESTRA
FECHA MUESTRA (dd/mm/aaaa): <input type="text"/>	FECHA MUESTRA (dd/mm/aaaa): <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> OTRAS (Especificar):	
FECHA OTRAS MUESTRAS (dd/mm/aaaa): <input type="text"/>	<input type="text"/>

3. ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO

<input type="checkbox"/> AUSEN A TRATAMIENTO
<input type="checkbox"/> ANTES TRATADO (<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F)

4. EXAMEN DIAGNOSTICO EN

<input type="checkbox"/> PESQUISA EN SINTOMATICO RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/> INVESTIGACION DE CONTACTOS
<input type="checkbox"/> DIAGNOSTICO EN IMAGENES RX PULMONARES ANORMALES	<input type="checkbox"/> TBC EXTRA-PULMONAR

5. EXAMEN PARA CONTROL TRATAMIENTO ACTUAL

DROGAS TRATAMIENTO ACTUAL:	<input type="text"/>
Nº DE MESES TRATAMIENTO ACTUAL:	<input type="text"/>

6. IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE:	<input type="text"/>
-------------------------	----------------------

3.- **ESTABLECESE**, que el precio por las prestación de los servicios que la i. Municipalidad deberá pagar mensualmente al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, se ajustará a la cantidad de exámenes ejecutados en el mes, conforme a los valores señalados en los anexos 1 y 2 según corresponda.

4.- **DECLÁRESE** la vigencia del contrato que por este acto se aprueba, registrá desde el 11 de abril de 2012 y hasta el 31 de diciembre de 2012.

- 5.- **ESTABLÉCESE**, como administrador y coordinador del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, a la Q.F. Carolina Molina Bastías, quien tendrá como función principal actuar como referente técnico de este servicio respecto de la I. Municipalidad y del Ministerio de Salud, además de velar por la correcta ejecución y adecuado cumplimiento de las obligaciones asumidas por las partes.
- 7.- **REQUIÉRASE**, a la I. Municipalidad de Puchuncaví la designación de una persona que actuará como referente técnico y la notificación de dicha designación a este Servicio, dentro del plazo de cinco días contados desde la fecha de suscripción del convenio.
- 8.- **VALÍDENSE**, todas las actuaciones y prestaciones efectuadas por el Hospital de Quintero sobre las materias que versa el contrato que por este acto se aprueba, para la Ilustre Municipalidad de Puchuncaví.
- 9.- **IMPÚTENSE** los valores que se perciban por concepto de este contrato al subtítulo 07 ítem 02 003 "Exámenes"



ANÓTESE, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

DRA. ELBA MARGARITA ESTEFAN SAGUA

DIRECTORA

S. S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA

DRA. EMES/KM/GAF./CONT.GFT/ccc

DISTRIBUCION:

- Subdirección de Gestión Asistencial S.S.V.Q.
- Subdirección de RRF. y Financieros S.S.V.Q.
- Dirección de Atención Primaria S.S.V.Q.
- Auditoría S.S.V.Q.
- Of. de Partes S.S.V.Q.
- Depto. Jurídico S.S.V.Q.

TRANSCRITO FIELMENTE
MINISTRO DE FE
S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA



SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR-QUILLOTA
Depto. Jurídico

CONTRATO DE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO

SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA

E

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PUCHUNCAVÍ

En Viña del Mar, a 23 de Julio de 2012, entre el **Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota**, Rut N° 61.606.600-5, persona jurídica de derecho público, representado por su Directora Dra. Elba Margarita Estefan Sagua, ambos domiciliados en calle Von Schroeders N° 392, Viña del Mar, en adelante "el Servicio", y la **Ilustre Municipalidad de Puchuncaví**, persona jurídica de derecho público, representada por su Alcalde don Agustín Valencia García, ambos domiciliados en Bernardo O'Higgins N° 07, comuna de Puchuncaví, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar el siguiente contrato de prestación de servicios, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Por intermedio del presente instrumento la Ilustre Municipalidad de Puchuncaví, contrata los servicios de Análisis de Muestras Biológicas y Elaboración de Informes de Resultados de Laboratorio Clínico, encargo que se acepta por el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, a través del Hospital Adriana Cousiño de Quintero, de su dependencia.

