

la Provincia de Tierra del Fuego, Antartida 🌡 Islas del Atlantico Sur, representada en este acto por su Ministro de Salud y Acción Social Dn. Carlos Alberto Pérez, domicilio legal en calle San Martín 450 de la ciudad Ushuaia, Ad Referendum del Foder Ejecutivo Provincial, e⊧h adelante llamado la Provincia y la Obra Social para Emplea dos de Comercio y Actividades Civiles, representada en este acto por su Presidente Sr. Juan José Minichillo, con domicilio legal en calle Moreno 648/50, Capital Federal. adelante denominada la Obra Social, convienen en celebrael presente convenio por Frestaciones de Servicios Médicos Integrales, Odontología e Internaciones, el que se por las cláusulas que se enuncian a continuación: ----PRIMERA: La Provincia se compromete a brindar a los afilia dos de la Obra Social (titulares y a cargo) los Servicios Médico-Asistenciales Integrales (Ambulatorios e Internat ción) y Odontología que se detallam en el Amexo I y dentro de los hospitales o en establecimientos asistenciales ubicados exclusivamente en jurisdicción de la Provincia. SEGUNDA: Los beneficiarios tendrán derecho a la elección del profesional dentro de la nómina que presta servicios en la Provincia a los efectos de la utilización de los cios que configuran el objeto del presente convenio. En caso de que el afiliado de la Obra Social no se aviniera utilizar la prestación y/o al profesional de la Provincia éste queda exceptuado de cubrir la prestación.----TERCERA: A los fines de utilizar los servicios contratados los beneficiarios deberán exhibir ante la Provincia, carnet provisto por la Obra Social, documento de identidad recibo de haberes con una antigüedad no mayor a los noventa días respecto de la fecha de emisión del mismo, los aportes de ley, no debiendo abonar el beneficiar<u>io sum</u>a alguna por la prestación aludida.-----CUARTA: En caso de asistencia de enfermedades que requierar de especialidades contempladas en el Anexo I, y que dierar lugar a derivación del paciente a centros de mayor comple-

CARLOB ALBERT O PEREZ Ministro de Sarud y Acción Social

O F IT WAY C

Meso Poudus

OLGA TERESITA PAREDES

Dir. Gral. Seg. y Control de Gestion

Ŋ



jidad, todos los gastos de traslado y posterior asistencia en dichos centros correrán por cuenta de la Provincia. no incluídas en el Anexo I, quedarán a de la Obra Social cuando correspondiere.----QUINTA: Las prestaciones contratadas en el convenio son las en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas, Bioquímicas y Odontológicas ajustadas a las bilidades de los Centros Asistenciales de la Provincia según Anexo I, Frácticas no nomencladas homologadas, que se brindan en servicios propios y toda práctica a en el futuro por parte de dichos centros.-----SEXTA: La Provincia se reserva el derecho de agregar taciones a las indicadas en el Anexo I, sin otro requisito que comunicarlo a la Obra Social dentro de los treinta días de producida la novedad y con la obligación de no 🦠 car la normal prestación del servicio al afiliado encuentra internado o en tratamiento ambulatorio.----SEPTIMA: La Provincia ofrecerá a los beneficiarios Obra Social, internaciones en habitaciones de dos camas con baño privado. Si la internación fuese en habitación da, por indicación médica expresa del profesional tratante con la autorización del Médico Auditor del Hospital, el beneficiario ni la Obra Social deberá pagar suma adicional alguna.---afiliado a la Obra Social que solicite mayor de internación que la que corresponde por la aplicación este contrato y de su documentación anexa, deberá abonar su costa el recargo que fije la Provincia de acuerdo con el servicio de preferencia que se solicite, debiendo manifesconsentimiento por escrito a los valores a abonar tal concepto, con anterioridad a la internación.-----OCTAVA: El presente convenio incluye la provisión de mateinternación. Los medicamentos en descartable fueren utilizados durante las internaciones serán facturados a la Obra Social, a valor farmacéutico menos por ciento (10%), excluyéndose los de los pacientes ambula-





torios.-

Tendrá NOVENA: cobertura asistencial todo afiliado Social que concurra en concordancia con debiendo presentar Orden de Atención conformada y/o autorizada por la Obra Social.----DECIMA: La Obra Social pagará mensualmente a la Provincia mediante cheque el total de la factura mensual que surja de la valorización de las consultas, prácticas y ambulatorio, de acuerdo al valor de las Unidades fijadas er Anexo II, y monto fijo por internación, discriminando en la factura cada uno de los Hospitales Provinciales sus tos y/o débitos respectivos.-----Dicha factura se presentará a mes vencido y corresponderá las prestaciones realizadas el mes inmediato anterior. Los pagos serán efectuados por la Obra Social a la cia a los quince (15) días corridos ---- de recibida facturación. Vencido el plazo de pago establecido sin efectivice, se producirá Obra Social lo miento y la mora de pleno derecho, sin necesidad de pelación judicial o extrajudicial alguna.----Sin perjuicio de las acciones que pudieran corresponder, mora devengará en favor de la Provincia a partir de fecha y hasta la efectivización total del pago, un interes la tasa pasiva que aplica el Banco 1 8 equivalente Nación Argentina -Casa Central-, siempre y cuando el no supere el Indice de Precios al Consumidor fijado por e1 el mes inmediato anterior al de producida l ē superarlo, se aplicará el Indice de al De Consumidor fijado por el INDEC.----facturación quedará sujeta a su liquidación por

La facturación quedará sujeta a su liquidación por parte del área pertinente de OSECAC Central. Los débitos y/c créditos se efectuarán al momento del pago o con el de la facturación siguiente. No se aceptarán facturaciones complementarias. Las refacturaciones deben presentarse conjuntamente con la facturación siguiente. Vencido tal término, los débitos quedarán firmes. Las refacturaciones por débi-

ARLOS ALBERT D PEREZ Ministro do Salud y Acción Social TULLI IC T MINOCHILLO

ES CODIA

OLGA TERESITA PAREDES Dir, Gral, Seg. y Countrol de Gestlôn M.S.

J.

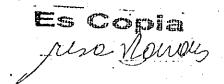
A STATE OF THE STA



tos serán abonadas por la Obra Social -de corresponder- a los valores y plazo de pago fijados en el presente instrumento.-----

DECIMA PRIMERA: Este convenio comenzará a regir desde el 19 de Agosto de 1.993 y tendrá vigencia por el término de un año, debiendo ser ratificado por parte del Foder Ejecutivo Provincial, siendo prorrogado por igual plazo si no existiera una denuncia fehaciente de alguna de las partes y con una antelación no inferior a treinta días anteriores a su vencimiento.

La decisión de no prorrogar, por alguna de las partes, generará derecho a reclamo o indemnización alguna en de la otra. Durante el lapso de preaviso continúan vigentes las obligaciones de las partes.-----Sin perjuicio de ello OSECAC se reserva la facultad resolver el contrato por su sola voluntad, mediante fehaciente y de pleno derecho, cuando a su criterio justa causa vinculada con el incumplimiento de las obligaciones que constituyen el objeto del contrato, en l a forma y modalidades pactadas. Durante la vigencia de l las partes podrán rescindirlo presente instrumento, sin manifestación de causa alguna, mediante comunicación fehaciente de una de las partes, y con una antelación no de treinta días a partir de la fecha en que comunique a cocontratante su voluntad rescisoria. Durante el preaviso continúan vigentes las obligaciones de las partes. rescisión no dará lugar a indemnización alguna.-----En todós los casos, rescindida la relación contractual,



OLGA TERRESITA PAREDES
Control de Gestion
M.S.



Obra Social podrá reclamar por medio fehaciente, la devolut plazo de 15 (quince) días de las Historias el. y de toda otra documentación referente al Clinicas DECIMA SEGUNDA: En caso de producirse lo establecido en 14 anterior, la Provincia se compromete a continuar atendiendo a los pacientes internados dentro de las especidel presente hasta su alta y/o traslado por 1本 ficaciones Obra Social y ésta se compromete a cancelar la totalidad de la suma adeudada al Frestador que sea legítima.-----DECIMA TERCERA: La Obra Social podrá efectuar la fiscalizat ción de los servicios asistenciales contratados, debiendb todos los casos por intermedio persona! hacerlo en o aquellos que realicen funciones de asesoraprofesional miento, inspección, reconocimiento y/o control debidamente acreditados.-----DECIMA CUARTA: En razón del carácter intuito personae de: presente convenio, la Provincia se obliga expresamente a no ceder en favor de terceros los créditos que por cualquiet concepto o naturaleza y como derivados de esta relación contractual tuviere respecto de la Obra Social.----DECIMA QUINTA: Ante la demora en la concesión de turnos que los términos que amerite la eficiente atención de la dolencia del paciente; o ante la excesiva demora de 1 փ paciente en sala de espera; o ante la mala atención del atención de los beneficiarios en cada uno de los estableci mientos de la Provincia, la Obra Social por la primera Ve: intimará a la Provincia a subsanar el incumplimiento. la reiteración del mismo, la Obra Social procederá a debi

Ante al silencio del Prestador al pedido de descargo efectuado por la Obra Social ante denuncias de sus beneficiarios en el plazo intimado, se entenderá como consentidos los hechos denunciados, por lo que se procederá a aplicar

de las siguientes facturas una multa igual al valor de

por

cada

ARLOS ALBERTO PEREZ Ministro de Salud y Acción Social

500,-

hecho

compro

Reso. Tourses

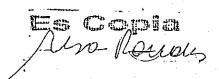
(Pesos Quinientos)

OLGA TERESITA PAREDES Dir, Gral. Seg. y Control de Gestion M.S.

Z



la multa establecida en la presente Cláusula. Las prescripciones emitidas por los profesionales pertenecientes plantel de los establecimientos de la Frovincia, derecho al beneficiario a recibir la prestación indicada. sin condicionamientos administrativos que dilaten el acceso a la misma y/u ocasionen molestias o demoras al beneficiario. De evidenciarse tal situación, se aplicará el procedimiento estipulado precedentemente en la presente Cláusula. <u>DECIMA</u> SEXTA: Las partes constituyen domicilio legal todos los efectos emergentes de este convenio, mencionados en el primer párrafo del presente y se someter voluntariamente por cualquier cuestión judicial que pudiere suscitarse a la competencia de los Tribunales Nacionales en lo Civil de la Capital Federal, renunciando a cualquier otro fuero, jurisdicción o competencia que pudiere DECIMA SEPTIMA: Se acuerda que atento a la existencia de un nuevo proyecto de ordenamiento de las Obras Sociales, si el mismo recibiera aprobación legislativa, las partes adapta rán el presente contrato a dicha ley, en lo pertinente.----DECIMA OCTAVA: La facturación de los servicios en ambulato rio por prestación y de guardia en ambulatorio debera contar con la siguiente documentación avalatoria: orden de atención emitida por OSECAC, a la que deberá adjuntarse prescripción médica que la originó, cuando correspondiera Las órdenes de atención deberán contar con la autorización médica y/o administrativa de OSECAC, según corresponda.----La facturación de los servicios de Odontología deberá respaldada por las órdenes de consulta, órdenes de práctica y las fichas odontológicas con la conformidad del beneficiario por las prestaciones efectuadas. En los casos de internación, la factura debe ser acompañada por la orden de internación emitida por OSECAC y la nómina de pacientes internados durante el mes a que corresponda la factura, indicando fecha de ingreso y de alta, patología destacando si ingresó por guardia.----



OLGA TERESITA PAREDES Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión M.S.



Para la facturación de Medicamentos y Prótesis en interna ción la Provincia debe presentar detalle valorizado, por Historia Clínica avalada por el Médico audito de OSECAC -en fotocopia- certificada en original por e Director médico de la entidad, y Hoja de Enfermería avala da en igual forma que la Historia Clínica.----En caso de no contar la Obra Social con médico auditor terreno, se exime del requisito de tal aval.----Se deja constancia que las órdenes de atención de OSECAC las prescripciones que las originaran -cuando correspondiere- deben ser remitidas en original.----En todos los casos la documentación queda sujeta al contro del área Control de Facturación de Casa Central de la Social,-----DECIMA NOVENA: La Provincia se obliga a remitir a la información estadística que se detalla en -<u>VIGESIMA:</u> La Frovincia se responsabiliza de las consecuenpatrimoniales derivadas de los supuestos de práctica médica, en la que eventualmente pudieran incurri sus establecimientos y/o profesionales y libera a DSECAC de la responsabilidad solidaria que pudiera emerger. responsabilidad no libera a los establecimientos y profe sionales de la que por sus actos pudiera corresponder Como constancia de lo actuado y en prueba de conformidad solo efecto se firman dos ejemplares de un տուցափ igual que los Anexos I, II y III, que formah parte integrante del presente, en la ciudad de Buenos 30 dias del mes de NOVIEMBRE de los ā novecientos noventa y tres.----

M. M.

CAIPLOS ALBE... TREZ
Ministro de Saud
y Acción Social

0, 8 B. 12 A. C

Mrs Rouas

OLGA TERESITA PAREDES Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión M.S.



ANEXO II

VALUR DE CONSULTA AMBULATORIA:	Nomenclador Patagónico por
	2,
ODONTOLOGIA:	Nomenclador Patagónico por
	2.
LABORATORIO:	
· .	
RESTANTES PRACTICAS AMBULATORI	AS: Nomenclador Patagónico.—
SERVICIO DE INTERNACION: por	monto fijo, incluyendo la
atención integral del benef	iciario, más sustancias de
contraste y material descarta	ble, más todas las prácticas
diagnósticas y asistenciales s	in tope, dentro de las que se
realizan en el ámbito del Hos	pital. Excluye medicamentos
los que -de ser suministrados	- serán facturados al valor
del Manual Farmacéutico menos	un diez por ciento(10%)
Excluye prótesis y ortesis. I	ncluye internación en UTI y
UCIP, Valor Global \$12.000 (Fesos Doce mil)
SERVICIO DE GUARDIA: Según va	lores pactados Ut Supra. En
caso de no concurrir con bono (de consulta o práctica, será
facturados con comprobantes	de servicios emitidos por
Secretaría de Guardia del Ho	spital y conformados por e
paciente, debiendo la Delega	
certificar por escrito la c	1
paciente atendido.	
Solo se facturará lo ambula	i
Internación se considerará i	J
agordado	THE CALCULATION OF VOLUME
/	
Este anexo es similar para amb	DS HOSPIcates Provinciates.
X	1 sulfield
The state of the s	1)
CARLOS ALBERTO PEREZ	0.4 B. 12 A. C.
Ministro de Galud y Acción Social	

M

Reso Novous

OLGA TERESITA PAREDES Dir. Grai. Seg. y Control de Gestion M.S.

