

MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

APRUEBA RESOLUCIÓN EXENTA N° 3350
QUE APRUEBA CONVENIO DE
COLABORACIÓN ENTRE HOSPITAL
REGIONAL DE ARICA Y PARINACOTA "DR.
JUAN NOÉ CREVANI" Y LA ILUSTRE
MUNICIPALIDAD DE ARICA".-

EXENTO

DECRETO N° **6603**

ARICA, 16 de agosto de 2022.-

VISTOS:

Las facultades que me confieren la Ley N° 18.695 "Orgánica Constitucional de Municipalidades" y sus modificaciones; la Resolución N° 07 del 26.03.2019, que fija normas sobre exención del trámite de toma de razón; la Ley N° 19.378, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipalizada;

CONSIDERANDO:

- a) La necesidad de aprobar la Resolución Exenta N° 3350 de fecha 05 de agosto de 2022 que aprueba el "Convenio de Colaboración entre el Hospital Regional de Arica y Parinacota Dr. Juan Noé Crevani y la Ilustre Municipalidad de Arica", suscrito con fecha 11 de Julio de 2022,

DECRETO:

1. **APRUÉBASE** la Resolución Exenta N° 3350 de fecha 05 de agosto de 2022 que aprueba el "Convenio de Colaboración entre el Hospital Regional de Arica y Parinacota Dr. Juan Noé Crevani y la Ilustre Municipalidad de Arica, para el traspaso de recursos por copago de biopsias para la ejecución del Programa Resolutividad en APS Arica, Año 2022".

Tendrán presente este Decreto Alcaldicio la Dirección de Salud Municipal, Contraloría Municipal y Secretaría Municipal.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVASE.



SR. GERARDO ESPÍNDOLA ROJAS
ALCALDE DE ARICA



SR. CARLOS CASTILLO GALLEGUILLOS
SECRETARIO MUNICIPAL

GER/CHV/CCG/CVC/NSJA/IHT/abr.



DIRECCIÓN
OFICINA ASESORÍA JURÍDICA
CVR//rtm N° 548

APRUEBA CONVENIO DE COLABORACIÓN
ENTRE HOSPITAL REGIONAL DE ARICA Y
PARINACOTA "DR. JUAN NOÉ CREVANI" E
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA

RESOLUCIÓN 3350
EXENTA N°

DAE 6603

ARICA, 05 AGO. 2022

COPIA

VISTO Y TENIENDO PRESENTE: lo dispuesto en la Ley N° 19.886 de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios y el Decreto 250 que aprueba Reglamento de la Ley N° 19.886; Decreto Supremo N° 140 de 2004 del Ministerio de Salud Reglamento Orgánico de Los Servicios de Salud; la Resolución N° 7 y 8 de 2019 de la Contraloría General de la República y sus modificaciones; y la Resolución Exenta N° 2346 de fecha 01 de octubre de 2018 de la Dirección del Servicio de Salud Arica

CONSIDERANDO:

1. El Convenio de Colaboración entre Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani y la Ilustre Municipalidad de Arica de fecha 11 de julio, para el traspaso de recursos por copago de biopsias para la ejecución del programa de resolutivez en APS Arica, año 2022.
2. Antecedentes recepcionados en la Oficina de Asesoría Jurídica con fecha 05 d agosto de 2021. Que, conforme a los antecedentes señalados es necesario dictar la siguiente:

RESOLUCIÓN

1° APRUEBASE el "Convenio de Colaboración entre Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani E ilustre Municipalidad de Arica", suscrito entre "EL HOSPITAL" Y/O "EL VENDEDOR" por una parte; y la ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA, en adelante "la Municipalidad", rol único tributario N° 69.010.100-9, representada por su Alcalde don GERARDO ESPÍNDOLA ROJAS, Chileno, Periodista, cédula nacional de identidad N° [REDACTED], ambos con domicilio en esta ciudad, calle Sotomayor N° 415; instrumento que se entiende íntegramente reproducido y formando parte integrante de la presente Resolución para todos los efectos que deriven de su aplicación:

CONVENIO DE COLABORACIÓN PARA EL TRASPASO DE RECURSOS POR COPAGO DE BIOPSIAS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS ARICA, AÑO 2022, ENTRE LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA Y EL HOSPITAL REGIONAL DE ARICA Y PARINACOTA "DR. JUAN NOÉ CREVANI".

En Arica, a 05 de Agosto de 2022, entre la Ilustre Municipalidad de Arica, RUT N° 69.010.100-9, persona jurídica de derecho público, domiciliada en calle Rafael Sotomayor N° 415, representada por su Alcalde Sr. Gerardo Espíndola Rojas, RUN N° [REDACTED], Periodista, de ese mismo domicilio, en adelante "la Municipalidad", y el Hospital Regional de Arica y Parinacota Dr. Juan Noé Crevani, Rut N° 61.606.001-5, domiciliado en calle 18 de Septiembre N° 1000, representado por su Director (S) Sr. Marco Herrera Muñiz, RUT N° [REDACTED], Ingeniero Comercial de ese mismo domicilio, en adelante "el Hospital" se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:
PRIMERO: La Ilustre Municipalidad de Arica y el Servicio de Salud de Arica suscribieron con fecha 12 de mayo de 2022, un Convenio para la ejecución del Programa de Resolutivez en APS, aprobado mediante la Resolución Exenta N° 1194 de fecha 26 de mayo de 2022, del señalado Servicio. Conforme a dicho convenio, el Servicio en representación del Ministerio de Salud, transferirá recursos a la Municipalidad de Arica en la forma de aportes establecidos en el artículo 49 de la Ley N° 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, para la ejecución de los componentes del Programa de Resolutivez en APS Arica, a través de Resolución Exenta N° 942 de fecha 14 de diciembre de 2021, del Ministerio de Salud.