SEGUNDA: El análisis de las muestras biológicas que prestará el Servicio de Salud, a través del Hospital Adriana Cousiño de Quintero, relativos al Servicio de Análisis de Muestras Biológicas y Elaboración de Informes de Resultados, son aquellos que se encuentran disponibles en la canasta de exámenes de laboratorio de Atención Primaria, correspondiente al Nivel de consultorio urbano, y a exámenes incorporados en "Programa Complementario GES", excepto niveles plasmáticos de drogas antiepilépticas, que se individualizan en el anexo 1 y 2 respectivamente, y que se entiende forma parte integral del presente contrato.

TERCERA: El precio por la prestación de los Servicios que la I. Municipalidad deberá pagar mensualmente al Servicio de Salud, corresponderá el valor de cada prestación de acuerdo a la cantidad ejecutada por mes. El monto anual no debe superar la suma de **\$ 28.070.630 (veintiocho millones sesenta mil seiscientos treinta pesos)**, suma que se desglosa de la siguiente manera: Laboratorio básico: \$17.090.435.- (diecisiete millones noventa mil cuatrocientos treinta y cinco pesos), Laboratorio Complementario GES 1er componente (EPI, CV, PIRCT) \$5.967.695.- (cinco millones novecientos sesenta y siete mil seiscientos noventa y cinco pesos), 2do componente (EMP) \$5.012.500.- (cinco millones doce mil quinientos pesos).



Dicho valor deberá ser pagado por la I. Municipalidad, dentro del plazo de diez días hábiles, contados desde la fecha de recepción de la factura correspondiente, valor que incluirá todas las prestaciones efectuadas por el Servicio de Salud en el Hospital Adriana Cousiño de Quintero, en el período respectivo.

El Servicio de Salud, a través del Hospital Adriana Cousiño de Quintero, emitirá y emitirá dentro de los cinco primeros días hábiles de cada mes, a la I. Municipalidad, la factura correspondiente por el valor de los Servicios señalados, realizados en el mes anterior, acompañada de una nómina mensual de los exámenes efectuados, que deberá contener, el nombre del paciente, el tipo de examen efectuado, la fecha de su realización, el número de interconsulta y el valor de la prestación.

Si la I. Municipalidad no paga el valor de los Servicios de Análisis realizados por el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, a través del Hospital Adriana Cousiño de Quintero, dentro del plazo estipulado anteriormente, el Servicio de Salud, podrá ponerle término en forma inmediata al contrato, sin perjuicio del cobro de las sumas adeudadas, las que devengarán el máximo interés permitido, desde la fecha en que se debió efectuar el pago.

En el caso que la I. Municipalidad proporcione insumos para la realización de los Servicios de Análisis, el Servicio de Salud, deberá descontar su valor de las prestaciones efectuadas en el mes correspondiente.

CUARTA: Para la realización de los exámenes el Consultorio o Centro de Salud Municipal respectivo, deberá remitir al Hospital Adriana Cousiño de Quintero, una solicitud de examen, que deberá contener todos los datos solicitados en Formulario adjunto en Anexo 3, e indicando además, el nombre del paciente, su cédula de identidad, edad, tipo de examen solicitado, programa al que pertenece el paciente.

QUINTA: Para la realización del Servicio, la I. Municipalidad o el Centro de salud deberá dar fiel cumplimiento al siguiente procedimiento:

- Deberá nombrar un responsable de la operación de la Sala de Toma de Muestras.
- Sobre la obtención de las muestras, el personal del Centro de Salud, debidamente autorizado, deberá proceder de acuerdo a la Guía de Toma de muestras del Hospital Adriana Cousiño de Quintero.
- Sobre el transporte y conservación de las muestras, el Centro de Salud nombrará un responsable del transporte, entrega y retiro de los resultados los cuales se encuentran debidamente señalados en Manual de procedimiento respectivo del Hospital Adriana Cousiño.
- Sobre la recepción de las muestras, el Centro de Salud deberá proceder según lo contenido en procedimiento específico.
- Sobre la entrega de los resultados, ésta se regirá por procedimiento que se encuentra disponibles en Manual ad hoc, con excepción de las determinaciones microbiológicas que podrán entregarse hasta 72 hrs.
- En relación a los materiales e insumos, el Hospital Adriana Cousiño de Quintero entregará los contenedores de muestras sanguíneas, orina, bacteriología, fisiología etc. Los contenedores de transporte serán entregados en calidad de préstamo mientras tenga vigencia el presente convenio.