ANEXO NO III



1 TVE	E LA PRUDUCCION DE INFORMACION COTARIOS.
	ELA PRUDUCCION DE INFORMACION ESTADISTICA:
65	e Provincia se compromete a producir y entregar a la Obr
1 30	cial, la siguiente información:
1	Número de Beneficiarios
*	Frácticas de internación por código del Nomenclado
.,	Nacional
<u></u>	Prácticas no Nomencladas: listado y frecuencia realizada
	a pacientes internados.————————————————————————————————————
	Egresos clínicos
*	Egresos quirúrgicos
* 1	Egresos obstétricos (incluye Fartos y Cesáreas)
1 *	Número de Cesáreas
* 1	"Informe de Hospitalización" de los pacientes egresados
C	debidamente conformados
* -	Tasa de mortalidad mayor de 48 horas
* 7	Tasa de infección intrahospitalaria
* 7	Tasa de mortalidad general
La	misma será clasificada por jurisdicción y la periodici
	d será mensual con un lapso de treinta (30) días con
	specto al mes de ocurrencia de las prestaciones
	tha información debe ser presentada en Auditoría Médica
	Casa Central de la Obra Social (Area Bioestadística)
	partes podrán acordar otro tipo de información a parti-
	las mismas fuentes o bien de otras que pudieran surgir.
	no cumplimiento de la obligación de entrega en término,
	ta información estadística aquí pactada, facultará a
	CAC a aplicar una multa de \$ 500 (Pesos Quinientos)po-
	a oportunidad que la mora se produjera. Dicha multa será
des	contada de la factura siguiente a la mora considerada.
X	
~_(\	ARLOS ALDEM EREZ
C)	MILLOURING

Mys

CARLOS ALBERTA REPORTATION OF THE CONTROL OF THE CO

JUAN JOSE MENDENLLD

Meso, Donous

OLGA TERESITA PAREDES Dir, Gral. Seg. y Control de Gestion M.S.



Trovincia de Cierra del Tuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur República Argentina

HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

"GOB, ERNESTO M. CAMPOS"



CARTA INTENCION

Entre el Hospital Regional Ushuaia en adelante "EL HOSPITAL" representada en este acto por su Director Dr. Norberto Aldo SCHAPOCHNIK con domicilio real en calle 12 de Octubre 65 de la ciudad de Ushuaia Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur y la Obra Social Portuarios Argentinos, en adelante "LA OBRA SOCIAL" representada en este acto por su Delegado Normalizador, Don Guillermo Luis FERNANDEZ LOBBE con domicilio real en calle Viamonte Nº 1181 3er. Piso Capital Federal Provincia de Buenos Aires, convienen en celebrar la presente Carta Intención de prestaciones médico asistenciales a brindar por el Hospital Regional Ushuaia y sus Centros Periféricos de conformidad con las siguientes cláusulas.

PRIMERA: "EL HOSPITAL" se compromete a brindar atención de acuerdo a su capacidad instalada, modalidades, horarios y reglamentos internos, a pacientes ambulatorios y/o internados que la "LA OBRA SOCIAL" derive mediante orden de prestación (bono de consulta) en la ciudad de Ushuaia; que acrediten identidad con el documento respectivo y condición de afiliados mediante la presentación de su carnet vigente.-----

SEGUNDA: Las prestaciones que brindará "EL HOSPITAL" son las que acompañan el presente convenio como Anexo I. Estas serán facturadas de acuerdo a los valores establecidos por Nomenclador Patagónico por dos, con excepción de los servicios modulados indicados en Anexo II, cuyos valores ya están establecidos. Quedan excluidas las prestaciones correspondientes a accidentes de trabajo Ley 24.557. -----

TERCERA: En caso de asistencia de enfermedades que requieran de especialidades no contempladas en los Anexos I y II que dieran lugar a la derivación de pacientes a centros de mayor complejidad, todos los gastos de traslado y posterior asistencia en dichos centros correrán por cuenta de "LA OBRA SOCIAL". -----

CUARTA: Las internaciones se harán efectivas para todas las especialidades, excepto UTI y UTIP, en habitaciones con capacidad para dos pacientes con baño privado. Si consecuencia de prescripción médica deba internarse al paciente en habitación individual ni "LA OBRA SOCIAL" ni el paciente abonarán suma alguna por encima de los aranceles pactados.-----

QUINTA: "EL HOSPITAL" presta su conformidad para que "LA OBRA SOCIAL" disponga la visita de Auditores Médicos, Asistentes Sociales y/o Auditores Administrativos; proporcionándoles en la ocasión los antecedentes necesarios para el cumplimiento de sus

SEXTA: "EL HOSPITAL" proveerá medicamentos y material descartable a pacientes internados, facturándolos a valores de plaza. -----

SEPTIMA: "EL HOSPITAL" facturará mensualmente las prestaciones brindadas a "LA OBRA SOCIAL" utilizando formularios propios, con la documentación médica correspondiente. --

OCTAVA: "EL HOSPITAL" remitirá a "LA OBRA SOCIAL" las facturas por las prestaciones brindadas del uno al diez de cada mes, las que serán abonadas entre el quince y veinte del mes

En caso de facturas con ítems observados "LA OBRA SOCIAL" abonará la parte no observada de la factura y confeccionará una Nota de débito por los ítems observados. -----News Nouvers

OLGA TERESITA PAREDES

"LAS ISLAS MALVINAS, GEORGIAS Y SANDWICH DEL SUR, SON Y SERAN ARGENTINAS"

DELEGADO



Trovincia de Cierra del Tuego, Antártida o Islas del Atlántico Sur República Argontina

144 144 MES

HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

"GOB, ERNESTO M. CAMPOS"

	Las notas de débitos serán comunicadas anticipadamente vía fax dentro de los treinta (30) días de recibida la factura, para que "EL HOSPITAL" presente una nueva factura por los items incluido en Nota de débito.————————————————————————————————————
	NOVENA: "EL HOSPITAL" se obliga entregar mensualmente con la facturación, la estadísticas de las prestaciones efectuadas en el mes inmediato anterior de conformidad con le determinado por la A.N.S.SAL. mediante Resolución 0650/97.
	DECIMA: La falta de pago de dos facturaciones mensuales dará derecho a "EL HOSPITAL" a suspender las prestaciones convenidas a su cargo, sin necesidad de notificación e iniciar la acciones legales que estime oportuno, facturando por tal concepto intereses, punitorios y compensatorios con la tasa pasiva que aplica el Banco de la Nación Argentina; además se encontrará facultado para exigir a los afiliados de "LA OBRA SOCIAL" la provisión de medicamentos en internación.
•	DECIMO PRIMERA: El presente acuerdo podrá ser rescindido por cualquiera de las partes sin necesidad de expresión de causa, debiendo mediar notificación por telegrama colacionado por lo menos con treinta días de anticipación.
	DECIMO SEGUNDA: En caso de producirse lo establecido en la cláusula anterior, "EL HOSPITAL" se compromete a continuar atendiendo a los pacientes internados, hasta su alta o traslado por cuenta de "LA OBRA SOCIAL". Esta se obliga a cancelar la totalidad de las sumas adeudadas a "EL HOSPITAL".
	DECIMO TERCERA: "LA OBRA SOCIAL" reconocerá la asistencia brindada a sus afiliados con carácter de "URGENCIA" en caso de internaciones, consultas por guardia y/o prácticas especializadas.
	DECIMO CUARTA: Para cualquier controversia que se origine en el cumplimiento del presente convenio, las partes se someten a la jurisdicción del Juzgado Federal con asiento en la ciudad de Ushuaia, renunciando a cualquier otro fuero y/o jurisdicción, fijando sus domicilios en los indicados en el encabezamiento del presente acuerdo, y en los cuales se tendrán como validas todas las comunicaciones que se cursen con relación al presente.———————————————————————————————————
	DECIMO QUINTA: La presente carta intención entrará en vigencia a partir del 04-09-97 y regirá hasta tanto se firme el correspondiente convenio de prestaciones médico asistenciales con las autoridades del Ministerio de Salud y Acción Social de la Provincia
	En prueba de conformidad se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en la ciudad de Ushuaia, capital de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, a los cuatro días del mes de Setiembre del año Un mil novecientos noventa y siete.
	REERTO A SCHAPOCHARIO SCHAPOCHA



Grovincia de Cierra del Tuego, Antártida e Islas del Allántico Sur República Argentina

HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

"GOB, ERNESTO M. CAMPOS"



(Cde: Carta Intención Obra Social Portuarios Argentinos)

ANEXO II

MODULOS

Colecistectomía por V.L.	1.200,00
Colecistectomía por V.L. con colangiografía	1,350,00
(Incluye catéteres y medios de contraste	ĺ
Hernioplastías por V.L.	1.440,00
Varicocele por V.L.	950,00
Artroscopías diagnósticas	800,00
Artroscopías	1.400,00
(Meniscectomías. Tratamiento de condreopatías. Liberaciones rotu-	
lianas)	
Hemodiálisis	289,29

Employ and

GUILLERMO FERNANDEZ LOBBA DELEGADO NORMALIZADOR O. S. P. A.

Mrs. Nous

OLGA TERESITA PAREDES Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión M.S.

Polosonie Son Men Bock DIRECCION GENERAL DE RENTAS TERRITORIO NACIONAL DE LA TIERRA DEL FUEGO, ANTARTIDA E ISLAS DEL ATLANTICO SUR

vinersidad de la

1611180 6 /5/0 FOL10

EXENTO.

CONVENIO

Entre la Provincia de la Tierra del Fuego, Antártida e Islandel Atlántico Sur, con domicilio legal en Av. San Martín Na 450 ler piso, teléfono 2-1145, de la Ciudad de Ushuaia, représentada en este acto por el Señor Ministro de Gobierno Dr. Jorge Argentino MOYANO "ad referendum" del Señor Gobernador, en adelante "LA PROVINCIA", inscripto en el Registro de Prestadores ante el Instituto de Obras Sociales bajo los Números 121-2156 (Hospital Regional Rio Grande) y 121-2168 (Hospital Regional Ushuaia), por una parte y por la otra la Divección de Acción Social Universitaria de la Universidad Nacional de la Patagonia San duan Bosco, representada en este acto por el 8r. Rector Dr. Manuel Angel VIVAS, con domicilio legal en 25 de Mayo 427 de la Ciudad de Comodoro Rivadavia, en adelante "LA QBRA SOCIAL", acuerdan celebrar el presente "Convenio de Prestación de Servicios Médicos. Odontológicos e Internación" según Anexos I,II,III y IV, incluidos en el Nomenclador Nacio nal de Honorarios Médicos y Gastos Sanatoriales, el que se re girá por las siguientes "Cláusulas", ---------PRIMERA: "LA PROVINCIA" brindará a los afiliados de " LA OBRA SOCIAL" y a su grupo familiar los servicios "Médicos Asistenciales" por intermedio de los Hospitales de la Provincia (Regional Ushuaia y Regional Río Grande), de acuerdo a las limitaciones y modalidades de los mismos, presentando para ello la orden de atención de consulta y la credencial corresponque acredite su condición de beneficiario.----SEGUNDA: En caso de asistencia de enfermedades que requieran especialidades que no estén contempladas en los. Anexos y que dieran lugar a la derivación del paciente a Centros de Mayor Complejidad, los gastos de traslado y posterior asistencia en los referidos centros serán por exclusiva cuenta de " LA OBRA SOCIAL".----TERCERA:Quedan excluidos del servicio que prestan los hospita tog, modicamentos y otros elementos que no esten tasativamento the highbor on of Homero Latha the Cuttal. CUMPTA: "La PROVINCIA" asume las responsabilidades asistenciales de los pacientes amparados por este "Convenio". lo mismo asume la totalidad de las rosponsabilidades sociales que se generen o tengan relación con la asistencia médica a sus bene ficiarios.-----QUINTA:Una vez confirmado el diagnóstico en los casos de procesos de evolución crónica, cualesquiera fuera su etiología y/o patogenia. no reversible ni mejorable con tratamientos mé dicos o quirúrgicos. " LA OBRA SOCIAL " una vez conformada el "alta" a través de su Delegado. se compromete a evacuar al

paciente a camas de tercer nivel para lo cual dispondrá de un plazo máximo de siete (7) días a partir de la fecha de"alta". La falta de cumplimiento de esta claúsula por parte de "LA O-BRA SOCIAL" y vemcido el plazo acordado, será motivo suficien te para que " LA PROVINCIA " a través de sus prestadores. Los Hospitales Regionales de Ushuaia y Rio Grande, aplique sancio nes punitorias, consistentes en cien (100) unidades sanatoria

OLGA TERESITA PAREDES Dir. Graf. Seg. y Control de Gestión



inter the state of the state of

les pensión por día, acorde a los valores fijados por el Nomenclador Nacional para la Tierra del Fuego. De igual manera para los pacientes que hayan completado los procedimientos de diagnóstico y/o terapéuticos necesarios, y una vez otorgada el "alta" correspondiente y sin producirse el egreso del paciente por causas ajenas al prestador, corresponderá la aplicación de los punitorios establecidos en la presente cláusula SEXTA: "LA OBRA SOCIAL" se hace cargo del material descartable suministrado por los Hospitales y utilizados en las intervenciones quirúrgicas y así también se hará cargo del cien por ciento (100%) del costo de los medicamentos y materiales descartables utilizados en la atención de beneficiarios interna-

SEPTIMA: A los fines de un mejor cumplimiento y calidad de las prestaciones se constituirá una Comisión de Auditoría Compartida, integrada por representantes de "LA PROVINCIA" y "LA OBRA SOCIAL", quienes atenderán en todas las cuestiones relativas a los servicios prestados como consecuencia del presente Convenio. Serán funciones de la misma intervenir en la solución de diferendos y vigilar la correcta aplicación de las normas de trabajo y aranceles, durante el período de vigencia del presente Convenio.

