

NUEVA CLÍNICA CORDILLERA PRESTACIONES HOSPITALIZADAS S.A.
Y NUEVA CLINICA CORDILLERA PRESTACIONES AMBULATORIAS S.A.

Y
MUNICIPALIDAD DE PUENTE ALTO

CONVENIO PARA ATENCION AMBULATORIA, DE URGENCIA Y HOSPITALARIA

En Santiago a 14 de Junio de 2011, comparece la Sociedad **NUEVA CLINICA CORDILLERA PRESTACIONES HOSPITALARIAS S.A.**, RUT N° 76.871.990-k; y **NUEVA CLINICA CORDILLERA PRESTACIONES AMBULATORIAS S.A.**, RUT N° 76.020.064-6 representada por don José Fuentes Araya, chileno, Cédula Nacional de Identidad N° 7.952.584-7, todos domiciliados en Avda. Alexander Fleming N° 7885, comuna de Las Condes, Santiago en adelante indistintamente denominada como **“Clínica Cordillera”** o la **“Clínica”** por una parte; y por otra la **“ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PUENTE ALTO”**, RUT N° 69.072.100-7, representada por don Manuel José Ossandón Irrarrázabal, RUT N° 7.022.006-7 ambos domiciliados en Concha y Toro N° 1820, comuna de Puente Alto, en adelante indistintamente denominada como **“La Municipalidad”**, se celebra el **Convenio de atención Médica Ambulatoria, de Urgencia y Hospitalaria**, que consta de las siguientes clausulas:

PRIMERO: Servicios Ofrecidos

Clínica Cordillera tiene interés en colaborar en la solución de las necesidades de atención médica ambulatoria, de urgencia y hospitalaria de los vecinos de la comuna de Puente Alto, como una forma de propender al mejoramiento de las condiciones de vida de la población, motivo por el cual y con dicho propósito ha acordado suscribir un convenio con la **“Clínica”**, el que se regirá por las estipulaciones que se pasan a señalar.

La **“Clínica”**, cuenta con la infraestructura, equipos y personal especializado para entregar atención ambulatoria, de urgencia y médico quirúrgica, debidamente autorizada por los organismos pertinentes.

En atención a lo señalado y en virtud del presente convenio, la **“Clínica”** pone a disposición de los habitantes de la comuna todos los servicios de su Sistema de Atención Clínica Médica Integral, Servicio de Urgencia y Unidades de Exámenes, que se encuentran detallados en el **Anexo N°1 y N°2**, y que para todos los efectos, forman parte integrante del presente convenio.

La **“Municipalidad”** a través de los centros de atención primaria de salud de la Municipalidad de Puente Alto, presta dicho servicio de salud a los vecinos de la comuna, generando en consecuencia un importante número de interconsultas a los centros de salud públicos de la Región Metropolitana para atenciones del nivel secundario y terciario de los mismos. En la mayoría de los casos, estos centros de atención se encuentran saturados, generando en ocasiones complicaciones en las patologías y problemas emocionales de los pacientes, lo que se ve agravado al no poder financiar sus atenciones secundarias y terciarias en centros privados de salud. Con el objeto de cooperar en la solución de los problemas de salud de la población y hacer accesible la salud a la gran mayoría de la población de la comuna de Puente Alto que no cuenta con los recursos para acceder a centros de salud privados de nivel secundario y terciario, en especial aquellos segmentos que son más vulnerables, los cuales tienen derecho en virtud de su sistema previsional y/o residencia, y considerando la experiencia y know how que tiene la **“clínica”** en esta modalidad de convenios, han acordado celebrar el presente contrato de prestación de servicios de acuerdo a las cláusulas que se estipulan.

Con todo, ambas partes deberán dar cumplimiento al protocolo y flujo de atención y derivación especificados en el **Anexo N°3 y N°4**, y que para estos efectos, forman parte integrante del presente convenio.

SEGUNDO: Cobertura

La “**Clínica**” entregará las atenciones de salud correspondiente a los servicios descritos, de acuerdo a las disponibilidades y niveles de resolución que posee en el Nivel Ambulatorio, de Urgencia y Hospitalario.