SEXTA: Todo Plazo señalado podrá ampliarse en caso de que se produzca una falla técnica en los equipos del Hospital o un caso fortuito o fuerza mayor, no pudiendo extenderse a más de setenta y dos horas.

SÉPTIMA: El presente contrato regirá desde el 1 de abril de 2012, hasta el 31 de diciembre de 2012. Sin embargo, cualquiera de las partes podrá ponerle término anticipado mediante aviso escrito, enviado a la otra con sesenta días de antelación a la fecha de término.

OCTAVA: El Servicio de Salud en este acto designa administradora y coordinadora a la Jefa de Farmacia de la Subdirección de Gestión Asistencial de este Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, Químico farmacéutico Carolina Molina, quien tendrá como función principal actuar como referente técnico de este servicio respecto de la I. Municipalidad y del Ministerio de Salud además de velar por la correcta ejecución y adecuado cumplimiento de las obligaciones asumidas por las partes. La I. Municipalidad notificará al Servicio de Salud de la persona que actuará como responsable de la Institución, por cada solicitud de Toma de Rayos, dentro del plazo de cinco días contados desde la fecha de suscripción del presente convenio.

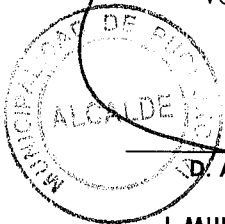
NOVENA: El presente contrato se firma en tres ejemplares, quedando uno en poder del Hospital Adriana Cousiño de Quintero, uno en poder de la I. Municipalidad y uno en poder del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.

DÉCIMA: Para los efectos de este contrato las partes fijan domicilio en la ciudad de Viña del Mar y prorrogan competencia a los tribunales de dicha ciudad.

PERSONERÍA:

La facultad y personería de la Dra. Elba Margarita Estefan Sagua, en su calidad de Directora, para representar al Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, Decreto con Fuerza de Ley N° 1/2005 del Ministerio de Salud, publicado con fecha 24 de abril de 2006, que fija el texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469, conjuntamente con los Decretos Supremos N° 140/2005 y N° 123/2010, ambos del Ministerio de Salud.

La facultad y personería de don Agustín Valencia García, Alcalde de la I. Municipalidad de Puchuncaví, consta en el Rol de sentencia de proclamación N° 1063/2008, de fecha 24 de Noviembre de 2008, de Tribunal Electoral de Valparaíso.



D. AGUSTÍN VALENCIA GARCÍA
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE PUCHUNCAVÍ



DRA. ELBA MARGARITA ESTEFAN SAGUA
DIRECTORA
VIÑA DEL MAR - QUILLOTA

DRA.EES/DR.FAB/KLC/GAF/RSM/



ANEXO 1

CANASTA VALORIZADA DE PRESTACIONES 2012

SECCION HEMATOLOGIA

CODIGO	DESCRIPCION PRESTACION	PRECIO 2012 NIVEL I
03-01-014	TEST DE COOMBS DIRECTO	\$ 830
03-01-015	TEST DE COOMBS INDIRECTO	\$ 1490
03-01-034	GRUPO SANGUINEO ABO	\$ 1680
03-01-069	FORMULA DIFERENCIAL	\$ 1290
03-01-036	HEMATOCRITO (PROC. AUTOM.)	\$ 470
03-01-038	HEMOGLOBINA (PROC. AUTOM.)	\$ 470
03-01-064	RECuento ERITROCITOS (PROC. AUTOM.)	\$ 470
03-01-065	RECuento LEUCOCITOS (PROC. AUTOM.)	\$ 470
03-01-000	PARAMETROS HEMATOLOGICOS	\$ 4000
03-01-067	RECuento PLAQUETAS ABSOLUTO	\$ 830
03-01-086	VELOCIDAD DE SEDIMENTACION	\$ 390
03-01-068	RECuento RETICULOCITOS (ABS. /%)	\$ 690
03-01-059	TIEMPO DE PROTROMBINA	\$ 1060
03-01-085	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	\$ 1650
<p>Nota: El examen Parámetros Hematológicos agrupa códigos FONASA 0301036, 0301038, 0301064, 0301065, 0301069, 0301067.</p>		