OCTAVA: Las prácticas derivadas de una internación serán reco nocidas a través de la Historia Clínica del Hospital corres pondiente, documentación que acompañará a todo paciente dere-

MOVENA:Los servicios brindados por "LA PROVINCIA", a través de sus hospitales a los beneficiarios de "LA OBRA SOCIAL", en las condiciones previstas en este" Convenio ", serán abonadas por "Prestaciones", de acuerdo a los valores fijados en el No menclador Nacional de Honorarios Médicos y Gastos Sanatoriales vigentes a la fecha de la prestación, más el cincuenta por ciento (50%) por Zona Desfavorable, de acuerdo a lo re-\\
suctto por ol Ministorio de Salud y Acción Social, quodando (1) alo con este los culturales de la presentará a "LA OBRA SUCIAL", entre

DECIMA: "LA PROVINCIA" presentara a "LA OBRA SOCIAL", entre el 1ro. y el 15to. día de cada mes, las facturas de las prestaciones brindadas durante el mes anterior inmediato, debiendo ser abonadas a los treinta (30) días de la fecha de su remisión. Mediante giro y/o cheque bancario sobre el Banco de la Nación Argentina, Sucursal Ushuaia. Los pagos que "LA OBRA SOCIAL" efectúe con posterioridad al plazo establecido, serán actualizados de acuerdo a lo dispuesto por la Ley 21.391 Régimen de actualización de precios pactados en contratación y \\ bienes de servicios. La falta de pago de dos mensualidades \\ consecutivas por parte de "LA OBRA SOCIAL", dará derecho a LA PROVINCIA, a suspender las Prestaciones a su cargo convenidas en el presente y a iniciar las acciones judiciales correspondientes.

DECIMO PRIMERA: Todos los pagos que se refiere la clausula an terior y/o por cualquier otro concepto se enviarán al hospital que corresponda, cuyas órdenes serán: Hospital Regional\\

Es Copia

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral. Seg. y Control de Gestion
M.S.



FOL10

Ushuaia. Avda. Maioù y 12 de Octubre. 9410 Ushuaia y Hospital Regional Rio Grande, Avda. Belgrano y Ameghino, 9420 Rio Gran

Con la conformidad de las partes, se firman très (3) ejemplacon la conformidad de las partes, se firman très (3) ejemplares de un mismo tenor y a un sólo efecto, al igual que los Anexos I.II,III y IV, que forman parte de este Convenio, en la Ciudad de Ushuaia, Capital de la Provincia de la Tierra del / Ciudad de Ushuaia, Capital de la Provincia de la Tierra del / Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, a los 25 días del mes de Octubre del año mil novecientos noventa.

> Arq JURGH AUGENTINU MOYANO MINISTRO DE GOBIERNO

DA. MANUEL VIVAS

Es Copia

OLGA TERESITA PAREDES Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión M.S. AYUDA PARA

CONVENIO

Entre el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas Idel_Atlantico_Sur_con_domicilio_legal_en_Avenida.San_Martin Nº 450, te l'éfono 91-145 de la Ciudad de Ushuaia, representado en este acto por / iel_Señor_Ministro_de_Gobierno_INGº_Ignacio_Noel_"ad_referendum" del Se <u>lñor Gobernador en adelante "EL TERRITOTIO" inscriptó en el Registro de</u> iPrestadores ante el Instituto Nacional de Obras Sociales Bajo los Nros L121-2156 (Hospital Rio Grande) y 21-2168 (Hospital Regional Ushuaia) por una parte, y por otra [A'.P.V. Asistencia Para El Viajero] inscripto_en el Registro Nacional de Obras Sociales bajo el Nº (con domicilio legal en Rioja 1151 .10º piso of.2º, 2000 Rosario telefono 67403, representado en este acto por Dr. Mario O. Peppino len_adelante_A.P.V. acuerdan celebrar el presen te convenio de "Prestación de Sevicios Médicos, Odontológicos e Internación según "Anexos I y II", incluidos en el Nomenclador Nacional de/ Honorarios Médicos y Gastos Sanatoriales el que se regirá por las siguientes "Cláusulas",----PRIMERA: "El Territorio" brindará a los afiliados de A provincia y a su grupo familiar los servicios "Médico-Asistenciales" por intermedio/ de los Hospitales del Territorio (Ushuaia y Rio Grande), de acuerdo a/ las limitaciones y modalidades de los mismos presentando para ello la forden_de_atención_de__ y la credencial correspondiente_/ que acredite su condición de beneficiario.-----SEGUNDA: En caso de asistencia de enfermedades que requieran especiali dades que no estén contempladas en el "Anexo I", y que dieran lugar a/

Ing. IGNACIO NGEI

SISTENCIA PARA EL VIAJERO
DI. MARIO C. REPLINO
DI RECTOR

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión
M.S.

- 1



	Contractdo Mayor Compleidad los dastos/	
	la derivación de pacientes a Centros de Mayor Complejidad, los gastos/	
	de traslado y posterior asistencia en dicho centro serán por exclusiva	
	cuenta de Al P. V.	
	.TERCERA: Quedan excluidos del servicio que prestan los Hospitales, me-	
• •	octon taxativamente incluidos en/	
<u> </u>		
[
<u> </u>		
<u> </u>		
<u>.</u>		
× = =	<u> </u>	
-		
-		
<u>.</u>		
	for the state of t	
L		
-		
- T)=-		
	Mark to the second of the sec	
£.		



tación que acompañará a todo paciente derivado.--OCJAVA: Los servicios brindados por "El Territorio" a través de sus // Hospitales a los beneficiarios de A.P.V. en las condiciones/ previstas en este convenio, serán abonadas por Ar. P. V. acuerdo a los valores fijados en el Nomenclador Nacional de Honorarios Médicos y Gastos Sanatoriales vigentes a la fecha de la prestación más el 50 % por zona desfavorable de acuerdo a lo resuelto por el Ministerio de Salud y Acción Social quedando por lo tanto fijado en este convenio el servicio por "Prestación".--INOVENA: El Territorio presentará a A.P.V. entre el <u>1º y el 15</u> de cada mes, las facturas de las prestaciones brindadas durante el // 12. mes anterior, debiendo ser abonadas las mismas a los treita (30) días/ de la fecha de su remisión, mediante giro o cheque Bancario sobre banico de la Nación Argentina Sucursal Ushuaia. Los pagos que A.P.V. refectue con posterioridad al plazo establecido, serán actualizados de/ jacuerdo_a_lo_dispuesto_por_la_ley_Nº 21.391, "Régimen_de actualización de precios pactados en Contrataciones de Bienes y Servicios". La falta de pago de dos mensualidades consecutivas por parte de A P V dará derecho a "El Territorio" a suspender las prestaciones a su cargo convenidas en el presente.-----Loa pagos se enviarán al Hospital correspondiente: Hospital Regional / Ushuaia, Maipú y 12 de Octubre, Ushuaia, Tierra del Fuego. Hospital // Regional Rio Grande, Belgrano y Ameghino, Rio Grande, Tierra del Fuego. DECIMA: El presente convenio rige a partir de la fecha de su aprova-// ción por parte del Señor Gobernador del Territorio, por el término de/

Es Copia

OLGA TERESITA PAREDES



un (1) año pudiendo ser renovado automaticamente si ninguna de las par
tes lo denuncia, debiendo comunicar tal decisión por medio fehaciente/
con treinta (30) días de enticipación; el ejercicio de esta facultad /
no dará lugar a indemnización alguna, y durante el lapso de preaviso /
continúan vigentes las obligaciones de las partes
DECIMA PRIMERA: Para toda controversia que se origine en el cumplimien
to del presente convenio, y que deba ser dilucidado ante Tribunales de
Justicia, las partes se someten a la Jurisdicción del Juzgado Federal/
con asiento en el Territorio, renunciando a cualquier otro fuero y/o/
Jurisdicción, fijando sus domicilios en los indicados en el encabeza-/
miento del presente convenio, y en los cuales se tendrán como válidas/
todas las comunicaciones que se cursen
Con la conformidad de las partes, se firman dos (2) ejemplares de un 📝
mismo tenor y a un solo efecto, al igual que los "Anexos I y II" que /
forman parte de este convenio, en la ciudad de Ushuaia; Capital del Te
rritorio Nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico
Sur a los 10 días del mes de Abril del año 1987
- [/// A. P. V.
ASISTENCIA PARA EL VIAJERO
Ing. IGNACIO NOEL MINISTRO DE GOBIERNO DIRECTOR
ى ئەرگەن ئالىكىنىڭ ئىلىنىڭ ئالىكىنىڭ ئالىكىنىڭ ئالىكىنىڭ ئالىكىنىڭ ئالىكىنىڭ ئالىكىنىڭ ئالىكىنىڭ ئالىكىنىڭ ئال ئالىكىنىڭ ئالىكىنىڭ ئىلىنىڭ ئالىكىنىڭ ئالىكىنىڭ ئالىكىنىڭ ئالىكىنىڭ ئالىكىنىڭ ئالىكىنىڭ ئالىكىنىڭ ئالىكىنىڭ ئ

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral, Seg. y Control de Gestión
M.S.

DESTACIONES DE ATENCION MEDIC

FREGIACIONES DE MARIOTAN MEDITAN
La Subsaecretari de salud Pública del Territorio Nacional de la
Tierra del Fuego. Antártida e Islas del Atlántico Sur. en condi-
ciones de ofrècer Médicina Integral a través de los efectores //
que posee el Territorio, los Hospitales de Ushuaia y Rio GRande
de acuerdo al siguiente detalle y condiciones
1 PREVENCION DE LA SALUD
1.1Programa de inmunizaciones: Vacunación para todos los grados
etáreos de acuerdo a las normas nacionales. Sin cargos
1.2 Examenes de Salud,
1.3 Examenes Laborales
1.4 Programa de control del niño sano: 0 a 12 años
1.5 Programa de control de embarazo y puerperio
1.6 Psicoprofilaxia del parto
2 RECUPERACION DE LA SALUD
2:1 Atención ambulatoria programada en las siguientes especialid
dades: Clinica Médica, Pediatria, Cirugia General, Tocoginecolo-
gia , traumatologia y ortopedia , Psicopatologia, Otorrinolarin-
gologia, Neurologia, Oftalmologia, KInesiologia, Cardiologia, Fono-
audiologia, Dermatologua y Nutrición
2.2 Medicina y Cirughalde Urgencia: Atención permanente las 24//
horas conquardias de especialidades.
2.3 Servicio de Diágnostico y tratamiento
2.3.1 Laboratorio de Analisis Clinicos realizando las siguientes
determinaciones, incluidas en reciente programa de desarrollo
Hemograma, Eritrosedimentación. Urea Microeritrosedimentación
Glucosa. Creatinina, Prueva de latex para embarazo, wildal, huddle
son, paul bunnell. Inmunofluorescencia para chagas, toxoplasmosis
sifilis, hemoaglutinación indirecta para chagas. Acido urico.Ar-
tritest. HDL Y LDL Colesterol. Hemoglobina glicosidada, lipasa
, γ

Ing. IGNACIO NOEL
MINISTRO DE GOBIERNO

TENCIA FARA O

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Grai. Seg. y Control de Gestión

ยสม

Chilberterasa.



Colinestarasa: Antígeno de Superficie de la hepatitis B.Complemento s!érico total y fracción C3.Dosaje de inmunoglobulinas.

Uro y coprocultivo. Transaminasa. Glutámico Pirúvica. Gamma Gluta

mil. Transpeptidasa. Cultivo de secreciones. Fosfatasa alcalina.

Fosfatasa ácida total y fracción Prostática.

2.3.2. Servicio de Diagnótico por Imagen apoyadopen equipos de

500 a 300/ma con seriógrafos preparados para realizar todos los

estudios que demande el nivel de complejidad establecido, adema

equipos rodantes para su utilización en Quirófanos é internació y equipos de radiología dental, Ecografia, Broncoscopia, Duodeno gastroscopia. Intensificador de imagen. E. E. G. Laparoscopia. Ergo-

metria.Espirometría.

2.3.3.Centro Quirúrgico: dos quirófanos en cada Hospital con to

do el quipamiento é instrumental adecuados a la complejidad de

la institución, con unidad de esterilidad a vapor y en seco.

2.3.4.Sala de Partos: Con todo el equipamiento para atención de

la Parturienta y reanimación del recién nacido.- -

Monitoreo fetal. - - - - -

2.3.5.Anestesiología y reanimación: equipamiento para atender

tres áreas simultaneas en cada Hospital con aparatos para cir-

2.4. Medicina Intensiva: Respiradores mécanicos para atender in-

suficiencias respiratorias graves y todo el equipamiento corres pondiente para atender la de esta área4 Equipamiento especial

para requerimientos de neonatología: Incubadoras con servocontro

Unidad coronaria completa con marca pasos externos, desfibrilas r

dor, cardioscopio y electrocardiógrafos para atender los reque-

rimientos de consultorios externos, internacióny centros quirúr

ES CODIA

Terapia Intensiva - Gases en Sangre - Monitoreos. Cardiaco y de

MINISTRO OF GOBIERNO

ASISTENCIA CHA EL VIALLA

UNO MUMBLES OLGA TERESITA PAREDES
Dit. Gral. Seg. Y. Scontrol de Cestion
M.S. Seg. Y. Scontrol de Cestion



presiones centrales y periferícas.
2.5. Atención Odontológica integral con equipamiento, instru-
mental y materiales modernos con atención programada y quardias
las veinticuatro (24) Horas
2.6. Internación: Capacidad total de 120 camas en Unidades de
tres, dos u una cama con baño privado
2.7. Anatomia Patológica
3 REHABILITACION DE LA SALUD: Servicio de terapia fisica con
el equipamiento necesardo para atender los requisitos de la com
plejidad establecida
4 SERVICIOS GENERALES: Equipamiento moderno para atender el
servicio de la alimentación, lavanderia, calefacción, aqua ca-
liente y vapor, instalación central de oxigeno, aíre comprimido
y vacio, grupo electrógeno suficiente para atender la demanda de
energia eléctrica del establecimiento, servicio de ambulancias
equipados para traslado y atención de urgencias extrahospitala-
rias; amplios deposito para atender abastecimientos de insumos
y bienes de Capital para operar durante largos periodos en re-
lación a la Problematica de la zona
lacion a la Problematica de la zona.
/Auf
A. P. VIAJERO
Ing. IGNACIO MOEL MINISTRO DE GOBIERNO ASISTENCIA ARTICLA ARTI
Dr. MARIO O. PEPPINO
TESS CONTRACTOR ASSESSMENT
in the kounts
OLGA TERESITA PAREDES OLGA SEGULY CONTROL OF SEGULATION M.S.