(2)



DIRECCIÓN

OFICINA ASESORÍA JURÍDICA

Entre los componentes del convenio antes aludido, se encuentra el número 2 denominado "Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad", por medio del cual el Municipio se comprometió a alcanzar la meta de 230 canastas integrales de cirugía menor. En este sentido, la cláusula sexta del convenio dispone que la canasta integral de Procedimientos Quirúrgicos de Baja Complejidad incluye: "Procedimiento quirúrgico realizado por un médico de APS con entrenamiento adecuado (capacitación pertinente de dos semanas como mínimo) o Médico especialista, insumos y **copago de las muestras de biopsia tramo C y D FONASA.**"

En atención al convenio ya referido y las actividades comprometidas para su ejecución, el Hospital y el Municipio han acordado celebrar el presente convenio de colaboración, a efectos de permitir el pago, con cargo a los recursos transferidos por el Servicio de Salud a la Municipalidad de Arica en virtud del "Convenio Programa de Resolutividad en APS, Arica año 2022", de los montos correspondientes al copago de los usuarios pertenecientes a los tramos C y D, del Fondo Nacional de Salud (FONASA) que formen parte del Programa Resolutividad en APS Arica, ejecutado en los establecimientos de la Dirección de Salud Municipal (DISAM) y respecto de quienes el Hospital Regional Dr. Juan Noé Crevani realice exámenes de diagnóstico anatomopatológico de las muestras enviadas desde DISAM.

SEGUNDA: SERVICIOS EN CONVENIO: Los servicios que forman parte del presente convenio, son Servicios de Exámenes de Diagnóstico Anatómico Patológico de muestras enviadas desde la DISAM, siempre y cuando ello no implique una postergación o menoscabo de las atenciones que el HOSPITAL se encuentra obligado a brindar a sus usuarios.

TERCERA: EL PRECIO DE LOS SERVICIOS: El precio de los servicios detallados y que forman parte del objeto del presente convenio son los siguientes:

Código	Denominación Prestación	Valor por Unidad
0801004	** Estudio histopatológico con técnicas de inmunohistoquímica o inmunofluorescencia (por cada anticuerpo investigado)	Los valores a cobrar serán el copago de acuerdo al tramo C o D, del Fondo Nacional de Salud al que pertenezca el Paciente
0801005	** Estudio histopatológico con técnicas histoquímicas, niveles, decalcificación (por cada lámina)	
0801008	Estudio histopatológico de biopsia diferida (por cada muestra y/o tejido) (incluye hasta 3 láminas)	

CUARTA: Para el cumplimiento del propósito indicado en la cláusula anterior, el Hospital Regional de Arica y Parinacota se compromete a lo siguiente:

- a) Realizar los exámenes de diagnóstico anatomopatológico a los usuarios beneficiarios del Programa de Resolutividad en APS Arica, que ejecuta el Municipio, a través de su Dirección de Salud Municipal en virtud del "Convenio Programa de Resolutividad en APS Arica, año 2022".
- b) Remitir los primeros cinco días hábiles de cada mes a la Dirección de Salud Municipal de Arica un listado rutificado con los pacientes a quienes se practicó el examen indicado en la letra precedente y que posean previsión de salud otorgada por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), en los tramos C y D, informándose en cada caso el copago correspondiente a cada usuario atendido. Para el efecto anterior, el Hospital remitirá el listado mediante correo electrónico, con los campos, fecha, nombre usuario, RUT, prestación entregada, código FONASA, Tipo de FONASA C o D, valor de copago, dirigido a daniela.richards@sermusarica.cl, con copia a yadira.mottac@sermusarica.cl.
- c) Facturar mensualmente a la Municipalidad de Arica los montos correspondientes al copago de pacientes con previsión de salud otorgada por FONASA en los tramos C y D, conforme a las sumas indicadas en listado rutificado señalado en la letra precedente



DIRECCIÓN

OFICINA ASESORÍA JURÍDICA

y previa conformidad manifestada por la Dirección de Salud Municipal, mediante respuesta vía correo electrónico a la comunicación que remita cada listado mensual. Para el efecto anterior, la Dirección de Salud Municipal dispondrá de un plazo de cinco días corridos para aprobar u observar el listado y los montos desde que sean informados por el Hospital. La factura señalada en el presente literal será remitida por el Hospital a los correos indicados en la letra anterior, previa confirmación por parte de DISAM del listado a que se hace mención en este párrafo.