SECCION QUIMICA CLINICA

CODIGO	DESCRIPCION PRESTACION	PRECIO 2012 NIVEL 1
03-02-047	GLUCOSA	\$ 910
03-02-048	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	\$ 4280
03-02-057	NITROGENO UREICO / UREA	\$ 920
03-02-023	CREATININA	\$ 920
03-02-024	CREATININA DEPURACION DE	\$2110
03-02-034	PERFIL LIPIDICO	\$ 4380
03-02-067	COLESTEROL TOTAL	\$ 980
03-02-064	TRIGLICERIDOS	\$ 1250
03-02-068	COLESTEROL HDL	\$ 1420
03-02-005	URICEMIA	\$ 1130
03-02-015	CALCIO	\$ 950
03-02-042	FOSFORO	\$ 1240
03-02-060	PROTEINAS TOTALES O ALBUMINAS C/U	\$ 1030
03-02-059	PROTEINAS FRACCIONADAS A/G	\$ 1630
03-05-031	PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA	\$ 4280
03-05-019	FACTOR REUMATOIDE (LATEX)	\$ 1870
03-05-008	ANTIESTREPTOLISINA O (LATEX)	\$ 3310
03-02-076	PERFIL HEPATICO	\$ 7460
03-02-013	BILIRRUBINA TOTAL Y DIRECTA	\$ 1060
03-02-040	FOSFATASAS ALCALINAS TOTALES	\$ 950
03-02-063	TRANSAMINASAS (SGOT-SGPT)	\$ 1360
03-02-045	GAMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA	\$ 1630
03-02-030	DESHIDROGENASA LACTICA TOTAL	\$ 1570
03-09-012	ELECTROLITOS PLASMATICOS (x3)	\$3180
03-06-039	TIFICAS REACCIONES DE AGLUTINACION	\$ 2610



SECCION MICROBIOLOGIA

CODIGO	DESCRIPCION PRESTACION	PRECIO 2012 NIVEL I
03-06-011	UROCULTIVO CORRIENTE	\$ 2550
03-06-008	CULTIVO CORRIENTE	\$ 2420
03-06-026	ANTIBIOGRAMA CORRIENTE	\$ 1950
03-06-002	BACILOSCOPIA DE ZIEHL NIELSEN	\$ 1210
03-06-005	TINCION DE GRAM	\$ 470
03-06-038	R.P.R.	\$ 1830
03-06-004	EXAMEN DIRECTO A FRESCO	\$ 1060
03-06-007	COPROCULTIVO	\$ 2920
03-06-056	ACAROTEST	\$ 2810

SECCION URINANALISIS

CODIGO	DESCRIPCION PRESTACION	PRECIO 2012 NIVEL I
03-09-024	ORINA SEDIMENTO	\$ 760
03-09-022	ORINA COMPLETA (COD: 0309024, 0309023)	\$ 1310
03-09-028	PROTEINA CUANTITATIVA	\$ 1210
03-09-014	EMBARAZO DETECCION DE	\$ 1780
03-09-016	GLUCOSA CUANTITATIVO	\$ 910

SECCION DEPOSICIONES

CODIGO	DESCRIPCION PRESTACION	PRECIO 2012 NIVEL I
03-06-059	COPROPARASITOLOGICO SIMPLE	\$ 2790
03-06-051	GRAHAM EXAMEN DE	\$ 1490
03-08-004	HEMORRAGIAS OCULTAS	\$ 830
03-08-005	LEUCOCITOS FECALES	\$ 830



ANEXO 2

CANASTA VALORIZADA DE PRESTACIONES 2012

CODIGO	DESCRIPCION PRESTACION	PRECIO 2012 NIVEL I
0309012	ELECTROLITOS PLASMATICOS ANUAL	1060
0309013	MICROALBUMINURIA CUANTITATIVA	2100
0301041	HEMOGLOBINAGLICOCILADA	3240



ANEXO 3
FORMULARIOS DE SOLICITUD DE EXAMENES



Hospital de Guárico
Unidad de Laboratorio Clínico
Avenida Toluca 315
Teléfono (02) 237 55 34