ANEXO II

PRESTACIONES ODONTOLOGICAS

	a e Islas del Atlantico Sur, está en condiciones
ecer prestaciones	s_Odontológicas_a_traves_de_los_efectores_que_po
Territorio, (Hos	pital Regional Ushwaia y Hospital Regional Rio G
lo siguiente; To	odos los Capitulos del Nomenclador Nacional, exc
el IV y VI corre	spondientes a Protesis y Ortopedia, quedando est
imos supeditados	a la firma de eventuales convenios.
./	
My	ASISTEN IN PARA EL VIAJERO
=10 NO	EL
INB IGNACIO NOI MINISTRO DE GOBIERN	Dr. MARIO O. PEPPINO
Mm	
erene i rener i pomo e e college e e i pomo de ci cole del media emendi del	
The second section of the second seco	The second secon
ga vina, maja apadagan periode in service in deservice comment de deservice de la deservación del deservación de la dese	Es Copia
e a mara a mara a despertada de la mara de l	
	Ilro Marge
	OLGA TERESITA PAREDES Jir. Gral, Seg. y Control de Gestión
igan ya sanggangan di angga tayan tayan da karan da	M.S.
	The second of th
فجاله للمجاورة والمتراب الموابو الميايين والوأ اليستوار	





AVEXOMITI

Ref: "Convenio

encles Parametrivia jerozno es corascocialis. Es una em presa privada lo le copertura no de cellos commende la copertura

Ref: Clausula Primera

Ref: Clausula Primera.

Los viajeros que trenen copertura de A.P.V. no portanjon den de atención. Nuestros beneficiarios deben presentar la Credencial o Pasaponte de A.P.V. junto con su documen to de identidad. (Adjuntamos modelo de Credencial de A.P. V. y duplicado de Condiciones Generales que eliviajero / acepta con su firma antes de optar por el mismo.).

Ref: Anexo I.

Ref: Anexo I.

Rubros que no cubre A.P.V.

1- Prevencion de la salud:

2- Recuperación de la salud: 2:1: Asistencia psicologica y /o psiquiatrica. 2:3:4: Embarazos y partos:

Ing. IGNACIO MOEL MINISTRO DE GOBIERNO

Dr. MARIO O. PEPPINO DIRECTOR

Es Copia

OLGA TERESITA PAREDES Dir. Gral, Seg. y Control de Gestion

Rioja 1139 / 10° Piso / Tel. 67403 / 2000 Rosario República Argentina





CONVENIO

Let Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antértida
e Islas del Atlántico Sur, a los diez y nueve días del mes
de diciembre del año mil novecientos setenta y quatro entre Medarce Company of Managardores Mary de Priesta"/
en adelante llamado F. M. T. L. y F. por una parte, representado en este acto por Félix Pénez, Secretario General y //
Oscar Filipsini, Secretario de Servicios Sociales, y la //
SUBS CRETARIA DE SALUD RUSLICA DEL TERRITOREO, en adelants
llamada SUBSSCRETARIA, representada en este acto por el //
Sr. Subsecretario de la misma.

por la otra, se conviene lo sijuiento:

PRIMERO: la SUPSECRETARIA se obliga atender en los fasnitalso de Venicia y Tío Grande a los titulares y grupos:///

les que T.A.T. L. u. ... contrata en este acto a favor de sus beneficiarios, deberán cubrir las "mínimas" establecidas de con el artículo 2º) del S. De reto No 4714/71, con el alcan

familiares do F.A.T.L. J.F., que requieran los servicios_//.

legistanciales conque dichos l'ospitales quentan en la actua

que organicen en el futuro.

la Loy 18610. ----

اعتدال المانات

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral. Seg. y Control de Gestlôn
M.S.

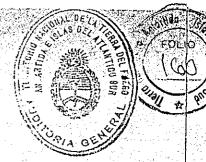
Subsucretario de Satud Poblica,



2011.DO: Los bene ficiarios titulares y grupo familiar de F.A.T.L.y F. que tendrán derecho a neclaman las prestacio nes médico-asistenciales indicadas en la cléusula anterior serán aquellos que presenten el carnet de identificación de la Obra Social a la gue pertenecen o documento autorisado que la suplemte munidos en los casos que correspondan de las órdenes y bonos de atención respectivos. MIRITRO: La SUBSTIRELA, remitirá, mensualmente, en forca Letallada. las prestaciones realizadas dundate el mes ante nior pon los Mospitales de Usunaia. y Río Grande, acompaña la de la documentación módica que avale las prácticas nea lizadas, al destino y domicilio que a continuación se in-. lica; Callao 1764, capital federal. QUARTO; los honortrios a percibir, serán ajustados a los determinados en el Nomenclador nacional de honorarios médicas y gastos sanatoriales. -Ley 18912-Los pagos de las facturas se efectuarán dentro de los sesenta días de la fecha de recepción en P.A.T.L.y.P. mediante giro o che que a la orden de la Subsecretaria de Salud. Pública del Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, 1 Antártida e Islas del Atlántico Sur, con las modificaciones que inlique la Subsecretaria. MINIC: F.A.I.L.y F. podrá verificar la atención de sus / beneficiarios requiriendo copia de la Historia Clínica y demás documentación médica, por intermedio de los profe-

Es Copia

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral. Seg. y Control de Gestlór



sionalesque indique y al solo efecto informativo.
SITTO: El presente CONVENTO tendrá vigencia a partir del
día primero del mes de erero del año mil novecientos se-
torta y cuatro por un plazo de un año que se renovará-au-
tomáticamente_y_sucesivamente_por_igual_período
Sin n cesidad de invocar causa alguna, -cualquie ra-de las-
partes podrá dejar sin efecto este-convenio, previo aviso
fencciente, comunicado con sesenta (60) días de antelación
corro minimo.
SE TITO: Cuando el estado del afiliado aconseje la evacua
ción a un Centro especializado para su atención, la SUBST
CRIVARIA podré efectuar su derivación exclusiva de F. 4 T.
L. y 7.
OC'AVO: Para constancta de To astuado y en prueba de con-
Freidad so Firman quatro (4) ejemplanos de un mismo tenor
y a un solo efecto en el lugar y secha arriba indicado.
The second secon
The state of the s
firma vaclaración DirABEL EDUATRO JOSTORELLI
Subsecretaria de Salud Pública - Cucretaria de Salud Pública - Cuc

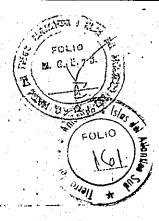
Es Copia

firma y aclaración

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión
M.S.

aclaración

firma



CONVENIO

Entre el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antartida e Islas del Atlántico Sur, con domicilio legal en Av.San Martin 450-1º piso, Teléfono nº 21-145, de la ciudad de Ushuaia, representado en este acto por el Señor Ministro de Gobierno Adrian DE ANTUENO "ad referendum" del Señor Gobernador, en adelante "EL TERRITORIO", inscripto en el Registro de Prestadores anté el Instituto de Obras Sociales bajo los Nros.121-2156 (Hospital Regional Rio Grande) y 121-2168 (Hospital Regional Ushuaia), por una parte y por otra la Superintendencia de Bienestar de la Policia Federal Argentina, inscripto en el Registro Nacional de Obras Sociales bajo el nº.....

, con domicilio legal en Mons.Fagnano 362, Teléfono nº 21-129, de la ciudad de Ushuaia, representado en este acto por el Jefe Delegación Rio Gallegos, Comisario Rolando Dalmacio FLOR, en adelante la "OBRA SOCIAL", acuerdan celebrar el presente "Convenio de Prestación de Servicios Médicos, Odontológicos e Internación según "ANEXOS I y II", incluídos en el Nomenclador Nacional de Honorarios Médicos y Gastos Sanatoriales, el

que se regirá por las siguientes "Cláusulas".----

PRIMERA: "EL TERRITORIO" brindará a los afiliados de la "OBRA SOCIAL"

y a su grupo familiar los servicios "Médicos Asistenciales" por intermedio
de los hospitales del Territorio (Regional Ushuaia y Regional Rio Grande),

Ale acuerdo a las limitaciones y modalidades de los mismos, presentando

para ello la órden de atención de consulta y la credencial correspondiente

SEGUNDA: En caso de asistencia de enfermedades que requieran especialidades que no estén contempladas en el ANEXO I y que dieran lugar a la

Dr. Adr. & DE GOBREANO

es copia

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral. Seg. y Control de Gestlon





la derivación del paciente a Centros de Mayor Complejidad, los gastos de traslado y posterior asistencia en los referidos centros serán por exclusiva cuenta de la OBRA SOCIAL. TERCERA: Quedan excluidos del servicio que prestan los hospitales, medicamentos y otros elementos que no estén taxativamente incluïdos en el Nomenclador, Nacional. CUARTA: "EL TERRITORIO", asume las responsabilidades asistenciales de los pacientes amparados por este "Convenio", lo mismo asume la totalidad. de las responsabilidades sociales que se generen o tengan relación con la asistencia médica a sus beneficiarios.----QUINTA: La OBRA SOCIAL se hace cargo del material descartable suministrado por los hospitales y utilizados en las intervenciones quirúrgicas y así también se hará cargo del cien por ciento (100%) del costo de los medicamentos y materiales descartables utilizados en la atención de beneficiarios internados. _-SEXTA: A los fines de un mejor cumplimiento y calidad de las prestaciones, se constituirá una Comisión de Auditoria Compartida, integrada por representantes de "EL TERRITORIO" y la OBRA SOCIAL, quienes entenderan en todas las cuestiones relativas a los servicios prestados como consecuencia del presente "Convenio". Serán funciones de la misma intervenir en la solución de diferendos y vigilar la correcta aplicación de las Normas de Trabajo y Aranceles, durante el período de vigencia del presente "Convenio".-----SEFTIMA: Las prácticas derivadas de una internación serán reconocidas a través de la Historia Clínica del hospital correspondiente, documentación que acompañará a todo paciente derivado .-----

Adrien G. de Aniveno

OLGA TERESITA PAREDES

OCTAVA: Los servicios brindados por, "EL TERRITORIO", a través de sus hospitales a los beneficiarios de la OBRA SOCIALI; en las condiciones previstas en este "Convenio", serán abonadas por "Prestaciones", de acuerdo a los valores fijados en Nomenclador Nacional de Honorarios Médicos y Gastos Sanatoriales vigentes a la fecha de la prestación, más el cincuenta por ciento (50%) por Zona Desfavorable, de acuerdo a lo resuelto por el Ministerio de Salud y Acción Social quedando, por lo tanto fijado en este "Convenio" el servicio por "Prestación".

NOVENA: "EL TERRITORIO" presentará a la OBRA SOCIAL, entre el 1º y el 15º día de cada mes, las facturas de las prestaciones brindadas durante el mes anterior inmediato, debiendo ser abonadas a los treinta (30) días de la fecha de su remisión, mediante giro y/o cheque bancario sobre el Banco de la Nación Argentina, Sucursal Ushuaia. Los pagos que la OBRA SOCIAL electúe con posterioridad al plazo establecido, serán actualizados de acuerdo a la tasa de interés sobre Documentos Descontados comerciales que fija el

Banco de la Nación Argentina, al día que efectivamente se abone. La falta

de pago de dos mensualidades consecutivas por parte de la OBRA SOCIAL,

dará derecho a "EL TERRITORIO", a suspender las "Prestaciones" a su

cargo y convenidas en el presente.-----

Dr. Adrién G. de Anvieno

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral, Seg. y Control de Gestion
M.S.



FOLIO PARAMENTAL PROPERTY OF THE PROPERTY OF T

un (1) año, pudiendo ser renovado automáticamente si ninguna de las partes lo denuncia, debiendo comunicar tal decisión por medio fehaciente con treinta (30) dias de anticipación; el ejercicio de esta facultad no dará lugar a indemnización alguna y durante el lapso de preaviso continúan vigentes las obligaciones de las partes. DECIMA SEGUNDA: Para toda controversia que se origine en el cumplimiento del presente "Convenio" y deba ser dilucidado ante Tribunales de Justicia, ras partes se someten a la Jurisdicción del Juzgado Federal; con asiento en el Territorio, renunciando cualquier otro Fuero y/o Jurisdicción, fijando sus domicilios en los indicados en el encabezamiento del presente "Convenio"-y en los cuales se tendrán como válidas todas las comunicaciones que se Con la conformidad de las partes se firman dos (2) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, al igual que los "ANEXOS I y II", que forman parte de este "Convenio", en la ciudad de Ushuaia, Capital del Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas-del Atlántico Sur, -- a del año Mil Novecientos Ochendias del mes de

Dr. Adrián G. de Anideno

OLGA TERESITA PAREDES
*Dir, Gral, Seg. y Control de Gestión

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islav del Atlántico Sur República Argentina Poder Ejecutivo

O. P. S. A (Somidail)

USHUATA.

18 ABR, 1997

VISTO el Expediente Nº 897/97 del registro de esta Gobernación, mediante el cual tramita la ratificación del Convenio suscripto entre la Provincia de Tierra del Fuego. Antártida e Islas del Atlántico Sur y la Obra Social del Personal Sanidad Argentina Filial Río Grande;

CONSIDERANDO:

Que el mencionado Contrato se suscribió con fecha Ø1 abril de 1997 y se encuentra registrado bajo el Nº 2767.

Que en virtud de lo expuesto corresponde proceder ratificación del referido convenio.

Que el suscripto esta facultado para dictar presente administrativo de acuerdo a lo dispuesto en articulo 1359 de la Constitución Provincial.