Por el presente convenio, la “**Clínica**” atenderá, mediante el sistema de financiamiento de Fonasa e Isapres a todos los vecinos de la comuna de Puente Alto; y aquellos pacientes derivados por la Municipalidad de Puente Alto a través de la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO), los cuales deberán concurrir a la “**clínica**” con las correspondientes órdenes de derivación emitidas por dicha Dirección, según formulario especificado en el **Anexos N°5 y N°6** el que forma parte integrante del presente convenio.

TERCERO: “Aranceles y Reajustabilidad”

Los valores de las prestaciones de salud, que se entreguen a los beneficiarios derivados por la Dirección de Desarrollo Comunitario y que tengan calidad de indigente, afiliado a Fonasa o sin previsión, corresponderá al arancel Fonasa Nivel 3. Respecto de los Beneficiarios afiliados a Isapre se utilizará el arancel pactado con cada entidad en particular.

En el caso de los afiliados a una Isapre, el arancel se reajustará de acuerdo a lo pactado con cada Institución en particular, anualmente. En el caso del arancel Fonasa, se reajustará de la misma manera y oportunidad en que lo haga dicha institución. Para el caso de las prestaciones que se encuentren expresadas en pesos y que no se asocian al arancel Fonasa, se reajustarán anualmente, de acuerdo con la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor (IPC) ó Índice de Remuneraciones del Sector Público (IRSP) del año correspondiente, el que resulte mayor entre estos.

Tratándose de prestaciones no incluidas en el arancel del Fondo Nacional de Salud, se aplicarán los valores del arancel de la “**Clínica**” vigentes a la fecha en que sean otorgadas. Asimismo, y siempre que el valor de la prestación no esté determinada por Fonasa, se aplicarán las tarifas de la “**Clínica**” por los conceptos de hospitalización y Derecho de Pabellón vigentes a la fecha de ingreso del paciente en el primer caso, y a la fecha de intervención quirúrgica en el segundo. Estos valores se reajustarán anualmente y/o cuando se modifiquen los valores Fonasa, lo que será informado por la “**Clínica**” a la “**Municipalidad**” con 30 días de anticipación a la fecha del comienzo de su vigencia.

CUARTO: “Facturación”

Para efectos de un debido control y liquidación de las prestaciones que la “**clínica**” debe otorgar en razón del presente contrato y sin perjuicio del cobro que este haga a Fonasa, las Isapres u otras entidades, la “**clínica**” practicará liquidaciones mensuales de las prestaciones de salud efectuadas a los beneficiarios seleccionados por la “**Municipalidad**”, las que remitirá a la Dirección de Desarrollo Comunitario, descontando los valores que Fonasa o Isapre haya pagado o deban pagar, todo ello dentro de los cinco días hábiles siguientes al mes que se liquida. Dicha unidad municipal dispondrá de un plazo de quince días hábiles para objetar por escrito la respectiva liquidación. Transcurrido dicho plazo y si la respectiva liquidación no ha sido objetada se entenderá por aprobada.

Para los efectos del procedimiento a seguir, el beneficiario deberá dirigirse a la Asistente Social en la Clínica, oportunidad en la que se calificará su situación socioeconómica y se determinará el tipo de arancel a cobrar. Luego de la atención del beneficiario en la Clínica, con el diagnóstico se señala el procedimiento médico y/o clínico a seguir, elaborándose el correspondiente presupuesto. Posteriormente, se remite a la DIDECO junto con el presupuesto los antecedentes del procedimiento médico y/o clínico, a fin de que aquella lo revise y otorgue su Vº Bº. Finalmente, la Municipalidad concederá una subvención al usuario del servicio por el monto de su atención médica y/o clínica y éste, a su vez, le otorgará mandato a la Municipalidad para que se le pague a la Clínica.

QUINTO: “Entrega de la prestaciones”

La “clínica” se obliga a entregar las prestaciones materia del presente convenio a los pacientes que derive la “**Municipalidad**” a través de la Dirección de Desarrollo Comunitario en igualdad de condiciones en cuanto a las prestaciones de salud, cualquiera sea el medio de pago que estos utilicen, sea que no tengan previsión o utilizando su sistema de salud previsional.