SOLICITUD ÚNICA DE EXÁMENES

R.U.T.: Fecha: Hora:

PROCEDENCIA: [] 8. UNIDAD EMERGENCIA [] 5. MEDICINA [] 6. POSTA LONCURA
 [] 9. MATERNIDAD [] 2. CONS. ADOSADO [] 3. CONS. PUCHUNCAVI
 [] 7. PEDIATRIA [] 10. POLI MATERNAL [] 4. CONS. LAS VENTANAS

DIAGNOSTICO PRESENTIVO: [] 1. IAM [] 2. ITU [] 3. NEU [] 4. TAC [] 5. SDA [] 6. NO APLICA TELEFONO CONTACTO:

SECTOR DEMANDA: [] C1 [] C2 [] C3 [] C4 [] NO APLICA F. NACIMIENTO:

SECTOR: [] 1. ROJO [] 2. VERDE [] 3. AZUL [] 4. NO APLICA SEXO: [] 1. MASCULINO [] 2. FEMENINO

NOMBRE:

HEMATOLOGIA	QUIMICA CLINICA	CODIGO BARRAS / FICHAS
0301000 (75) <input type="checkbox"/> PERFIL HEMATOLOGICO (LAV) 0301004 (410) <input type="checkbox"/> VHS / ESR (NEG) 0301045 (10) <input type="checkbox"/> FORMULA DIFERENCIAL (LAV) 0301068 (400) <input type="checkbox"/> RECuento RETICULOCITOS (LAV) 0301083 (10) <input type="checkbox"/> RECuento EOSINOFILOS ABS. / % (LAV) 0301099 (300) <input type="checkbox"/> TIEMPO PROTROMBINA / INR (CEL) 0301085 (310) <input type="checkbox"/> APIT (CEL) 0301034 (338) <input type="checkbox"/> CLASIFICACION SANGUINEA (LAV) 0301014 (357) <input type="checkbox"/> COOMBS DIRECTO (LAV) 0301015 (358) <input type="checkbox"/> COOMBS INDIRECTO (LAV) 0301041 (1514) <input type="checkbox"/> HEMOGLOBINA GLICOSILADA (LAV)	0302047 (1100) <input type="checkbox"/> GLUCOSA EN AYUNAS (VER) 0302047 (1440) <input type="checkbox"/> GLUCOSA POST PRANDIAL (VER) 0302047 (1450) <input type="checkbox"/> GLUCOSA POST ALMUERZO (VER) 0302057 (1115) <input type="checkbox"/> UREMIA (VER) 0302057 (1130) <input type="checkbox"/> UREMIA / BUN (VER) 0302053 (1130) <input type="checkbox"/> CREATININA (VER) 0302015 (1320) <input type="checkbox"/> CALDO (VER) 0302041 (1330) <input type="checkbox"/> FOSFORO (VER) 0302035 (1120) <input type="checkbox"/> URICACIA (VER) 0302067 (1280) <input type="checkbox"/> COLESTEROL TOTAL (VER) 0302067 (1290) <input type="checkbox"/> TRIGLICERIDOS (VER) 0302064 (1) <input type="checkbox"/> PERFIL LIPIDICO (VER) 0302063 (1150) <input type="checkbox"/> SGPT/ALT (VER) 0302033 (1230) <input type="checkbox"/> SGPT/ALT (VER) 0302033 (1230) <input type="checkbox"/> BILIRRUBINA TOTAL (VER) 0302033 (1230) <input type="checkbox"/> BILIRRUBINA DIRECTA (VER) 0302033 (88) <input type="checkbox"/> BILIRRUBINEMIA (VER) 0302040 (1140) <input type="checkbox"/> ROSFATASA ALCALINA (VER) 0302045 (1210) <input type="checkbox"/> GAMA GT (VER) 0302076 (1) <input type="checkbox"/> PERIL HEPATICO (VER) 0302060 (1170) <input type="checkbox"/> PROTEINAS TOTALES (VER) 0302060 (1180) <input type="checkbox"/> ALBUMINA (VER) 0302059 (1200) <input type="checkbox"/> INDICE A/G (VER) 0302034 (15) <input type="checkbox"/> CLEARANCE CREATININA (VER) 030204E (11) <input type="checkbox"/> TEST TOLERANCIA GLUCOSA (VER) 0303031 (3770) <input type="checkbox"/> PROTEINA C REACTIVA (VER) 030806 (1480) <input type="checkbox"/> AMILASA DN SANGRE (VER) 0305070 (1110) <input type="checkbox"/> FACTOR REUMATOIDE (VER) 0305068 (1100) <input type="checkbox"/> ANTITRIFOSFATA D. (VER) 0306014 (1430) <input type="checkbox"/> TEST EMBAZADO ORINA (PTR) 0302013 (98) <input type="checkbox"/> BILIRRUBINA RN (AMR) 0306016 (1780) <input type="checkbox"/> MONOTEST (VER) 0306016 (1790) <input type="checkbox"/> PROTEINURIA 24 HORAS (BOT) 0306016 (1840) <input type="checkbox"/> GLUCOSURIA 24 HORAS (BOT) 0309000 (1610) <input type="checkbox"/> URICOSURIA 24 HORAS (BOT) 0309011 (13) <input type="checkbox"/> ELECTROLITOS ORINA 24 HORAS (BOT) 0309012 (1) <input type="checkbox"/> ELECTROLITOS EN SANGRE (VER) 0302058 (1460) <input type="checkbox"/> CU TOTAL (VER) 0302025 (1470) <input type="checkbox"/> CH MB (VER) 0302030 (1250) <input type="checkbox"/> LEH EN SANGRE (VER) 0306018 (1751) <input type="checkbox"/> PROTEINURIA ALATORIA (PTR) 0309010 (1585) <input type="checkbox"/> CREATINURIA ALATORIA (PTR) 0309011 (1591) <input type="checkbox"/> MICROALBUMINURIA 24 HORAS (PTR) 0302075 (1) <input type="checkbox"/> PERFIL BIOQUIMICO (VER) 0302024 (1120) <input type="checkbox"/> TSH (VER) 0303004 (1130) <input type="checkbox"/> T4 FRACCION LIBRE (VER) 0303007 (1210) <input type="checkbox"/> INSULINA BASAL (VER) 0303011 (18) <input type="checkbox"/> CURVA INSULINA (VER) 0303014 (1200) <input type="checkbox"/> BETA HCG CUANTITATIVA (VER) 030204E (21) <input type="checkbox"/> GASES ARTERIALES (STR) 030204E (22) <input type="checkbox"/> GASES VENOSOS (STR)	CODIGOS FUENTES BOL: TUBO BOLD 50 ML ADIFRAN LAV: TUBO LAVA EDTA HVB: TUBO HEMO GITRATO 50ML CEL: TUBO CELBITE CITRATO 3.2K VTR: TUBO VERDE NEPAPINA LET O GSK: TUBO VERDE NEPAPINA LET O ASB: TUBO AMBAS PEDANALU FTR: FRASCO LAMPY 1.500 ML AM BOT: BOTELLA LAMPY 1.500 ML FTR: FRASCO NEPAPINA LET O PNL: SET NEPAPINA LET O PNL TGR: SET TET OBRANGAM HEM: SET HEMOGRAFIA OCCULTA DFP: FRASCO LON BEY ATILA LAC: FRASCO ESTER. 60 ML TAZ: TUBO AZUL HEMO STUART TAZ: TUBO AZUL HEMO STUART COP: TUBO RINDO EMY 10 ML TMR: TUBO NEGRO AMIB EMAGH HSH: FRASCO SECROSCOP BAC: GAMA BACILOSCOPIA FIL: TUBO TONKA 1.500 ML FICOLICHO
PARASITOLOGIA 0306048 (P52) <input type="checkbox"/> COPROPARASITOLÓGICO SERIADO (P50) 0306024 (P55) <input type="checkbox"/> TEST DE GRAHAM (TGR) 0306094 (P58) <input type="checkbox"/> HELIOSPORAS OOCISTAS (HEO) 0306025 (P54) <input type="checkbox"/> LEUCOCITOS FECALES (CEP) 0306070 (P57) <input type="checkbox"/> ROTAVIRUS (CEP)		
BACTERIOLOGIA 0306014 (24) <input type="checkbox"/> SEMEJHO ORINA (URC) 0306012 (25) <input type="checkbox"/> ORINA COMPLETA (URC) 0306011 (1020) <input type="checkbox"/> URUCULTIVO SIMPLE (URC) 0306028 (M14) <input type="checkbox"/> CULTIVO CORRIENTE (TAZ) 0306026 (M14) <input type="checkbox"/> ANTIPOGRAMA CORRIENTE (TAZ) 0306018 (M18) <input type="checkbox"/> FLUIDO VAGINAL (DIRECTO & CULT.) (TAZ) 0306005 (1010) <input type="checkbox"/> TINCION DE GRAM (TAZ) 0306008 (M85) <input type="checkbox"/> COPRO CULTIVO CORRIENTE (COP) 0306002 (M00) <input type="checkbox"/> BACILOGRAFIA MUESTRA #1 (**) (BOC) 0306002 (M01) <input type="checkbox"/> BACILOGRAFIA MUESTRA #2 (**) (BOC) 0306005 (M100) <input type="checkbox"/> GONOSCOPIA (TALC) 0306038 (M02) <input type="checkbox"/> RPA / VDRL (**) (FDC) 0306039 (M00) <input type="checkbox"/> AGLUTININAS TRICAS (RDN)		
CLEARANCE DE CREATININA PESO (KG): <input type="text"/> TALLA (CM): <input type="text"/> SITIO ANATOMICO: <input type="text"/>		