For ello:

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO, ANTARTIDA E ISLAS DEL ATLANTICO SUR DECRETA:

ARTICULO 19.- Ratifiquese en todos sus términos el Convenio suscripto entre la Provincia de Tjerra del Fuego, Antártida Islas del Atlántico Sur y la Obra Social del Personal de Sanidad Argentina Filial Río Grande, con fecha Ø1 de Abril 1997, registrado bajo el Nº 2767 <u>esya cs</u>pia autenticada parte integrante del presente. ARTICULO 29. - Comuniquese, désé al Boletin Oficial de la Provincia y archivese.

DECRETO

G. T. F.

ESHEN ONVALDO BAYAHL MIN HIZO DH EALDD PICTON SCCIVE

197

JOSE ARTURO ESTABILLO GOBERNADOR

Es Copia

OLGA TERESITA PAREDES Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión M.S.

Es Copia

JUAN CARLOS GARRIBO

Tecnico y de De Carlo

CONVENIO

CONVENIO REGISTRADO BAJO EL Nº

2767

USHUAIA, = 7 ABR. 1997



Entre la Provincia de Tierra del Fuego Antártida e Islas del Atlántico Sur, representada en este acto por el Señor Ministro de Salud y Acción Social, Doctor Rubén Osvaldo RAFAEL, Ad-Referendum del Señor Gobernador, con domicilio en calle San Martín No 450 de la ciudad de Ushuaia, en adelante EL PRESTA-DOR, y por la otra LA OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD. ARGENTINA HILIAL RIO GRANDE representada en este acto por el Señor Raúl Oscar RUIZ, DNI No 14.328.636, en su carácter de ADMINISTRADOR, con domicilio legal en la calle Bilbao No 308 de la ciudad de Rio Grande, en adelante LA OBRA SOCIAL, se conviene formalizar el presente convenio de prestaciones médicas, el que se regirá por las siguientes claúsulas:---

SEGUNDA: Las prestaciones brindadas por EL PRESTADOR serán facturadas de acuerdo con los aranceles, tarifas y derechos que surjan del ANEXO I, que acompaña al presente CONVENIO. - -

TERCERA: Las Internaciones se harán efectivas para todas las especialidades (excepto UTI, UTIP), en habitaciones de dos (2), camas con baño privado. En caso de requerirse internación en habitación individual, por indicación médica, ni LA OBRA "SOCIAL, ni el paciente abonaran suma alguna por encima de los valores pautados Lesento a medicarimiento de LA OBRA. SOCIAL. del paciente vo familiar, el que lo requiriera se hará cargo de la diferencia.

CUARTA: EL PRESTADOR presta su conformidad para cuando LA OBRA SOCIAL lo disponga sea visitado por médicos auditores, asistentes sociales y/o auditores administrativos, que cumplirán control de asistencia e internación a cuyo fin les facilitarán los antecedentes necesarios para el cumplimiento de sus tareas específicas.

SEPTIMA: Las observaciones a la Racturación deberán ser presentadas a LAxOBRA SOCIAL dentnoude los cinco (5) dras habilles contados a partin de su recepción Dentro de los siguientes cinco (5) días hábiles, EL PRESTADOR, subsanará las observaciones que estime pertinentes, remitiendo la documentación del caso a LA OBRA SOCIAL. Subsistiendo parcial y/o totalmente dichas observaciones, LA OBRA SOCIAL confeccionará una Nota de Débito la que será presentada al efectivizarse el pago indicado en la claúsula anterior.

NOVENA: La falta de pago de dos (2) mensualidades por parte de LA OBRA SOCIAL dará derecho a EL PRESTADOR a suspender las Prestaciones a su cargo convenidas en el presente, sin nece-

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión
M.S.

S. C. D.

TONIA HALL EPEL CHALLES

TUÁN CARLOS CAMPATES

Director Técnics de Deposée

sidad de Notificación e inicíar las acciones legales que estime oportunas, sin perjuicio de lo establecido en la claúsula DECIMA. ---------- The solution of the solution o

DECIMA: El presente convenio podrá ser rescindido por cualquiera de las partes sin necesidad de expresión de causa, debiendo mediar notificación por medio fehaciente por lo menos con treinta días de anticipación.

DECIMOPRIMERA En caso de producirse la rescision del convenio por efecto de lo establecido en la claúsula anterior, EL PRESTADOR se compromete a continuar atendiendo a los pacientes internados dentro de las especificaciones del presente, hasta su alta.y/o traslado por cuenta de LA OBRA SOCIAL, y ésta se compromete a cancelar la TOTALIDAD DE LAS SUMAS ADEUDADAS A EL PRESTADOR.

DECIMOTERCERA: Para toda controversia que se origine en el cumplimiento del Presente Convenio, las partes se someten a la Jurisdicción del Juzgado Provincial con sede en la ciudad de Ushuaia, renunciando a cualquier otro fuero y/o Jurisdicción, fijando sus domicilios en los indicados en el encabezamiento del presente convenio, en los cuales se tendrán como válidas todas las comunicaciones que se cursen con relación al presente.

(and the second

ES COPIE

COUNTEND REGISTRANDO
PAJO EL Nº

2767

ushuaia, - 7 ABR. 1997

JUAN CARLOS GARRIDO

Director

HS COPIA FIEL DEL ORIGINAL

JUANCARLOS CAREUDO Discotos Tharico y de Despectos OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión
M.S.

ANEXO I

VALORES DE UNIDADES:

CONSTRUCTION CONSTRUCTION CONTRACTOR OF STRUCTURE OF STRU

2767

		-
JUAN-0	ARLOS GARRIDO	-
-	Director	

VALORES DE	UNIDADES:	Tecklod X de Dece-
SIGLA	DESCRIPCION	190//37/77
GAL	UNIDAD GALENO	
GAG	UNIDAD GALENO QUIRURGICO	\$ 0,73
SGQ	UNIDAD SANATORIAL GTO. QUIR.	\$ 0,73
GAP	UNIDAD GALENO PRACTICA	\$ 0,49
	UNIDAD GALENO RADIOLOGICO	\$ 0,24
GAR	UNIDAD GASTO RADIOLOGICO	\$ 0,49
GRA	UNIDAD HONORARIO BIOQUIMICO	\$ 0,24
HBI	UNIDAD GASTO BIOQUIMICO	\$ 1,26
҈ GBI	UNIDAD HONORARIO ODONTOLOGICO	\$ 0,31
HOD	TO STROT OCT CO	\$ 0,42
GOD	TOUR DOOMESTS	\$
GOP .	UNIDAD GASTO ODONT. PROTESIS	\$
SGC	UNIDAD SANATORIAL GTO. CLINICO	\$ 0,22
OGA	UNIDAD OTROS GASTOS	
SPE	UNIDAD SANATORIAL PENSION	
GLO	UNIDAD GLOBALIZADA	\$
PES	IMPORTE FIJADO EN PESOS CONSULTA MEDICA	\$,8,00
GAT	UNIDAD HONORARIOS U.T.I.	\$ 0,77
	UNIDAD GALENO ANESTESICO	\$

HIS COPY FILL DEL OBJETUAL

JUAN CARLOS GARRIDO Director Técnido y de Despectro

OLGA TERESITA PAREDES Dir, Gral, Seg. y Control de Gestión M.S.

UNIDAD GALENO ANESTESICO GAA

Entre el TERRITORIO NACIONAL DE LA TIERRA DEL FUEGO, ANTARTIDA E ISLAS -DEL ATLANTICO SUR, con domicilio legal en Avda San Martín nº 450 de la ciudad de USHUAIA, representado en este acto por el señor Ministro de Gobierno, doctor don Jorge Carlos ROSSA, en adelante EL TERRITORIO, por una parte, y por la otra LA Obra Social de Conductores Camioneros y Per sonal del Transporte Automotor de Cargas inscripto en el Regis con domicilio legal en // tro Nacional de Obras Sociales bajo el no.... Caseros. 921/23. Cap. Fed. de la ciudad de USHUAIA, representado en este acto porel Sec. Gral. declegobas Tacebba. Social. Dog. Oscar. R. Tieri en adelante "LA PRESTATARIA", ad-referendum del señor Gobernador y de la aprobación por parte del INSTITUTO NACIONAL DE OBRAS SOCIALES, conforme a lo establecido en el artículo 2º de la resolución INOS 613/80, acuerdan celebrar el siguiente CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS INTEGRA LES E INTERNACION, el que se regirá por las cláusulas que se determinan a continuación.---PRIMERA"EL TERRITORIO" se compromete a brindar a los afiliados de la /// "PRESTATARIA" y a sus familiares que se encuentren en condiciones reglamentarias de participar de tales beneficios, los servicios médico-asisten ciales integrales (ambulatorios e internación) por intermedio de los hospitulon del territorio (USHUAIA y RIO GRANDE), de acuerdo a las limitacio nes y modalidades de los mismos .----SEGUNDA El servicio: se prestará previa presentación de la CREDENCIAL // que lo acredite como beneficitario de "LA PRESTATARIA" y previo cumplimiento de las normar operativas de los hospitales y "LA PRESTATARIA" 1-+as prestaciones médico asistenciales que se contratan serán las Personeria Social 1-0320 Dr. JORGE CARLOS ROSSA GA TERESITA PAREDES



que-ros-nospitales-orindan-actualmente.de-acuerdo-al-anexo.Lo-que-presta-
rán en el futuro.
CUARTA En caso de asistencia de enfermedadesque requieran de especialida-
des que no esteén comtempladas en el anexo I y que dieran lugar a la deri
vación del paciente a CENTROS MEDICOS DE MAYOR COMPLEJIDAD, todos los gas-
tos de traslado y posterior asistencia en dicho Centro serán por cuenta
de "LA PRESTATARIA".
QUINTA Los intermaciones se efectuarán en habitaciones de dos (2) camas./
con baño privado, quedando a exclusivo cargo del afiliado el pugo por o
tras comodidades adicionales de internación, salvo expreso reconocimiento
del mismo por parte de "LA PRESTATARIA]!.
SEXTA Las prestaciones contratadas se brindarán dentro de los límites y
de las posibilidades que disponga "EL TERRITORIO" en el momento de reque
rirse las mismas. Cuando el Hospital no dispusiera de los recursos nece-
sarios para cumplimentar la prestación en el momento que sea requerida, /
solicitará las instrucciones pertinontes a "LA PRESTATARIA" a efectos que
se realice la derivación correspondiente.
SEPTIMA Las prestaciones efectuadas se registrarán en la Historia Clínica
que a les efectos de la facturación a "LA PRESTATARIA", se considerará//
de fehacionte veracidad.
OCTAVA Quedan expresamente excluídos del servicio que prestan los Hospita
les; medicamentos y otro elementos que no estén tácitamente incluídos en
el Nomenclador Nacional
NOVENA - "EL TERRITORIO" : asume las responsabilidades asistenciales de los .
pacientes amparados por este CONVENIO, Los afiliados de "LA PRESTATARIA"
Parropeda Codal 1 0200 C
Personeria Social 1-0320 Personeria Personeria Social 1-0320 Personeria Persone
GA TERESTA PAREDES Oral, Seg. y Control de Gestion M.S. Dr. JORGE CARLOS ROSSA
Milliotto Like Committee



se comprometen a respetar: los Reglamentos y Normas que rigen en los Esta PRESTATARIA" asume la totalidad de las responsabilida sociales qeu se generen o tengan relación con la atención médica a los beneficiuarios, como también asegurar el retiro del paciente interna do dentro de las cuarenta y ocho horas (48) de efectuada la comunicación/ pertienente, cuando se determino su alta médica o por incumplimiento de los reglamentos y normas del Entablecimiento.--DECIMA Por la prestación de los servicios"LA PRESTATARIA", abunará los aranceles establecidos en el NOMENCLADOR NACIONAL DE PRESTACIONES NEDICAS SANATORIALES Y BIOQUIMICAS mán el 50% cincuenta por viento, por zona desfavorablo. TERRITORIO" presentara a "LA PRESTATARIA" del uno al quince de cada mes (del 1 al 15), las facturas por triplicado de las pres taciones efectuadas durante el mes anterior, debiendo ser abonadas las mis mas a los quince (15), días de su presentación, mediante giro bancario, // BANCO DE LA NACION_ARGENTINA SUCURSAL USHUAIA. Los pagos que "LA PRESTATA RIA" efectúe con posterioridad al plazo establecido serán actualizados de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 21.391. Regimen de actualización de precios pactados en Contrataciones de Bienes y Servicios DECIMO SEGUNDA_En_caso do comprobarse_errores_en las facturaciones_"LA.//_ PRESTATARIA", debitará lo abonado en más a "EL TERRITORIO" de las futuras facturaciones, aplicando sobre los débitos el mismo criterio establecido en-el-último_párrafo_de_la_cláusula_anterior. DECIMO_TERCERA .. "EL_TERRITORIO" se reserva el derecho de no aceptar la internación de los afiliados de "LA PRESTATARIA", con diagnóstico o porta TOHEROS Y PEKSONAL OF

Personeria Social 1-0320 Res. INOS 683/80 SCAP R. TIER

OLGA TERESITA PAREDES

Gral, Seg. y Control de Gestión

es copia fiel del original

Dr. JORGE CARLOS ROSSA



-dores de enfermedades, que por disposición del Minimsterio de salud y Ac ción Social o de la Secretaría de Salud pública; no pueden ser internados ni permanecer en establecientos generales. --"LA PRESTATARIA" se compromete a disponer el inmediato traslado de to do afiliado que estando internado se viera afectado por algunus de las en W fermedades comprendidas en el párrafo precede<u>nte.</u> Asimismo y si dentro de la comprendidas en el párrafo precede<u>nte.</u> las veinticuatro (24) horas de notificada MLA PRESTATARIAM, no dispone sus combinados tranlado, "EL TERRITORIO" dispondrá el mismo, facturando los guntos que / por tal motivo se originen. DECIMO CUARTA "LA PRESTATARIA" controlara en cada oportunidad en que así/ lo considere necesanio y mediante la intervención de Médicos Auditores, / Supervisores y/o Médicos, la prestación de servicios. DECIMO QUINTA A los fines del mejor cumplimiento y caliddad de las presta ciones, se constituira una COMISION DE AUDITORIA compartida, integrada // por representantes do "EL TERRITORIO" y de "LA PRESTATARIA", quienes en-/ tenderán en todas las cuestiones relativas a los servicios prostados co-. mo consecuencia del presente contrato, Serán funciones de las mismas intervenir en la solución de diferendos y vigilar la correcta aplicacion de las Normas de Trabajo y Aranceles :dnante_el período de vigencia del pre_/. DECIMO SEXTA El-presente-contrato-regira desde el 1.5-85 y-tendrá una duración de un-(1) año. de no mediar notaficación fehaciente en contrario por alguna de las partes ese considerará prorrogado: en 44. forma-automática-por-períodos-sucesivos-e-iguales-de-un-(1)-año.perjuicio de-lo pactado precedentemente, cualquiera-de-las-partes GECAR R. TIERI RECRETARIO GENER Personeria Social 1-0320 TERESITA PAREDES seg. y Control de Gestión