QUINTA: La Municipalidad de Arica se compromete a lo siguiente:

1. Pagar mensualmente al Hospital Regional de Arica, el monto correspondiente al copago de los usuarios beneficiarios del Programa Resolutividad en APS Arica, que ejecuta la Dirección de Salud Municipal en virtud del "Convenio Programa de Resolutividad en APS Arica, año 2022", a quienes se les haya practicado el examen de diagnóstico anatomopatológico y que posean previsión de salud otorgada por FONASA en los tramos C y D. Para el efecto anterior, el Municipio durante los treinta días hábiles posteriores a la notificación de la factura que realizará el Hospital, efectuará el pago de los montos del copago ya señalado, con cargo a los recursos transferidos por el Servicio de Salud de Arica, en virtud del "Convenio Programa de Resolutividad Arica, año 2022", mediante transferencia electrónica de fondos a la cuenta corriente N° 01009071250 del Banco Estado, cuyo titular es el Hospital Regional de Arica, RUT 61.606.001-5.

SEXTA: La vigencia del presente convenio se extenderá desde la notificación del Decreto Alcaldicio que lo apruebe y hasta el 31 de diciembre del año 2022.

La vigencia así establecida se mantendrá salvo que el convenio termine por incumplimiento grave de las obligaciones establecidas en él, o su ejecución se desvíe de los fines que se tuvieron a la vista para celebrarlo o que las partes decidan ponerle término anticipado por motivos fundados. Asimismo, la vigencia del presente convenio finalizará en caso de que se ponga término al "Convenio Programa de Resolutividad en APS Arica, año 2022" entre el Servicio de Salud de Arica y la Ilustre Municipalidad de Arica, o éste deje de considerar recursos para el copago de biopsias para usuarios beneficiarios del programa con previsión de salud otorgada por FONASA en los tramos C y D, para estos efectos la Municipalidad por intermedio de su Dirección de Salud Municipal, dirigirá un Ordinario al Hospital, informando de tal circunstancia y del término de la vigencia del convenio, que se producirá al efectuarse el pago por parte del Municipio de la última factura emitida de conformidad a la letra c) de la cláusula segunda del presente convenio y en relación a la última (s) prestación (es) otorgada en el marco del presente convenio.

SEPTIMA: La unidad encargada de la recepción, análisis y custodia de biopsias en el Hospital de Arica, es el Centro de Responsabilidad Anatomía Patológica, en adelante "CR. Anatomía Patológica".

1. El CR. Anatomía Patológica se encuentra ubicado en el piso zócalo del Hospital, cuyo emplazamiento es 18 de Septiembre N°1000, Arica.

2. El horario de atención de CR. Anatomía Patológica es:

Atención de Público General	Recepción de Muestras
Lunes a Viernes 08:00 a 16:48 horas	Lunes a Viernes 08:00 a 16:00 horas

3. Teléfonos de contacto CR. Anatomía Patológica:

Oficina	Anexo Minsal
Secretaría (recepción de muestras y atención a público)	584525
Secretaría Biopsias	584538



DIRECCIÓN
OFICINA ASESORÍA JURÍDICA

4. Solicitud de Biopsias al CR. Anatomía Patológica:

- a) Para la correcta identificación de las biopsias, se debe utilizar el registro de solicitud de biopsia (SEB), anexo N°1, la cual será completada y firmada por médico responsable de la toma de la muestra.
- b) Los datos mínimos que deben completarse en la solicitud de examen histopatológico para biopsia diferida son los siguientes:

- ✓ Nombre: 1er nombre y 2 apellidos. Si no tiene segundo apellido, debe consignar S.S.A. (sin segundo apellido)
- ✓ N° de ficha clínica
- ✓ Fecha de nacimiento
- ✓ N° de run
- ✓ N° de cuenta corriente (si corresponde)
- ✓ Previsión
- ✓ Órgano (tipo de muestra: órgano, tejido, sitio anatómico, lesión, tumor, recorte, etc)
- ✓ N° de frascos
- ✓ Fecha de operación (fecha de obtención de la muestra)
- ✓ Fecha de envío
- ✓ Antecedentes y diagnósticos clínicos
- ✓ Nombre (1er nombre 1er apellido) y firma del médico responsable
- ✓ N° RUN del medico
- ✓ Servicio

- c) Rotulación de biopsias.

Los frascos con muestras deben venir **rotulados desde el lugar de obtención de la muestra**, el rotulo (anexo N°2), además cada frasco debe registrar claramente los siguientes datos:

- ✓ Nombre y apellidos del paciente (1er nombre y los dos apellidos), si no tiene 2do apellido debe consignar S.S.A. (sin segundo apellido).
- ✓ Fecha operación.
- ✓ Órgano (información del sitio anatómico y su correspondiente clasificación; tejido, lesión, tumor, recorte, líquido para block celular, etc.)
- ✓ Nombre de médico cirujano responsable (1er nombre y 1er apellido)
- ✓ Número de identificación del frasco (ejemplo 1/2 o 2/2)

- d) Traslado de las muestras.

Las muestras se recibirán sólo en frasco de plástico o de vidrio en buen estado; su traslado debe realizarse en un contenedor con tapa, con las correspondientes **solicitudes de examen y el libro de traslado de biopsias** autorizado.

- e) Recepción de la biopsia.