(**) ATENCION FORMULARIO ADOSADO

Identificación Operador Tona de Muestras Nombre y Firma del Facultativo





Hospital de Cuzco
Unidad de Laboratorio Clínico
Avenida Tudes 360
TELÉFONO (052) 321 23 24

SOLICITUD DE SEROLOGÍA R.P.R. / V.D.R.L

R.U.T.: FECHA SOLICITUD:

PROCEDENCIA: 8. UNIDAD EMERGENCIA 5. MEDICINA 6. POSTA LONGURA
 9. MATERNIDAD 2. CONS. ADOSADO 3. CONS. PUCHUNCAVI
 7. PEDIATRIA 10. POLI MATERNAL 4. CONS. LAS VENTANAS

NRO. FICHA: F. NACIMIENTO:

SECTOR: 1. ROJO 2. VERDE 3. AZUL 4. NO APLICA SEXO: 1. MASC. 2. FEMENINO

DOMICILIO:

TEL. CONTACTO:

NOMBRE COMPLETO:

GRUPOS DE PESQUISA	
<input type="checkbox"/> GESTANTES PRIMER TRIMESTRE EMBARAZO (P8)	<input type="checkbox"/> R.N. Y LACTANTE PARA DETECCIÓN DE SIFILIS CONGENITA (P16)
<input type="checkbox"/> GESTANTES SEGUNDO TRIMESTRE EMBARAZO (P9)	<input type="checkbox"/> PERSONAS EN CONTROL POR COMERCIO SEXUAL (P17)
<input type="checkbox"/> GESTANTES TERCER TRIMESTRE EMBARAZO (P10)	<input type="checkbox"/> PERSONAS EN CONTROL FECUNDIDAD (P18)
<input type="checkbox"/> GESTANTES TRIMESTRE EMBARAZO IGNORADO (P11)	<input type="checkbox"/> CONSULTANTES POR ITS (P19)
<input type="checkbox"/> GESTANTES EN SEGUIMIENTO DIAGNOSTICO SIFILIS (P12)	<input type="checkbox"/> PERSONAS CON EMP (P20)
<input type="checkbox"/> MUJERES QUE INGRESAN A MATERNIDAD POR PARTO (P13)	<input type="checkbox"/> DONANTES DE SANGRE (P21)
<input type="checkbox"/> MUJERES QUE INGRESAN POR ABORTO (P14)	<input type="checkbox"/> DONANTES DE ORGANOS (P22)
<input type="checkbox"/> MUJERES EN CONTROL GINECOLOGICO (P15)	<input type="checkbox"/> PACIENTES EN DIÁLISIS (P23)

SEROLOGIA ANTERIOR		
<input type="checkbox"/> NO TIENE	<input type="checkbox"/> REACTIVA:	<input type="checkbox"/> NO REACTIVA

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Identificación Operador Toma de Muestras</i>	<i>Nombre y Firma del Facultativo</i>

ULC-PPA-001-POE-002-V01-F-001