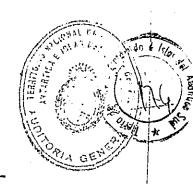
es copia fiel del omigana



	and the support of th			
Personetta Social Res. 1/105 En	1-0320	DECAR DE TIERI		 M
Towns is not			Dy JORGY CAI	RIOS POSSA
			SABITOR!	TO STATE OF THE ST
			Name of the state	TORIA OET

GA TERESITA PAREDES

A Seg. y Control de Gestión



CONVENIO DE PRESTACIONES MEDICAS

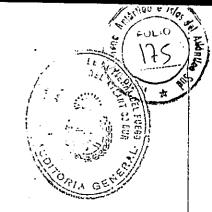
	En la ciudad de Ushuaia, a los días del mes de Abril
	del año.1984entre la SUBSECRETARIA DE SALUD
	PUBLICA DEL TERRITORIO NACIONAL DE LA TIERRA DEL FUEGO, AN-
	TARTIDA E ISLAS DEL ATLANTICO SUR, en adelante "EL PRESTADOR"
·	por una parte, representada en este acto por el señor Subse-
	cretario de Salud Pública Dr. ODSTAVO LEKANDER
	con domicilio legal en la calle San Hartín y Laserre de la /-
	ciudad de Ushuaia; y.por la otra parte. LA OBRA SOCIAL DE/
	CEHAMISTAS en adelante "LA PRES
	TATARIA" representada en este acto por el señor Antonio Abruzzese
	y Dr. Carlos Decuzzi, Delegado Normalizado y con domicilio legal en
	. Doblas 629, Capital Federal se formaliza el siguiente /
	convenio de acuerdo a las siguientes clausulas
	ARTICUIO lo _ "EL PRESTADOR" se obliga a atender por medio de
•	los Hospitales del Territorio (Ushuaia y Río Grande) a los Ti
:	tulares y Familiares a cargo de la Obra Social de Ceramistas
	•••••••••••••••••
•	ARTICUIO 20 Las Prestaciones médico-asistenciales que se /_
	contratan en este acto serán las que los Hospitales-tienen or
·	ganizadas actualmente, o que organicen en el futuro.
unity 7858 markaty 7858	ARTICUIO 3º - La asistencia de enfermedades que requieran-las
(1) AM15-13	
	en el PUNTO SEGUNDO y que dieran lugar a la derivación del pa
why !	ciente a Centros Médicos de mayor complejidad, todos los gas-
BE UCPAN	tos de traslado y posterior asistencia en dicho centro, serán
. C. 5. I-U4	

Dorto CARLOS DE UZO M. P. 23017 - 325 B MIGHOLAS FOR COPA COCKY, DE GEPAMISS P. P. L. N. O. S. 1-04 D

Dr. GUSTARA ES MAIO PUENA

Es Copia

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión
M.S.



por cuenta deLa QBBA SQCIAL	
ARTICULO 4° - Ia OBBA SOCIAL se obliga a	
abonar por los servicios prestados los Aranceles que establece para cada	1
caso el nomenciador naciqual de honorarios medicos y gastos sanatoriales	3
mas el 25% por zona inhóspita según el Decreto Nº 2137 del Poder Ejecuti	
vo Nacional, Quedando establecido el pago "Por Prestación"	
ARTICULO 5º - Quedan excluídos de este Convenio los medicamentos y prote	
sis,	
ARTICULO 6° - "EL PRESTADOR" facturará mensualmente, enviando la documen	ا '
tación entre el 1º y el 15 de cada mes a la Dirección de la 10360 506701	i
DE CERAMISTAS Doblas 620 C. Federal de	0
tura con giro bancario a nombre del Establecimiento Hospitalario que //	-
brindó_la_prestación, dentro de los treinta (30) días de recibida la //	-
factura.	
ARTICULO 7º - Para la atención de los beneficiarios será necesario la /	-
presentación de la credencial extendida por la DBRA SPCIAL	-0
00,0000	-
ARTICULO 8º - Este Convenio tendrá vigencia a partir del Primero de Abr	i]
de 1984y_su_duración será de un año, dejando-constancia que	-
su renovación será automática si no es denunciada por ninguna de las pa	<u>r</u>
tes con sesenta (60) días de anticipación.	
ARTICULO 9º - El Incumplimiento de cualquiera de las partes de los term	<u>i.</u>
nos del presente Convenio, dará lugar a las acciones Judiciales ante lo	·s
Tribunales competentes del Territorio Nacional de la Tierra del Fuego,	L
Antartida e Islas del Atlantico Sur. Para constancia del presente se fi	<u>r</u>
	İ

HAMIST 1 0410

Define CARLOS DE MZZI

P P 230-5 D 21279

MEDI-O 752-0R

DEFA 102 AL LE CERSMISTAB

D P L N. C S. 18410

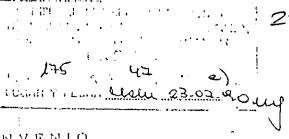
OLGA TERESITA PAREDES Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión M.S.

Dr. Gusters be Mud rubus



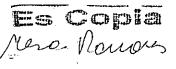
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			1
man dos (2) ejemplares de l	ın mismo tend	or y a un solo e	fecto en 1	Lugar y-
-e				
fecha indicado.		_		
		•		
ARTICULO 10° - Con el prese	ente se agres	za Anexo 1 con e	l detalle	de las
		-		
	_			- [
prestaciones de los_Hospita	ales	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
	A A THE RES TO THE PROPERTY.			
Month.		- Allen		
Dockor CARLOS DECUZZI				
м. р. 20816 - И. 35579		NTONIO ABRUZZESE		
BESTOR ASSESSED AND START OF THE START OF TH		PEAD I NORMALIZADOR		
(E) (RAMISTAS	OBRA	CSOCIAL THE CERAMICEAS	* Y • • •	• • •
	/	THISCHIPCION 1-0410		
•		1 N. O. S.		
	h 124 -			
Same a service of the contract		a management of the measure of the management of the measure of th		
Dr. GUSTAY		ER		Ì
Stiest Collection	animum anda 10°0			
ang and a property of the second of the seco				
			1.4	
e de la companya del companya del companya de la co	A CONTRACTOR OF STREET	ستاه و الدارات المستعود المسابقين وليديد	والمستعددة والمتعددون	
•				
ودواعيهم سوواور وواد والمتواصين والسارا أأوا أوالوا الماليا ليستوروا اليواليس	The action of the second particles and the particles of	A demandance content to the content of the content		
		copia		
		1		
فعلانها والمراج المراج بمراجع المستعد والتواكية				
		ing the second control of the second control		
-				
- Commence of the commence of				
The second of th		Rundo		
The second secon		Mero Non	Oles	
		CLO OU	OU)	
		OLGA TERESITA PAI Dir. Gral. Seg. y Control d	OU REDES Gestion	
		OLGA TERESITA PAI Dir. Gral. Seg. y Control d M.S.	OU REDES Gestion	
		y control d	Olc REDES Gestion	
		y control d	OL) REDES Gestion	
		y control d	OL REDES Gestion	
		y control d	OL REDES Gestion	
		y control d	OLC) REDES Gestion	
		y control d	OLC) REDES Gestion	
		y control d	OLC) REDES Gestión	
		y control d	OLC) REDES Gestión	
		y control d	OLC) REDES a Gestión	
		y control d	OLC) REDES e Gestion	
		y control d	OLC) REDES e Gestión	
		y control d	OLC) REDES e Gestion	
		y control d	OLC) REDES e Gestion	
		y control d	OLC) REDES a Gestion	
		y control d	OLC) REDES e Gestion	
		y control d	OLC) REDES Gestion	
		y control d	OLC) REDES Gestion	
		y control d	OLC) REDES Gestion	
		y control d	OLC) REDES Gestion	
		y control d	OLC) REDES Gestion	
		y control d	Olc REDES Gestion	
		y control d	Olc REDES Gestion	
		y control d	Olc REDES Gestion	
		y control d	OLC) REDES : Gestion	
		y control d	OLC) REDES : Gestion	





CONVENTO

-Entre el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, con domicilio legal en Avenica San Martin Nº / . 450, Teléfono Nº 21-145, de la ciudad de Ushuaia, representado en este acto por el Señor Ministro de Gobierno, Dr. Adrián de ANTUENO "Ad Referendum! del señor Gobernador, en adelante "EL TERRITORIO", a // través de sus prestadores el Hospital Regional Ushunin y el Hospital Reci gional Rio Grande; inscriptos en el registro de Prestadores ante el Instituto Nacional de Obras Sociales, bajo el número 121-2156, por una parte y por la otra la Obra Social ..da.la..Fuerza..Asraa..(O.S.F.A.)..... , con domicilio en la calle.San. José. 317C, FED clétono... 38-1606 Su Director General, en adelante // representado en este acto por la Obra Social acuerdan celebrar el presente convenio de "Prestaciones de Servicios Médicos, Odontológicos e Internación Anexo I y III, incluidos en el Nomenciador Nacional de Honorarios Médicos y Castos Sanatoriales, el que se regirá por las siguientes Cláusulas.- -PRIMERA: "EL TERRITORIO" a través de sus prestadores Hospitales /// Regionales de Ushuaia y Rio Grande, brindarán a los afiliados titulares de la Obra Social y a su grupo familiar domiciliados en el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, y que se /// encuentren registrados en el Padrón de beneficiarios Titulares y familiares a cargo, que se agrega como "Anexo III", los "Servicios Médicos Asistenciales", de acuerdo a las limitaciones y modalidades del prestador, presentando para ello la credencial correspondiente o recibo provisorio de afiliación que acredite su condición de beneficiario.-



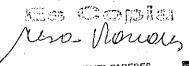
OLGA TERESITA PAREDES
ir. Gral. Seg. y Control de Gestión

111



TERCERA: Quedan excluidas del servicio que brindan los Hospitales Regiong'rs de Ushuaia y Rio Grande como prestadores de "EL TERRITORIO", !! las Prestaciones de Alta Complejidad, cirugia plástica no reparadora, dietología estética, lesiones producidas por acciones de trabajo, enfermedades profesionales, enfermedades infecto-contagiosas en periodo de contagio, // cuya denuncia ante las autoridades públicas es obligatoria para el profesional conforme la legislación vigeonte. Quedan excluidos también tratamientos de toxicomanias, provisión de marcapasos, provisión de prótesis y ortesis, medicamentos, procesos de evolución crónica cualesquiera fuera su // etiologia y patogenia no reversible con tratamientos médicos y/o quirúrgicos, salvo los episocios de reagudización y/o complicaciones de la misma y toda otra enfermedad aguda que apareciera en el curso de dichos procesos CUARTA: "EL TERRITORIO" a través de sus prestadores los Hospitales / Regionales de Ushuaia y Rio Grande, asumen las responsabilidades asistenciales de los pacientes amparados por éste convenio; la Obra Social, lo // mismo asume la totalidad de las responsabilidades sociales que generen o tengan relación con la asistencia a sus peneficiarios.- -QUINTA: Una vez confirmado el diagnóstico en los casos de procesos de / cvolución crónica, cualesquiera fuera su etiología y/o patogenia, no rever-

///---



OLGA TERESITA PAREDES Dir, Gral. Seg. y Control de Gestion M.S.



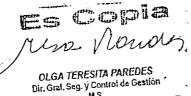


sible ni mejorable con tratamientos médicos o quirúrgicos; "LA OBRA /// SOCIAL" una yez conformada el "alta" a través de su Delegado, se compromete a evacuar al paciente a camas de 3cr. nivel para lo cual dispondrá de un plazo máximo de siete (7) días da partir de la fecha de "alta". La falta de cumplimiento de esta cláusula por parte de "LA OBRA SO-CIAL" y Vencido el plazo acordado, será motivo suficiente para que "EL / TERRITORIO" a través de sus prestadores, Hospitales Regionales Ushunia y Rio Grande, aplique sanciones punitorias, consistente en cien (100) unidades sanatoriales pensión - por día, acorde a los valores fijados por el / Nomenclador Nacional para la Tierra del Fuego. De igual manera para los pacientes que hayan completado los procedimientos de diagnóstico y/o /// terapeúticos necesarios, y una vez otorgada el "alta" correspondienta y si producirse el egreso del paciente por causas ajenas al prestador, corresponderá la aplicación de los punitorios establecidos en la presente cláusu-SENTA: A los fines de un mejor cumplimiento y calidad de las prestucio nes, se constituirá una "Comisión de auditoria compartida" integrada por

representantes de "EL TERRITORIO" y de "LA OERA SOCIAL" quienes entenderán en todas las cuestiones relativas a los servicios prestados con consecuencia del presente convenio; serán funciones de la misma, interve nir en la solución de diferendos y vigilar la correcta aplicación de las // normas de trabajo y aranceles durante el periodo de vigencia del mismo.