La biopsia será transportada por funcionario autorizado. Los datos mínimos del libro contenidos en los libros de traslado habilitados deben ser los siguientes:

- ✓ Fecha de obtención de la muestra
- ✓ Nombre del paciente (1er nombre y 2 apellidos), si no tiene 2do apellido, debe consignar S.S.A. (sin segundo apellido) y registro verificador (debe incluir al menos uno de los siguientes verificadores, el cual debe ser correspondiente con SEB y rótulo); RUN, N° de ficha clínica o N° de cuenta corriente.
- ✓ Órgano (información del sitio anatómico y su correspondiente clasificación: tejido, lesión, tumor recorte, líquido para block celular, etc.) y N° de frascos.
- ✓ 1er nombre y 1er apellido el médico que obtiene la muestra



DIRECCIÓN
OFICINA ASESORÍA JURÍDICA

- ✓ 1er nombre y 1er apellido del responsable del envasado y rotulación (TENS o enfermera)
- ✓ 1er nombre y 1er apellido del responsable del traslado al CR. Anatomía Patológica (TENS o estafeta)
- ✓ Fecha de envío
- ✓ Recepción anatomía patológica (nombre, timbre, firma, fecha y hora)

5. Criterio de rechazo de muestras

- ✓ Cualquier discordancia o ausencia de información, pesquisada durante la recepción de biopsias en la secretaria de CR. Anatomía Patológica.
- ✓ Discordancias pesquisadas posterior a la recepción de muestras en secretaria, identificadas por el tecnólogo médico o medico anatómico patólogo responsable, durante el proceso de macroscopia en el laboratorio. Se solicitara el retiro de la muestra.
- ✓ **Importante: los datos contenidos en el SEB, Rótulo y Libro de traslado deben ser concordantes entre sí.**

N°	TIPO 1 ^{er} /2 ^{do} /3 ^{ero}	CRITERIO DE RECHAZO	DETALLE DEL RECHAZO
1	1 ^{er}	Ausencia de libro de traslado, SEB, rótulo o muestra.	Indicar a cual corresponde.
2	1 ^{er} /2 ^{do}	Frasco/recipiente o tapa inadecuada (Indicar a cual corresponde)	Deteriorado (trizado)
			Inadecuado para el tamaño de la muestra
			Tapa o cierre inadecuado
3	1 ^{er} /2 ^{do}	Frasco sin o escasa cantidad de formalina	La muestra debe estar cubierta por formalina en su totalidad.
4	1 ^{er}	SEB o rótulo deteriorado o en mal estado (Identificar a cual corresponde)	Con formalina
			Con sangre
			Falta un trozo
			Parchado
			Enmendado
5	1 ^{er}	SEB y/o rótulo con letra ilegible	Indicar a cual corresponde
6	1 ^{er} /2 ^{do}	Ausencia de datos en rótulo o SEB (Identificar a cual corresponde)	Nombre y apellidos
			RUN
			Órgano
			Número de frasco
			Fecha de operación o toma de muestra
			Nombre del responsable de toma de muestra
			Ausencia de timbre de recaudación (ambulatorios)
7	1 ^{er}	Discordancia de datos entre libro de traslado y SEB	Nombre y apellidos



DIRECCIÓN
OFICINA ASESORÍA JURÍDICA

			RUN
			Discordancia en profesional que toma la muestra
			Órgano
8	1 ^{er} /2 ^{do}	Discordancia de datos entre rótulo y SEB	Nombre y apellidos
			RUN
			Fecha de operación
			Órgano
			Discordancia en profesional que toma la muestra
			Frascos (cantidad y correlativo)
9	1 ^{er} /2 ^{do}	Discordancia en SEB entre nombre del profesional que toma la muestra y firma.	
10	3 ^{ero}	Cualquier discordancia, mencionada en los puntos anteriores, y que sea pesquisada en el procedimiento de macroscopía.	Detectable en el procesamiento de la muestra por TM. responsable del procedimiento (puede ocurrir días después de la recepción de la muestra)

6. Entrega de resultados

Los resultados serán entregados de manera física, mediante libro interno dispuesto para aquello, directamente en el CR. Anatomía Patológica.

OCTAVA: La personería del Sr. Gerardo Espíndola Rojas para representar a la Ilustre Municipalidad de Arica, emana del Decreto Alcaldicio N° 4313 de fecha 28 de junio de 2021.

La personería del Sr. Marco Herrera Muñiz para representar al Hospital "Dr. Juan Noé Crevani", emana de la Resolución Exenta N° 2346 de fecha 01 de octubre de 2018 de la Dirección del Servicio de Salud del Servicio de Salud Arica, Región de Arica y Parinacota.

NOVENA: Para todos los efectos legales del presente Convenio, las partes fijan su domicilio en la ciudad de Arica y prorrogan competencia para ante sus Tribunales de Justicia.

DÉCIMA: El presente Convenio se firma en 4 ejemplares, quedando dos (2) en poder de la Ilustre Municipalidad de Arica y dos (2) en poder del Hospital Regional de Arica "Dr. Juan Noé Crevani".