Ante la eventualidad de derivación de pacientes que lo necesiten o que sufran una complicación con motivo de una atención médica a que están siendo sometidos, ya sea que se presente durante procedimientos, diagnósticos o terapéuticos o que requieran de atenciones de mayor complejidad (UTI, UCI u otros análogos), serán enviados al Hospital Dr. Sotero del Río.

SEXTO: “Profesionales que integran el convenio”

Los profesionales que integren el Staff de la “clínica” deberán estar acreditados y certificados por Conacem (Corporación Autónoma de Certificación Médica) o de Universidades o de los Organismos Fiscales determinados por las normas legales vigentes.

SEPTIMO: “Entrada en vigencia y duración del convenio”

El presente convenio tendrá una duración de un año a contar de esta fecha, y se prorrogará por períodos iguales y sucesivos de un año. Sin embargo, cualquiera de las partes podrá poner término a este convenio en cualquier tiempo, sin expresión de causa, mediante aviso dado por carta certificada a la otra parte, con una anticipación mínima de 60 (sesenta) días a la fecha en que debe expirar. Toda comunicación entre las partes se efectuará siempre por escrito o por correo electrónico dirigido a: a) En el caso de la “**clínica**” a José Fuentes Araya, cuyo correo electrónico es jfuentes@nuevaclinicacordillera.cl; y b) En el caso de la “**Municipalidad**” a _____, cuyo correo electrónico es _____.

OCTAVO: “Informativos”

La Municipalidad podrá informar a los vecinos acerca del presente convenio, por los medios que estime pertinentes. El presente instrumento no podrá cederse ni transferirse sin la voluntad expresa y por escrito de ambas partes.

NOVENO: “De la Resolución de Controversias”

Cualquier dificultad o controversia que se produzca entre los contratantes con motivo de la aplicación, interpretación, duración, validez o ejecución de este contrato o por cualquier otra causa, será sometida al conocimiento de los tribunales ordinarios de justicia de la ciudad de Santiago.

DECIMO: Personería Jurídica

La personería jurídica de don José Fuentes Araya para representar a Nueva Clínica Cordillera Prestaciones Hospitalizadas S.A. y Nueva Clínica Cordillera Prestaciones Ambulatorias S.A., consta en escritura pública de fecha 16 de agosto de 2010, otorgada en la Notaría de don Alberto Mozo Aguilar.

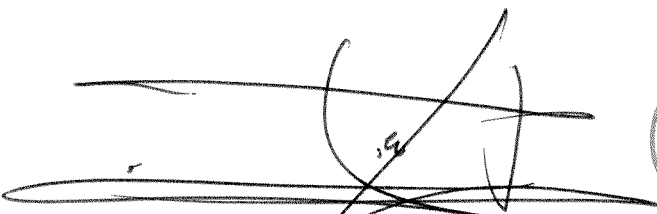
La personería jurídica de don Manuel José Ossandón Irarrazabal para representar a la Ilustre Municipalidad de Puente Alto, consta en Decreto Exento N° 1756 de fecha 06 de diciembre de 2008.

DÉCIMO PRIMERO: "Domicilio"

Para todos los efectos legales derivados del presente convenio, las partes fijan su domicilio en la ciudad de Santiago y se someten a la jurisdicción arbitral antes señalada.

DECIMO SEGUNDO: "Ejemplares"

El presente convenio se firmará en dos ejemplares, quedando uno en poder de la "Municipalidad" y el otro, en poder de la "Clínica".


JOSE FUENTES ARAYA
GERENTE GENERAL
NUEVA CLINICA CORDILLERA S.A.