SEPTIMA: Los servicios brindados por "EL TERRITORIO" a través de su prestador los Hospitales Regionales de Ushuaia y Rio Grande a los bene ficiarios de "LA OBRA SOCIAL" en las condiciones previstas en este co

///-







cnio, serén abonadas por "LA OBRA SOCIAL" de acuerdo a una cápita / mensual equivalente a veinte (20) galenos médicos por cada beneficiario titular y grupo familiar a cargo, vigente a la fecha de la prestación, acorde a los valores fijados por el Nomenclador Nacional para la Tierra del Fuego, quedando por lo tanto fijado en este convenio el servicio "por capitación". A los efectos de su liquidación "LA OBRA SOCIAL" deberá enviar en forum trimestral el padrón actualizado con altas y bajas para un mejor control.-OCTAVA: Los pagos deberán hacerse efectivo entre el 7 y 10 de cada mes, mediante cheque bancario o giro sobre el Banco del Territorio Nacional // de la Tierra del Fuego, Atártida e Islas del Atlántico Sur, y se enviarán a la órden de la Subsecretaria de Salud Pública. Los pagos que "LA OBRA / SOCIAL" efectue con posterioridad al plazo establecido, serán actualizados de acuerdo a lo dispuesto por la Ley Nº 21391 - "Régimen de actualización de precios pactados en contrataciones y bienes de servicio". La falta co pago de dos (2) mensualidades consecutivas por parte de "LA OBRA // 30CIAL" datá derecho a "EL TERRITORIO" a suspender las prestaciones la su carge convenicasen el presente y, a iniciar las acciones judiciales // correspondientes.-ROVENA: El presente convenio rige a partir de la fecha de su aprobación parte del señor Gobernador del Territorio por el término de dos (2) / años, finalizando el DECIMA: Para toda controversia que se origine en el cumplimiento del /// presente convenio y deba ser dilucidado ante tribunales de justicia, las // partes se someten a la jurisdicción del Juzgado Federal con asiento en el Territorio, renunciando a cualquier otro fuero y/o jurisdicción, fijando sus comicilios en los indicados en el encabezamineto del presente convenio y ///--

Meno. Namous:

OLGA TERESITA PAREDES

Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión

M.S.



en los cuales se tendrán como válidas todas las comunicaciones que se ///

Con la conformidad de las partes, se firman dos (2) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, al igual que los "Anexos I, II y III", que forman parte integrante de este convenio, en la Ciudad de Ushuaia, Capital del Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Atártica e Islas del Atlándel año mil noveitico Sur, a los dias del mes de 23 İ · Julio ciento

Brigadiac (R) JULIO LEDAN BARTUCCIONE Oliecter General de Obra Seclal

so Pouves

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión
M.S.

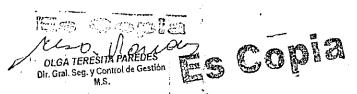
del Atianti Entre el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas co Sur; con domicilio legal en Avenida San Martín № 450, telefono 91-145; de la / ciudad de Ushuaía, representado en este acto por el Señor Ministro de Gobierno/// INGº IGNACIO NOEL "ad referendum" del Señor Góbernador, en adelante "EL TERRITO--RIO", inscripto en el Registro de Prestadores ante el Instituto Nacional de Obras Sociales bajo los números 121-2156 (Hospital Río Grande) y 121-2168 (Hospital Regional Ushuaia) por una parte, y por la otra L'AMDIRECCION GENERAL DE OBRA SOCIAL : DE TYAMFUPRZAMAERFA Inscripto en el Registro Nacional de Obras Sociales bao el № ---con domicilio legal en San José № 317 Capital Federal, teléfono 38-1606, representado en este acto por su Director General Brigadier (R) D. JULIO CESAR SAN-TUCCIONE y por el Jefe del Departamento Sanidad Asistencial Com. D. NESTOR G. RO-DRIGUEZ CORREA en adelante OSFA, acuerdan celebrar el presente convenio de "Prest ción de Servicios Médicos, Odontológicos e Internación" según "Anexo I y II", incluídos en el Nomenclador Nacional de Honorarios Médicos y Gastos Sanatoriales, e que se regirá por las siguientes "cláusulas".-----PRIMERA: "El Territorio" brindará a los afiliados de OSFA y a su grupo familiar los servicios "Médico-Asistenciales" por intermedio de los Hospitales del Territ rio (Ushuaia y Río Grande), de acuerdo a las limitaciones y modalidades de los m mos, presentando para ello la órden de atención de OSFA y la credencial correspo diente que acredite su condición de beneficiario.-------SEGUNDA: En caso de asistencia de enfermedades que requieren especialidades que estén contempladas en el "Anexo I" y que dieran lugar a la derivación de pacient a Centros de Mayor Complejidad, los gastos de traslado y posterior asistencia e dicho centro serán por exlusiva cuenta de OSFA.-----TERCERA: Quedan excluídos del servicio que prestan los hospitales, medicamentos otros elementos que no estén taxativamente incluídos en el Nomenclador Nacional CUARTA: "EL TERRITORIO" asume las responsabilidades asistenciales los pacientes parados por este convenio; OSFA lo mismo asume la totalidad de las responsabili des sociales que se generen o tengan relación con la asistencia médica a sus be QUINTA: OSFA se hace cargo del material descartable suministrado por los Hospi les y utilizado en las intervenciones quirúrgicas, y así también se hará cargo 100% del costo de los medicamentos y materiales descartables utilizados en la

34

ción de beneficiarios internados.

SEXTA: A los fines de un mejor cumplimiento y calidad de prestaciones, se cons
tuirá una comisión de Auditoría compartida, integrada por representantes de "EL
RRITORIO" y de OSFA, quienes entenderán en todas las cuestiones relativas a lo
servicios prestados como consecuencia del presente contrato. Serán funciones
la misma intervenir en la solución de diferendos y vigilar la correcta aplicad
de las Normas de Trabajo y Aranceles durante el período de vigencia del prese
contrato.

OCTAVA: La Obra Social se obliga a abonar un pago mensual por titular, inclusu grupo familiar a cargo consistente en el 6% del Sueldo Mínimo Vital Móvil blecido por Decreto Nacional, cuyo importe se incrementará de acuerdo a los atos que se produzcan a Nivel Nacional.



NOVENA: "EL TERRITORIO" presentará a OSFA entre el 1º y el 15 de cada mes, las facturas de las prestaciones brindadas durante el mes anterior, debiendo ser abon<u>a</u> das las mismas a los treinta (30) días de la fecha de remisión, mediante cheque o giro bancario sobre Banco de la Nación Argentina, Sucursal Ushuaia. Los pagos que OSFA efectúe con posterioridad al plazo establecido, serán actualizados de acuerdo a lo dispuesto por Ley 21.391, "Régimen de actualización de precios pactados por / Contrataciones de Bienes y Servicios". La falta de pago de dos mensualidades consecutivas por parte de OSFA dará derecho al EL TERRITORIO" a suspender las presta ciones a su cargo convenidas en el presente.-----Los pagos se enviarán al Hospital correspondiente: Hospital Regional Ushuaia, Maipú y 12 de Octubre, Ushuaia, Tierra del Fuego. Hospital Regional Río Grande, Belgrano y Ameghino, Río Grande, Tierra del Fuego.-----DECIMA: El presente convenio rige a partir de la fecha de su aprovación por parte del señor Gobernador del Territorio, por el término de un (1) año pudiendo ser renovado automáticamente sir ninguna de las partes lo denuncia, debiendo comunicar / tal decisión por medio fehaciente con treinta (30) días de anticipación, el ejerci cio de esta facultad no dará lugar a indemnización alguna, durante el lapso de pre aviso continuan vigentes las obligaciones de las partes.-----DECIMA PRIMERA: Para toda controversia que se origine en el cumplimiento del pre-sente convenio, y que deba ser dilucidado ente Tribunales de Justicia, las partes se someten a la Jurisdicción del Juzgado Federal con asiento en el Territorio, renunciando a cualquier otro fuero y/o Jurisdicción, fijando sus domicilios en los / indicados en el encabezamiento del presente convenio, y en los cuales se tendrán / como válidas todas las comunicaciones que se cursen.----Con la conformidad de las partes, se firman dos (2) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, al igual que los "Anexos I y II" que forman parte de este conve nio, en la ciudad de Ushuaia, Capital del Territorio Nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, a los.....días del mes de.....del año....

Compliant MISTOR GLEAPDO PODENGUEZ COUNTA A PEFE DEPARTAMENTO ASISTENDIA SANTANA

THE A STATE OF THE

15/02/52

Brigadier (N) JULIO CESAR SANTUCCIONE Director General de Obra Social

Ano Moudes

OLGA TERESITA PAREDES Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión M.S.

es Copia



Gobernación del Cerritorio Nacional de la Cierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur

USHUAIA,

VISTO el Convenio celebrado entre el Ministro de Gobierno y la Obra/Social de la Fuerza Aérea, con fecha 23 de Julio de 1.990, y;

CONSIDERANDO:

Que el mismo formaliza las prestaciones que brindan los Hospitales del Territorio a los beneficiarios, hasta que alguna de las partes denuncien el convenio;

Por ello:

EL GOBERNADOR DEL TERRITORIO NACIONAL
DE LA TIERRA DEL FUEGO, ANTARTIDA
E ISLAS DEL ATLANTICO SUR

DAECRETA: ..

ARTICULO 1º.- RATIFICASE el CONVENIO celebrado entre el Ministro de Gobierno y la Obra Social de la Fuerza Aérea, con fecha 23 de Julio de 1.990.-ARTICULO 2º.- Comuniquese, dése al Boletín Oficial del Territorio y archivese.-

DECRETO Nº

/90.-

Es Copia

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral, Seg. y Control de Geatlón
M.S.

es Copia



CONVENIO

Entre el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas idel Atlantico Sur con domicilio <u>legal en Avenida San Martín Nº 450, te</u> léfono 91-145 de la Ciudad de Ushuaia, representado en este acto por / el Señor Ministro de Gobierno INGº Ignacio Noel "ad referendum" del <u>Se</u> 'ñor Gobernador en adelante "EL TERRITOTIO" inscripto en el Registro de Prestadores ante el Instituto Nacional de Obras Sociales Bajo los Nros .121-2156 (Hospital Rio Grande) y 21-2168 (Hospital Regional Ushuaia)// por una parte, y por otra OCNA SOCIAL PERSONAL IND. VISTIBO // inscripto en el Registro Nacional de Obras Sociales bajo el №1/2.200 con domicilio legal en Tucumán 731.2P of.13 (CP 1049 Cap. Fed.) telefomo3939195 representado en este acto por Enrique R. Micó /// en adelante C.S.P.T.V. , acuerdan celebrar el presen te convenio de "Prestación de Sevicios Médicos, Odontológicos e Inter-;nación según "Anexos I y II", incluidos en el Nomenclador Nacional de/ Honorarios Médicos y Gastos Sanatoriales, el que se regirá por las siguientes "Cláusulas".----.PRIMERA: "El Territorio" brindará a los afiliados de G.S.P.I.V. y a su grupo familiar los servicios "Médico-Asistenciales" por intermedio/ de los Hospitales del Territorio (Ushuaia y Rio Grande), de acuerdo a/ las limitaciones y modalidades_de_los mismos,_presentando para ello la órden de atención de O.S.P.I.V. y la credencial correspondiente /. que acredite su condición de beneficiario.----. SEGUNDA: En caso de asistencia de enfermedades que requieran especiali

dades que no estén contempladas en el "Anexo I", y que dieran lugar a/



la derivación de pacientes a Centros de Mayor Complejidad, los gastos/:
de traslado y posterior asistencia en dicho centro serán por exclusiva
cuenta de O.S.P.I.V.
TERCERA: Quedan excluidos del servicio que prestan los Hospitales, me-
dicamentos, y otros elementos que no estén taxativamente incluidos en/
el_Nomenclador Nacional :
CUARTA: "El Territorio" asume las responsabilidades asistenciales de /
los pacientes amparados por este convenio; O.S.P.I.V. lo mis-
mo asume la totalidad de las responsabilidades sociales que se gene-/:
ren o tengan relación con la asistencia médica a sus beneficiarios.
QUINTA: O.S.P.I.V se hace cargo del material descartable su-
Iministrado por los Hospitales y utilizando en las intervenciones qui-/
rurgicas, y ası también se hará cargo del 100% del costo de los medi-
camentos y materiales descartables utilizados en la atención de benefi
ıciarios internados
'SEXTA: 'A los fines de un mejor cumplimiento y calidad de las presta-/
ciones, se constuirá una Comisió de Auditoría compartida, integrada //
por representantes_de_"El_Territorio"_y_de_O.S.P.I.V, quienes
entenderán en todas las cuestiones relativas a los servicios prestados:
como consecuencia del presente contrato. Serán funciones de la misma /
intervenir en la solución de diferendos y vigilar la correcta aplica//
ciń de las Normas de TRabajo y Aranceles durante el período de vigen-/
cla del presente contrato
SEPTIMA: Las prácticas derivadas de u na internación serán reconocidas
a trayéz de la Historia Clínica del Hospital correspondiente, documen-

Es Copia

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral. Seg. y Contrôl de Gestión
M.S.



tación que acompañará a todo paciente derivado. -----OCTAVA: Los servicios brindados por "El Territorio" a través de sus // Hospitales a los beneficiarios de O.S.P.I.V. en las condiciones/ previstas en este convenio, serán abonadas por O.S.F.I.V. acuerdo a los valores fijados en el Nomenclador Nacional de Honorarios Médicos y Gastos Sanatoriales vigentes a la fecha de la prestación más el 50 % por zona desfavorable de acuerdo a lo resuelto por el Ministerio de Salud y Acción Social quedando por lo tanto fijado en este convenio el servicio por "Prestación".-----NOVENA: El Territorio presentará a 0.S.P.I.V. entre el 1º y el 15 de cada mes, las facturas de las prestaciones brindadas durante el // mes anterior, debiendo ser abonadas las mismas a los treita (30) días/ de la fecha de su remisión, mediante giro o cheque Bancario sobre banco de la Nación Argentina Sucursal Ushuaia. Los pagos que O.S.P.I.V. efectue con posterioridad al plazo establecido, serán actualizados de/ acuerdo a lo dispuesto por la ley Nº 21.391, "Régimen de actualización de precios pactados en Contrataciones de Bienes y Servicios"...La falta de pago de dos mensualidades consecutivas por parte de O.S.P.I.V. dará derecho a "El Territorio" a suspender las prestaciones a su car-Loa pagos se enviarán al Hospital correspondiente: Hospital Regional / Ushuaia, Maipú y 12 de Octubre, Ushuaia, Tierra del Fuego. Hospital // Regional Rio Grande, Belgrano y Ameghino, Rio Grande, Tierra del Fuego. DECIMA: El presente convenio rige a partir de la fecha de su aprova-// ción por parte del Señor Gobernador del Territorio, por el término de/

Ing. IGNACIO NOEL

te copia

OLGA TERESITA PAREDES Dir. Grai. Seg. y Control de Gestlón



un (1) año pudiendo ser renovadó automaticamente si ninguna de las par
tes lo denuncia, debiendo comunicar tal decisión por medio fehaciente/
con treinta (30) días de enticipación; el ejercicio de esta facultad /
no dará lugar a indemnización alguna, y durante el lapso de preaviso /
continúan vigentes las obligaciones de las partes
DECIMA PRIMERA: Para_toda_controversia_que_se_origine_en_el_cumplimien:
to del presente convenio, y que deba ser dilucidado ante Tribunales de
Justicia, las partes se someten a la Jurisdicción del Juzgado Federal/
con asiento en el Territorio, renunciando a cualquier otro fuero y/o/
Jurisdicción, fijando sus domicilios en los indicados en el encabeza-/
miento del presente convenio, y en los cuales se tendrán como válidas/
todas las comunicaciones que se cursen
Con la conformidad de las partes, se firman dos (2) ejemplares de un /
mismo tenor y a un solo efecto, al igual que los "Anexos I y II" que /
forman parte de este convenio, en la ciudad de Ushuaia, Capital del <u>Te</u>
rritorio Nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlantico
Sur a los 10 días del mes de QUNIO del año 198 f
Enrique Ramon Mico
ENRISON RAPIS
PERSON
9 0 8 D T V
12 0.0.1.1.V. 55
The state of the s
and the control of th

han regardables

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión
M.S.