SR. MARCO HERRERA MUÑIZ
DIRECTOR (S)
HOSPITAL DR. JUAN NOÉ CREVANI

SR. GERARDO ESPÍNDOLA ROJAS
ALCALDE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE
ARICA



DIRECCIÓN
OFICINA ASESORÍA JURÍDICA
ANEXO 1



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DR. JUAN NOÉ CREVANI
RUT. 61.808.001-5
18 DE SEPTIEMBRE N°1000

MAP: _____

SOLICITUD DE BIOPSIA

DATOS PACIENTE

NOMBRE:		
RUN:	F.NAC:	EDAD:
FICHA:	PREVISIÓN:	CUENTA CORRIENTE:

BIOPSIA

ÓRGANO:	F. OPERACIÓN:	F. ENVÍO:
ANTECEDENTES Y DIAGNÓSTICO CLÍNICO:		N° FRASCOS:
NOMBRE DEL MÉDICO:		
RUN:		
SERVICIO:		
		_____ Nombre y firma médico responsable

USO EXCLUSIVO CR. ANATOMÍA PATOLÓGICA

USO DE SECRETARÍA:		
FECHA RECEPCIÓN:	N° FRASCOS:	N° INFORME:
HORA DE RECEPCIÓN:	RESP. RECEPCIÓN:	
USO DE LABORATORIO:		
N° FRASCOS:	TM. RESPONSABLE:	

GRADO	CÓDIGO	CANTIDAD
B	08	
M	07	
	06	
A	05	
	04	



DIRECCIÓN
OFICINA ASESORÍA JURÍDICA
ANEXO 2

NOMBRE:	
RUN:	EDAD:
FC:	CC:
ÓRGANO:	
MÉDICO:	FECHA:
PABELLONERA:	HORA:

NOMBRE:	
RUN:	EDAD:
FC:	CC:
ÓRGANO:	
MÉDICO:	FECHA:
PABELLONERA:	HORA:

NOMBRE:	
RUN:	EDAD:
FC:	CC:
ÓRGANO:	
MÉDICO:	FECHA:
PABELLONERA:	HORA:

NOMBRE:	
RUN:	EDAD:
FC:	CC:
ÓRGANO:	
MÉDICO:	FECHA:
PABELLONERA:	HORA:

2° **IMPÚTESE** el ingreso que origine la adquisición del producto aludidos, al ítem 43.10.13.02 "exámenes" del Presupuesto vigente del Hospital Regional de Arica y Parinacota "Dr. Juan Noé Crevani".

3° **NOTIFÍQUESE** la presente Resolución a los interesados, por funcionarios de la Oficina de Partes del Hospital Regional de Arica y



DIRECCIÓN
OFICINA ASESORÍA JURÍDICA
Parinacota "Dr. Juan Noé Crevani".

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.



[Handwritten signature]

D. MARCO HERRERA MUÑIZ
DIRECTOR (S)
HOSPITAL REGIONAL DE ARICA Y PARINACOTA
"DR. JUAN NOE CREVANI"

Lo que comunico a usted para su conocimiento y fines pertinentes

DISAM (IMA)
SCR Contabilidad
SCR Compras
Oficina Asesoría Jurídica H.A.
Oficina de Partes (2)



[Handwritten signature]

MILKA CASTILLO FABIJANOVIC
MINISTRO DE FÉ



Hospital Regional de Arica y Parinacota
Dr. Juan Noé Crevani
CR Finanzas
CVR/RAC/ACR/jpb

CONVENIO DE COLABORACIÓN PARA EL TRASPASO DE RECURSOS POR COPAGO DE BIOPSIAS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS ARICA, AÑO 2022, ENTRE LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA Y EL HOSPITAL REGIONAL DE ARICA Y PARINACOTA "DR. JUAN NOÉ CREVANI".

En Arica, a 02 de Agosto de 2022, entre la Ilustre Municipalidad de Arica, RUT N° 69.010.100-9, persona jurídica de derecho público, domiciliada en calle Rafael Sotomayor N° 415, representada por su Alcalde **Sr. Gerardo Espíndola Rojas**, RUN N° [REDACTED], Periodista, de ese mismo domicilio, en adelante "la Municipalidad", y el Hospital Regional de Arica y Parinacota Dr. Juan Noé Crevani, Rut N° 61.606.001-5, domiciliado en calle 18 de Septiembre N° 1000, representado por su Director (S) **Sr. Marco Herrera Muñiz**, RUT N° [REDACTED] Ingeniero Comercial de ese mismo domicilio, en adelante "el Hospital" se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERO: La Ilustre Municipalidad de Arica y el Servicio de Salud de Arica suscribieron con fecha 12 de mayo de 2022, un Convenio para la ejecución del Programa de Resolutividad en APS, aprobado mediante la Resolución Exenta N° 1194 de fecha 26 de mayo de 2022, del señalado Servicio. Conforme a dicho convenio, el Servicio en representación del Ministerio de Salud, transferirá recursos a la Municipalidad de Arica en la forma de aportes establecidos en el artículo 49 de la Ley N° 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, para la ejecución de los componentes del Programa de Resolutividad en APS Arica, a través de Resolución Exenta N° 942 de fecha 14 de diciembre de 2021, del Ministerio de Salud.