MANUEL JOSE OSSANDON IRARRAZABAL
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE PUENTE ALTO

ANEXO N°1

SISTEMA DE ATENCIÓN AMBULATORIA Y DE URGENCIA

I. CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES

A. Quirúrgicas

- ✓ Traumatología
- ✓ Cirugía General
- ✓ Cirugía Plástica
- ✓ Cirugía Laparoscopia
- ✓ Cirugía Infantil
- ✓ Urología
- ✓ Oftalmología
- ✓ Otorrinolaringología
- ✓ Ginecología y Obstetricia
- ✓ Cirugía Plástica
- ✓ Maxilofacial

B. Médicas

- ✓ Medicina General
- ✓ Medicina Interna
- ✓ Cardiología
- ✓ Neumología
- ✓ Gastroenterología
- ✓ Neurología
- ✓ Endocrinología
- ✓ Ginecología y Obstetricia
- ✓ Geriatria
- ✓ Psiquiatria
- ✓ Odontología

II. UNIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

- ✓ Laboratorio Clínico
- ✓ Banco de Sangre
- ✓ Radiología General
- ✓ Ecotomografía
- ✓ Ecotomografía prostática
- ✓ Scanner
- ✓ Test de Esfuerzo
- ✓ Mamografía
- ✓ Cistoscopia
- ✓ Electrocardiografía (De reposo y Test de Esfuerzo)
- ✓ Endoscopia digestiva alta
- ✓ Colonoscopia
- ✓ Broncofibroscopia
- ✓ Espirómetro
- ✓ Kinesiterapia
- ✓ Pabellón ambulatorio
- ✓ Sala de Procedimientos
- ✓ Farmacia Interna

III. SERVICIO DE URGENCIA (24 HORAS)

- ✓ Atención médica Adulto y Pediátrico
- ✓ Sala de Reanimación
- ✓ Pabellón de Procedimientos y Cirugía Menor
- ✓ Pabellón de yesos

ANEXO N°2

SISTEMA DE ATENCION CLINICA

I. HOSPITALIZACION

- ✓ Habitaciones individuales, dobles y triples
- ✓ Unidad de Cuidados Intermedios
- ✓ Sala de aislamiento
- ✓ Sala de recuperación
- ✓ Sala de observación

II. PABELLONES QUIRURGICOS

- ✓ Máxima seguridad
- ✓ Monitoreo permanente de gases clínicos y anestésicos
- ✓ Control y regulación de temperatura corporal
- ✓ Insumos desechables de calidad óptima
- ✓ Instrumental y equipamiento de última tecnología
- ✓ Artroscopio – Laparoscopia – Microscopio – Cistoscopio – Ureteroscopio – Ultrasonido (Litiasis Urinaria) – Láser.

III. ESPECIALIDADES QUIRURGICAS

- ✓ Traumatología
- ✓ Artroscopía y video cirugía artroscópica
- ✓ Cirugía General
- ✓ Laparoscopia y video cirugía
- ✓ Microcirugía
- ✓ Cirugía Plástica
- ✓ Urología
- ✓ Oftalmología
- ✓ Otorrinolaringología
- ✓ Neurocirugía
- ✓ Ginecología
- ✓ Cirugía Infantil
- ✓ Cirugía Maxilofacial

ANEXO N°3

PROTOCOLO DE DERIVACION

I. AMBULATORIO

Una vez valorizada la prestación se procede a confeccionar cotización por parte de la **"Clínica"** hacia la **"Municipalidad"** para que ésta autorice subsidio (total o parcial) el cual debe quedar reflejado en un Voucher, que debe ser firmado por el Coordinador Municipal (Asistente Social o Administrativo autorizado) y además por el paciente.

El paciente se presenta a la Unidad de Exámenes o Centro Médico con su carta de derivación y voucher y se procede a realizar los trámites administrativos (venta de bono electrónico Fonasa o Isapres) para tomar los exámenes respectivos o en su defecto consulta Médica.

Los resultados de los exámenes se entregan directamente al paciente de acuerdo a los tiempos estimado de entrega para cada tipo de exámenes.

La **"Clínica"**, al quinto día hábil del mes que comienza, realizara la cobranza de las atenciones realizadas del mes recién terminado. Para realizar la cobranza ambulatoria se tomaran todos los voucher y copias de bonos emitidos, con lo cual se procede a realizar una factura por todas las prestaciones del mes.

Si el paciente es Fonasa A se cobra el valor total de las prestaciones.

Se adjuntarán a la facturas una copia de los voucher.