Entre los componentes del convenio antes aludido, se encuentra el número 2 denominado "Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad", por medio del cual el Municipio se comprometió a alcanzar la meta de 230 canastas integrales de cirugía menor. En este sentido, la cláusula sexta del convenio dispone que la canasta integral de Procedimientos Quirúrgicos de Baja Complejidad incluye: "Procedimiento quirúrgico realizado por un médico de APS con entrenamiento adecuado (capacitación pertinente de dos semanas como mínimo) o Médico especialista, insumos y **copago de las muestras de biopsia tramo C y D FONASA.**"

En atención al convenio ya referido y las actividades comprometidas para su ejecución, el Hospital y el Municipio han acordado celebrar el presente convenio de colaboración, a efectos de permitir el pago, con cargo a los recursos transferidos por el Servicio de Salud a la Municipalidad de Arica en virtud del "Convenio Programa de Resolutividad en APS, Arica año 2022", de los montos correspondientes al copago de los usuarios pertenecientes a los tramos C y D, del Fondo Nacional de Salud (FONASA) que formen parte del Programa Resolutividad en APS Arica, ejecutado en los establecimientos de la Dirección de Salud Municipal (DISAM) y respecto de quienes el Hospital Regional Dr. Juan Noé Crevani realice exámenes de diagnóstico anatomopatológico de las muestras enviadas desde DISAM.

SEGUNDA: SERVICIOS EN CONVENIO: Los servicios que forman parte del presente convenio, son Servicios de Exámenes de Diagnóstico Anatómico Patológico de muestras enviadas desde la DISAM, siempre y cuando ello no implique una postergación o menoscabo de las atenciones que el HOSPITAL se encuentra obligado a brindar a sus usuarios.

TERCERA: EL PRECIO DE LOS SERVICIOS: El precio de los servicios detallados y que forman parte del objeto del presente convenio son los siguientes:



Hospital Regional de Arica y Parinacota
Dr. Juan Noé Crevani
CR Finanzas
CVR / RAC / ACR / jpb

Código	Denominación Prestación	Valor por Unidad
0801004	** Estudio histopatológico con técnicas de inmunohistoquímica o inmunofluorescencia (por cada anticuerpo investigado)	Los valores a cobrar serán el copago de acuerdo al tramo C o D, del Fondo Nacional de Salud al que pertenezca el Paciente
0801005	** Estudio histopatológico con técnicas histoquímicas, niveles, decalcificación (por cada lámina)	
0801008	Estudio histopatológico de biopsia diferida (por cada muestra y/o tejido) (incluye hasta 3 láminas)	

CUARTA: Para el cumplimiento del propósito indicado en la cláusula anterior, el Hospital Regional de Arica y Parinacota se compromete a lo siguiente:

a) Realizar los exámenes de diagnóstico anatomopatológico a los usuarios beneficiarios del Programa de Resolutividad en APS Arica, que ejecuta el Municipio, a través de su Dirección de Salud Municipal en virtud del "Convenio Programa de Resolutividad en APS Arica, año 2022".

b) Remitir los primeros cinco días hábiles de cada mes a la Dirección de Salud Municipal de Arica un listado rutificado con los pacientes a quienes se practicó el examen indicado en la letra precedente y que posean previsión de salud otorgada por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), en los tramos C y D, informándose en cada caso el copago correspondiente a cada usuario atendido. Para el efecto anterior, el Hospital remitirá el listado mediante correo electrónico, con los campos, fecha, nombre usuario, RUT, prestación entregada, código FONASA, Tipo de FONASA C o D, valor de copago, dirigido a daniela.richards@sermusarica.cl, con copia a yadira.mottac@sermusarica.cl.

c) Facturar mensualmente a la Municipalidad de Arica los montos correspondientes al copago de pacientes con previsión de salud otorgada por FONASA en los tramos C y D, conforme a las sumas indicadas en listado rutificado señalado en la letra precedente y previa conformidad manifestada por la Dirección de Salud Municipal, mediante respuesta vía correo electrónico a la comunicación que remita cada listado mensual. Para el efecto anterior, la Dirección de Salud Municipal dispondrá de un plazo de cinco días corridos para aprobar u observar el listado y los montos desde que sean informados por el Hospital. La factura señalada en el presente literal será remitida por el Hospital a los correos indicados en la letra anterior, previa confirmación por parte de DISAM del listado a que se hace mención en este párrafo.

QUINTA: La Municipalidad de Arica se compromete a lo siguiente:

1. Pagar mensualmente al Hospital Regional de Arica, el monto correspondiente al copago de los usuarios beneficiarios del Programa Resolutividad en APS Arica, que ejecuta la Dirección de Salud Municipal en virtud del "Convenio Programa de Resolutividad en APS Arica, año 2022", a quienes se les haya practicado el examen de diagnóstico anatomopatológico y que posean previsión de salud otorgada por FONASA en los tramos C y D. Para el efecto anterior, el Municipio durante los treinta días hábiles posteriores a la notificación de la factura que realizará el Hospital, efectuará el pago de los montos del copago ya señalado, con cargo a los recursos transferidos por el Servicio de Salud de Arica, en virtud del "Convenio Programa de Resolutividad Arica, año 2022", mediante



Hospital Regional de Arica y Parinacota
Dr. Juan Noé Crevani
CR Finanzas
CVR / RAC / ACR / jpb

transferencia electrónica de fondos a la cuenta corriente N° 01009071250 del Banco Estado, cuyo titular es el Hospital Regional de Arica, RUT 61.606.001-5.

SEXTA: La vigencia del presente convenio se extenderá desde la notificación del Decreto Alcaldicio que lo apruebe y hasta el 31 de diciembre del año 2022.

La vigencia así establecida se mantendrá salvo que el convenio termine por incumplimiento grave de las obligaciones establecidas en él, o su ejecución se desvíe de los fines que se tuvieron a la vista para celebrarlo o que las partes decidan ponerle término anticipado por motivos fundados. Asimismo, la vigencia del presente convenio finalizará en caso de que se ponga término al "Convenio Programa de Resolutividad en APS Arica, año 2022" entre el Servicio de Salud de Arica y la Ilustre Municipalidad de Arica, o éste deje de considerar recursos para el copago de biopsias para usuarios beneficiarios del programa con previsión de salud otorgada por FONASA en los tramos C y D, para estos efectos la Municipalidad por intermedio de su Dirección de Salud Municipal, dirigirá un Ordinario al Hospital, informando de tal circunstancia y del término de la vigencia del convenio, que se producirá al efectuarse el pago por parte del Municipio de la última factura emitida de conformidad a la letra c) de la cláusula segunda del presente convenio y en relación a la última (s) prestación (es) otorgada en el marco del presente convenio.

SEPTIMA: La unidad encargada de la recepción, análisis y custodia de biopsias en el Hospital de Arica, es el Centro de Responsabilidad Anatomía Patológica, en adelante "CR. Anatomía Patológica".

1. El CR. Anatomía Patológica se encuentra ubicado en el piso zócalo del Hospital, cuyo emplazamiento es 18 de Septiembre N°1000, Arica.
2. El horario de atención de CR. Anatomía Patológica es:

Atención de Publico General	Recepción de Muestras
Lunes a Viernes 08:00 a 16:48 horas	Lunes a Viernes 08:00 a 16:00 horas

3. Teléfonos de contacto CR. Anatomía Patológica:

Oficina	Anexo Minsal
Secretaria (recepción de muestras y atención a público)	584525
Secretaria Biopsias	584538

4. Solicitud de Biopsias al CR. Anatomía Patológica:
 - a) Para la correcta identificación de las biopsias, se debe utilizar el registro de solicitud de biopsia (SEB), anexo N°1, la cual será completada y firmada por médico responsable de la toma de la muestra.
 - b) Los datos mínimos que deben completarse en la solicitud de examen histopatológico para biopsia diferida son los siguientes:
 - ✓ Nombre: 1er nombre y 2 apellidos. Si no tiene segundo apellido, debe consignar S.S.A. (sin segundo apellido)
 - ✓ N° de ficha clínica
 - ✓ Fecha de nacimiento



Hospital Regional de Arica y Parinacota
Dr. Juan Noé Crevani
CR Finanzas
CVR / RAC / ACR / jpb

- ✓ N° de run
- ✓ N° de cuenta corriente (si corresponde)
- ✓ Previsión
- ✓ Órgano (tipo de muestra: órgano, tejido, sitio anatómico, lesión, tumor, recorte, etc)
- ✓ N° de frascos
- ✓ Fecha de operación (fecha de obtención de la muestra)
- ✓ Fecha de envío
- ✓ Antecedentes y diagnósticos clínicos
- ✓ Nombre (1er nombre 1er apellido) y firma del médico responsable
- ✓ N° RUN del medico
- ✓ Servicio

c) Rotulación de biopsias.

Los frascos con muestras deben venir **rotulados desde el lugar de obtención de la muestra**, el rotulo (anexo N°2), además cada frasco debe registrar claramente los siguientes datos:

- ✓ Nombre y apellidos del paciente (1er nombre y los dos apellidos), si no tiene 2do apellido debe consignar S.S.A. (sin segundo apellido).
- ✓ Fecha operación.
- ✓ Órgano (información del sitio anatómico y su correspondiente clasificación; tejido, lesión, tumor, recorte, líquido para block celular, etc.)
- ✓ Nombre de médico cirujano responsable (1er nombre y 1er apellido)
- ✓ Número de identificación del frasco (ejemplo 1/2 o 2/2)

d) Traslado de las muestras.

Las muestras se recibirán sólo en frasco de plástico o de vidrio en buen estado; su traslado debe realizarse en un contenedor con tapa, con las correspondientes **solicitudes de examen y el libro de traslado de biopsias** autorizado.

e) Recepción de la biopsia.