II. HOSPITALIZACION

Para la hospitalización el paciente debe haber presupuestado su intervención y el presupuesto haber sido autorizado por la **"Municipalidad"**.

El día del ingreso debe traer la carta de derivación, la cual debe contener el monto o porcentaje autorizado de subsidio; si el paciente es Fonasa debe traer los bonos de hospitalización comprado (bono PAD o Programa Normal) y el presupuesto firmado por la **"Municipalidad"**.

Durante el proceso de ingreso de datos para la hospitalización el administrativo encargado debe cobrar la diferencia NO cubierta por la **"Municipalidad"**.

Una vez finalizada la hospitalización la Unidad de Programa Médico confeccionara la cuenta junto al Programa Médico y de acuerdo a la Previsión del paciente se realizara lo siguiente:

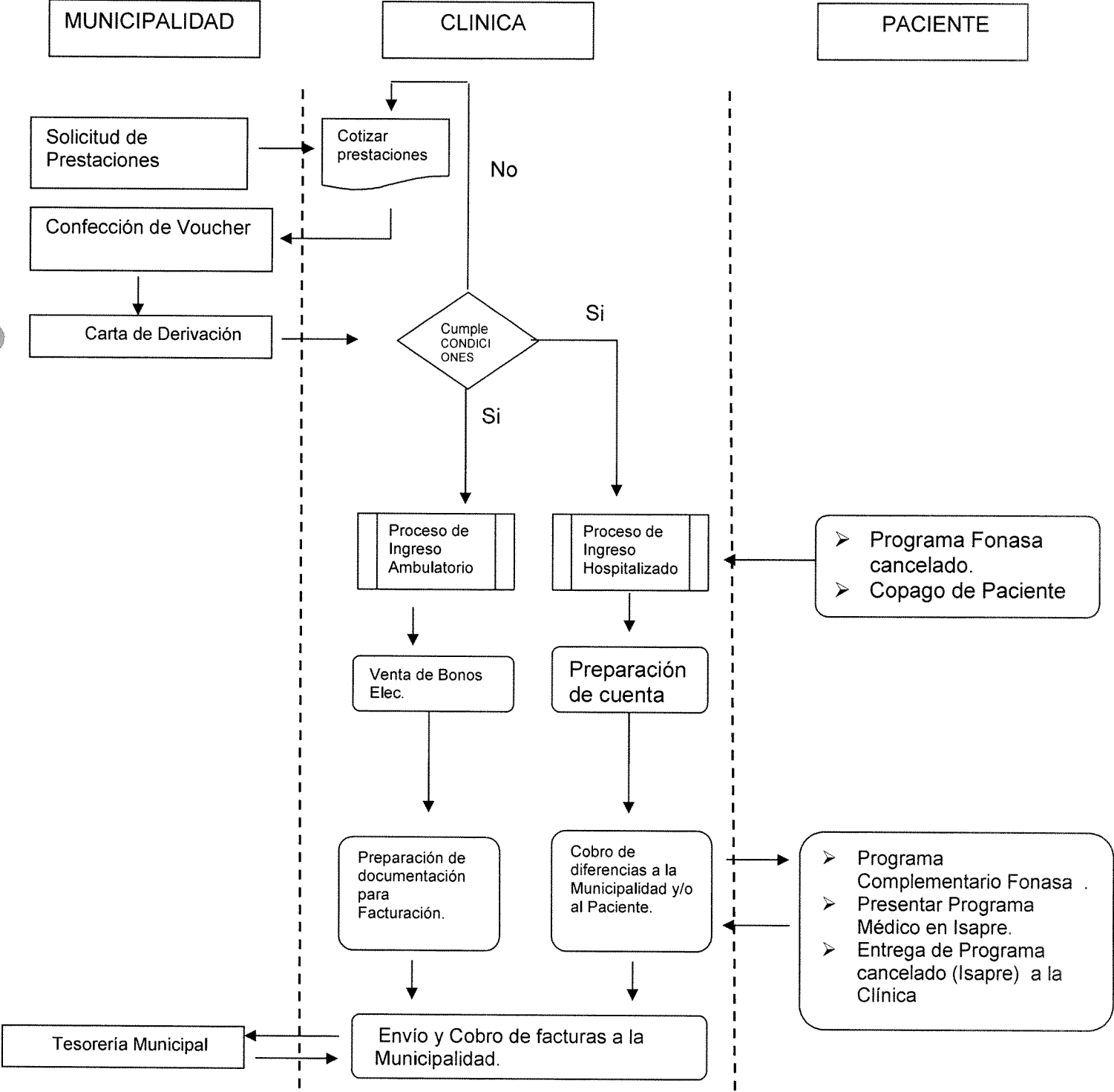
➤ Fonasa : Se procederá a llamar a la paciente si existe programa complementario para su tramitación en Fonasa . Con respecto a lo subsidiado por la **"Municipalidad"** se procederá a realizar la factura correspondiente.

➤ Fonasa A: Se procederá a facturar la totalidad de la cuenta incluido los Honorarios Médicos.

➤ Isapre: Se procederá a llamar a la paciente para que tramite el programa en su respectiva Isapre. El copago del paciente debe ser cancelado por el paciente en la Isapre, y con la copia de los bonos timbrados por la clínica se enviaran a la **"Municipalidad"** para que le reembolsen un porcentaje de lo pagado.

ANEXO N°4

FLUJO DE DERIVACION / ATENCION



ANEXO N°5

ORDEN DE ATENCIÓN/DERIVACION

SEÑORES
Clínica Cordillera S.A.

_____ de _____ 20__

Estimados señores:

Por intermedio de la presente, solicitamos a Uds. atender al paciente identificado a continuación, quien requiere las siguientes prestaciones:

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-

Identificación del paciente:

Nombre de paciente:.....
RUT:.....
Domicilio:
Edad:.....
Isapre o Fonasa:.....
Monto a bonificar por parte de I. Municipalidad de Puente Alto (DIDECO) :
\$......

Rogamos a Uds. facilitar al paciente la documentación necesaria para la tramitación de los bonos respectivos y/o Programa Médico. El saldo no cubierto por el Programa se deberá facturar directamente a la I. Municipalidad de Puente Alto”.

Saluda atentamente,

Nombre, cargo, firma responsable y timbre

ANEXO N°6

VOUCHER DE ATENCIÓN/DERIVACION

VOUCHER DE ATENCION / DERIVACION								
Nº (CORRELATIVO VOUCHER)						FECHA: 14/06/2011		
NOMBRE PACIENTE:								
Nº FICHA:								
CODIGO	PRESTACION	CANTIDAD	VALOR TOTAL	BONIF. PREV	SEG. COMPL	COPAGO	BONIF. DIDEKO	COPAGO PACIENTE
301045	HEMOGRAMA	1	3.340	1.040		2.300	2.300	0
30101001	CONSULTA MEDICA	1	11.170	6.700		4.470	4.470	0
TOTAL			14.510	7.740	-	6.770	6.770	-
Nombre, cargo, firma responsable y timbre DIDEKO								

REPUBLICA DE CHILE
MUNICIPALIDAD DE PUENTE ALTO
DIRECCION ASESORIA JURIDICA

SEMU/DICON/DAJ/kgb

PUENTE ALTO,

EX. N° 1535 / VISTOS: Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones posteriores.

CONSIDERANDO:

- 1) Convenio de fecha 14 de junio de 2011, celebrado con Nueva Clínica Cordillera Prestaciones Hospitalarias S.A. y Nueva Clínica Cordillera Prestaciones Ambulatorias S.A., para la atención ambulatoria, de urgencia y hospitalaria.

DECRETO:

APRUEBESE el convenio celebrado entre Nueva Clínica Cordillera Prestaciones Hospitalarias S.A. y Nueva Clínica Cordillera Prestaciones Ambulatorias S.A. y la Municipalidad de Puente Alto, de fecha 14 de junio de 2011.

Regístrese, comuníquese y archívese.

MANUEL JOSE OSSANDON IRARRAZABAL
ALCALDE

MIGUEL ANGEL ROMAN AZAR
SECRETARIO MUNICIPAL