La biopsia será transportada por funcionario autorizado. Los datos mínimos del libro contenidos en los libros de traslado habilitados deben ser los siguientes:

- ✓ Fecha de obtención de la muestra
- ✓ Nombre del paciente (1er nombre y 2 apellidos), si no tiene 2do apellido, debe consignar S.S.A. (sin segundo apellido) y registro verificador (debe incluir al menos uno de los siguientes verificadores, el cual debe ser correspondiente con SEB y rótulo); RUN, N° de ficha clínica o N° de cuenta corriente.
- ✓ Órgano (información del sitio anatómico y su correspondiente clasificación: tejido, lesión, tumor recorte, líquido para block celular, etc.) y N° de frascos.
- ✓ 1er nombre y 1er apellido el médico que obtiene la muestra
- ✓ 1er nombre y 1er apellido del responsable del envasado y rotulación (TENS o enfermera)
- ✓ 1er nombre y 1er apellido del responsable del traslado al CR. Anatomía Patológica (TENS o estafeta)
- ✓ Fecha de envío
- ✓ Recepción anatomía patológica (nombre, timbre, firma, fecha y hora)



Hospital Regional de Arica y Parinacota
 Dr. Juan Noé Crevani
 CR Finanzas
 CVR / RAC / ACR / jpb

5. Criterio de rechazo de muestras

- ✓ Cualquier discordancia o ausencia de información, pesquisada durante la recepción de biopsias en la secretaria de CR. Anatomía Patológica.
- ✓ Discordancias pesquisadas posterior a la recepción de muestras en secretaria, identificadas por el tecnólogo médico o medico anatomico patólogo responsable, durante el proceso de macroscopia en el laboratorio. Se solicitara el retiro de la muestra.
- ✓ **Importante: los datos contenidos en el SEB, Rótulo y Libro de traslado deben ser concordantes entre sí.**

Nº	TIPO 1er/2do/3ero	CRITERIO DE RECHAZO	DETALLE DEL RECHAZO
1	1er	Ausencia de libro de traslado, SEB, rótulo o muestra.	Indicar a cual corresponde.
2	1er/2do	Frasco/recipiente o tapa inadecuada (indicar a cual corresponde)	Deteriorado (trizado)
			Inadecuado para el tamaño de la muestra
			Tapa o cierre inadecuado
3	1er/2do	Frasco sin o escasa cantidad de formalina	La muestra debe estar cubierta por formalina en su totalidad.
4	1er	SEB o rótulo deteriorado o en mal estado (Identificar a cual corresponde)	Con formalina
			Con sangre
			Falta un trozo
			Parchado
			Enmendado
5	1er	SEB y/o rótulo con letra ilegible	Indicar a cual corresponde
6	1er/2do	Ausencia de datos en rótulo o SEB (identificar a cual corresponde)	Nombre y apellidos
			RUN
			Órgano
			Número de frasco
			Fecha de operación o toma de muestra
			Nombre del responsable de toma de muestra
7	1er	Discordancia de datos entre libro de traslado y SEB	Ausencia de timbre de recaudación (ambulatorios)
			Nombre y apellidos
			RUN
			Discordancia en profesional que toma la muestra
			Órgano
8	1er/2do	Discordancia de datos entre rótulo y SEB	Nombre y apellidos
			RUN
			Fecha de operación
			Órgano
			Discordancia en profesional que toma la muestra



Hospital Regional de Arica y Parinacota
Dr. Juan Noé Crevani
CR Finanzas
CVR / RAC / ACR / jpb

			Frascos (cantidad y correlativo)
9	1 ^{er} /2 ^{do}	Discordancia en SEB entre nombre del profesional que toma la muestra y firma.	
10	3 ^{ero}	Cualquier discordancia, mencionada en los puntos anteriores, y que sea pesquisada en el procedimiento de macroscopía.	Detectable en el procesamiento de la muestra por TM. responsable del procedimiento (puede ocurrir días después de la recepción de la muestra)

6. Entrega de resultados

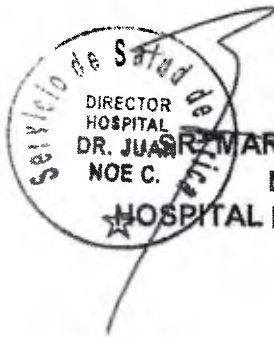
Los resultados serán entregados de manera física, mediante libro interno dispuesto para aquello, directamente en el CR. Anatomía Patológica.

OCTAVA: La personería del Sr. Gerardo Espíndola Rojas para representar a la Ilustre Municipalidad de Arica, emana del Decreto Alcaldicio N° 4313 de fecha 28 de junio de 2021.

La personería del Sr. Marco Herrera Muñiz para representar al Hospital "Dr. Juan Noé Crevani", emana de la Resolución Exenta N° 2346 de fecha 01 de octubre de 2018 de la Dirección del Servicio de Salud del Servicio de Salud Arica, Región de Arica y Parinacota.

NOVENA: Para todos los efectos legales del presente Convenio, las partes fijan su domicilio en la ciudad de Arica y prorrogan competencia para ante sus Tribunales de Justicia.

DÉCIMA: El presente Convenio se firma en 4 ejemplares, quedando dos (2) en poder de la Ilustre Municipalidad de Arica y dos (2) en poder del Hospital Regional de Arica "Dr. Juan Noé Crevani".


DIRECTOR
HOSPITAL
DR. JUAN
NOE C.
SR. MARCO HERRERA MUÑIZ
DIRECTOR (S)
HOSPITAL DR. JUAN NOÉ CREVANI


SR. GERARDO ESPÍNDOLA ROJAS
ALCALDE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE
ARICA