13 SINRA

Es Copia



que tendrán derecho a recabar las prestaciones médico-asistenciales i

JOSE ANTONIO DI SANTO

GA TERESITA PAREDES
Tal. Seg. y Control de Gestion
M.S.

PAREDES
Tal. Seg. y Control de Gestion
Tal. Seg. y Control de Gestion
Tal. Seg. y Control Mateo Varela
Tal. L. L. HECTOR MATEO VARELA

SL EDUARDO TORTORELLY PRESIDENTE EFEUTNO LALLESSA.





dicadas en la cláusula anterior, serán aquelios que figuren incluídos 🗕 en el "Padron de Beneficiarios" que la U.S.I.M.R.A. hará llegar al ---IRTESA y que se actualizará permanentemente con las altas o bajas que la U.S.I.M.R.A. comunicará por escrito. El beneficiario de la U.S.I.M. R.A. que solicite servicios deberá acreditar su identidad con la corres pondiente credencial expedida por la U.S.T.M.R.A. y los Hospitales debe rán constatar que dicho beneficiario se encuentra incluído en la nómina actualizada del Padrón.-TERCERO: Por cada beneficiario titular en el "Padrón de Beneficiarios" - la U.S.I.M.R.A. abonará al INTESA la suma del 70% (setenta por cien) de lo recaudado en concepto de aportes que establece la Ley 18.610 de Obras Sociales, manguales; este pago cubrirá esta atención médico-a sistencial del beneficiario titular, como de los respectivos beneficia rios familiares que figuren registrados en el Padrón y será prestada por el INTESA durante todo el año aunque las condiciones laborales impidan realizar el pago convenido. La U.S.I.M.R.A. no deberá hacer efec tivo ningún otro pago al llospital por los servicios que se contraten en este acto. Las altas y bajas del Padrón que la U.S.I.M.R.A. comunia durante el transcurso del mes, tendrán efecto a partir del primerdía del mes siguiente al que se curse la comunicación. La U.S.I.M.R.A. deberá efectuar el pago de las cuotas mensuales dentro de los 30 (trein ta) días de cada mes vencido mediante giro o cheque a la órden del 🗕 🛶 CUARTO: Sin perjuicio del pago a cargo de la U.S.I.M.R.A. que se ha fi

jado en la clausula anterior el INTESA, podrá percibir de los beneficia

JUNO. | JUNUUL 34 TERESITA PAREDES 31. Seg. y Control de Gestión M.S.

Es Copia

rios, en forma directa, el arancel de CINCO PESOS (\$ 5.-) por visi domicilio; TRES PESOS (\$ 3.-) por visita a consultorio; TRES PESOS (\$ 3.-)por servicios de laboratorio y radiología; TRES PESOS (\$ 3.-) porservicios de edentología; prácticas médicas TRES PESOS (\$ 3.-); internaciones clínicas DIEZ PESOS (\$ 10.-). En las internaciones quirurgicas y partos no correspondera el pago de ningún arancel. Los aranceles pre cedentes se fijan como máximos y la U.S.I.M.R.A. no responde en forma alguna por el pago de los mismos. - - - - -QUINTO: La U.S.I.M.R.A. podrá verificar la atención de sus beneficiarios y requerir la Historia Clínica y demás documentación médica por intermodio de los profesionales que al efecto indique y a solo efectoinformativo .-SEXTO: El presente contrato tendrá vigencia a partir del 1º de Mayo de 1973 y por un plazo de un año, que se renovará automáticamente y sucesi vamente por igual período. Sin necesidad de invocar causa alguna, cualquiera de las partes podrá dejar sin efecto el contrato, previo aviso fehaciente, comunicado con 60 (sesenta) días de antelación.----SEPTIMO: Para constancia de lo actuado y en prueba de conformidad, sefirman 3 (tres) ejemplares de un mismo tenor, y a un sólo efecto, en el lugar y fecha arriba indicados.--Las prestaciones médicas que recibieran los afiliados de la U.S.I.M.R.A y sus grupos familiares a cargo, serán de acuerdo al anexo adjunto al presente convenio.-1°) El INTESA se compromete a enviar a la U.S.I.M.R.A. todas las esta

disticas sobre prestaciones médico-quirurgicas en forma trimestral.



2°) En los casos que fuera necesario, se formará una Comisión de Audito ría y Fiscalización Médica, formada por un representante del INTESA y - un representante de la U.S.I.M.R.A.-----



Dr. ABEL EDUAT DO TORTORELLE

PRESIDENTE LA CUTIVO

JOSE ANTONIO DI SANTO Secretario de Organización

ALFREDO NORESE Bosostario Concesi

HECTOF MALEO VARELA
JEFE
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO
1. N. T. E. S. A.



Es Copi

LGA TERESITA PAREDES

LGA TERESITA PAREDES

M.S. Gral. Seg. y Control de Gestión
M.S.

Es Copia

BAJO ZL Na

COMVENIO

REGISTRADO

USHUAIA,

C Ael Fuege

FOLIO STANDAY HICARI

RICARDO E, CHEUQUEMAN Jose de División Registro y Despacho DI T. y D.

Consejo DOP 61-87 ELLO TH siquientes clausulas: brindar por el Mospital referendum domicilio Ministro celebrar Administración. :-(: 0 0 0 Provincia PRESTADOR. © ⊢ calle San Martín nº 450 de la Tho Barroso, en su ca Salud y Acción Social Dn. ತ್ತು ಆತ್ಯಾತ್ರದ (0) |-|-Gobernador, el Regional 0 7007 Convento adelante LA Ushuaia y ;---(): <u>...</u> () (---0.79 Perepresentada en Carácter de Presid Chena 0. 19 000 Prestactiones 87.8 ji O Carlos Alberto iji D Centros SOCIAL, Obra Social d ntada en este chudad de Med The Presidente (A (B) Perifericos medicas 000 Ushuala COD CHB. <u>0</u>. PEREZ acto

ESITA PAREDES

M.S.

M.S. man CIAS, éstas se facturarán utilizando Cestablezca como Las La falta de pago rrespondiente 3 documentación (i) especialidades BUINTA: cumplirán pau tados " facturadas d gue surjan del pacientes asistenciales brindados asistentes cientes mediante cuenta hábiles internados facilitarán HEROERO: Las internaciones instalada, XID: TO habitación individual, facturar en appe. tarmas se hará cargo de 4 SOCHAL pacien te corriente. -M Orden express. non () () () que aplica el ambulatorias ambulatorios y/o internados que partir de Ö a los control especificas.--<u>0</u> 9 utilizando ₩ 0 modalidades. sociales serlo e PRESTABOR PRESTABOR PRESTADOR SOCIAL C. 0 con cap to (excepto UTI y modalidad prestaciones 900 90 H afiliados de an teceden tes acuerdo disponda .vidual, por indicación médica. abonará suma alguna por encima :-∲ ∯ adon tologicos :--2: 0.000 privado. requerimiento del facturas emitidas, abonará tienpo fecha de ٧ ٥ nan co asister cia se compromete a brindar de intereses pury torios facturara formularios ordenes esp propia.En į oresta 000 see vieitado Ordenes ŧ horarios ij) ij) En caso del "(ellin necesarios para brindadas indicado, dará auditores ٠ LA CERA SOCIAL sh ⊊ harán į especiales, de acuerdo : Territorio Û aranceles. presentación. O. mensualmente PRESTADOR internación formularios caso de en habitaciones de conformidad <u>n</u> soldord efectivas reglamentos internación, 201 ר ר ני į SOCIAL, y encime TEQUETITES administrativos, ylamentos internos. LA DBRA SOCIAL der los quince (15) Der's presentarse @ ;--非是 ġ. $\overline{\mathbb{D}}$ medicos tarifas Y 97.0 servicios ambulatorios <u>;</u> propies en 0 PRESTADOR ĝ. <u>a</u> 0 THE CHANGE SOCIAL cumplimiento adjuntando su capacidad descublertos :-0 0 Dara 0470 compensatorios familiar, M ... importe ひかずら la conformidac internación auditores, PRESTADOR todas SOTVICTOS PRESTADOR 0 URGEN-// Ť1. valores derechos derive médico cuando pa--/ dias CO-/ Υ () 100 emb 0 Ω بـــز ق

Conselo Administros MM

OINZANDO

The second

CKEUCHEMAN 1995

-Bagistro Olvisia

Despacho

estime pertinentes, remitiendo la SOCIAL Subsistiendo parcial hábiles, ندو --confectionará una PRESTADOR efectivizarse O. 19 su renepoion. PROTOTORY dentro 0 to talmente documen tación subsanará las pago facturación Den tro indicado Ω. () de los cinco dichas debito observaciones (5) 9 siguientes cinco CARO A 日本外部 observaciones ىسە ئۇر 1. ì aua 19 (P) (P) clausula LA OBRA hábiles

establecido en acciones (facturaciones) valores PRESTADOR & presente, <u>a</u> legales ralta plaza.- -بسر ئ suspender las por cláusula <u>а</u> <u>0</u>118 sin necesidad de notificación. pago de parte estime oportunas. decinoprimera.-prestaciones de LA OBRA 0. 0 ^ N J SOCIAL Ċ: ì ₽) |-|su cargo mensualidades ŧ perjuicio dara ij iniciar derecho convenidae <u>0</u> ;--(2) (3)

provistos

00P

<u>[1]</u>

medicamentos EL PRESTADOR

2:

pacientes internados, y facturados

descartables

serán

ì

sus tancias

radicopacas

÷

pacientes

ambulatorios.-

medicamentos.

protests

0

materiales

PRESTADOR

Ċ

proveera de

presentada

cualcuiera biendo mediar treinta (30) de las notificación ∏ ;— 0100 partes 0880 et nesent <u>n</u> ón por telegra anticipación: sin necesidad de Ω. () convento telegrama productrse lo na colacionado podrá ser rescindido expresión establecido <u>c</u> 700 CAUSA dolo menos (i) 001

especificaciones totalidad cuen ta atendiendo clausula anterior, EL 0 de las sumas adeudadas Cos SOCIAL, y ésta presente. paciontos PRESTADOR A EL PRESTADOR. -() () hasta su alta internados comprome te ÇÎ comprome te ×/0 den tro è cancelar traslado <u>;``</u>; continuar <u>а</u> 9 por ;--;:

9: contrario forta eff autorización termino de <u>n</u> LA DERA SOCIAL internacion cargo de LA UBRA oción correspondiente cwarenta y 9.0 internaciones 0 / 00/10 práctica reconocerá SOCIAL (82) 9 [] horas debiendo el <u>Ω</u> 12 m urgencia hábiles SOCIAL factura, no correspondiere. afiliado ınmediatas en G presentarla harán haciendo requertr 0860 9

UN (I) Año A Jurisdicción cumplimien to HELKINGOMINION responsable con forms siempre cuatro, 0 <u>р</u> П aue de Ushuaia, Ω Ω determina la clausula El presente partir del 10 不会不会 renovándose 0 0 F 0 PRESTADOR. oresente \$00 4 Juzgados Provinciales toda rescindido controversia convento, de noviembre por CONVENIO periodos iguales en forma por cualquiera respective. -) 9 10 cualquier tendrá de mil novecientos no-/ ana partes se Ordinarios 25.00 0.170 <u>0</u> origine net ence duración] A COD fuero rsequed asiento indefie T

TEPESITA PAREDES

Job y Control de Gestión

M.S. Cop jurisdicción.

190 17.00 18

renunciando

domicilios

0 Û,

...' () ()

indicados

CONVENIO REGISTRADO

BAJO EL NO

MAYO 1995

US.:UA

RICARDO E VCHEUQUEMAN Jefe de DIVI Ión Registro y Despacho

D. T. y D.

bezamiento del presente convenio, y en los cuales se tendrán/como válidas todas las comunicaciones que se cursen con relación al presente.

ELLO JULIO BARRIOSO Piece Committee Constitute

Es Copia

111. ... 3

PERESITA PAREDES

st. Seg. y Control de Gestión

Es Copia

Es Capia

CONVEXIO REGISTRADO
BAJO EL Nº 173

USHVAIA,_

MAY0 1995

RICARDO E CHEUQ JEMAN Joie de División Registro y Despadro D. r. y D.

ANEXO I

VALORES DE UNIDADES

SIGLA	DESCRIPCION	VAL	/ALOR	
GAL	UNIDAD GALENO	43		
GAØ	UNIDAD GALENO QUIRURGICO	\$	1.10	
SGQ	UNIDAD SANATORIAL GASTO QUIRURGICO	43	0.70	
GAP	UNIDAD GALENO FRACTICA	4	0.49	
GAR	UNIDAD GALENO RADIOLOGICO	\$	0.38	
GRA	UMIDAD GASTO RADIOLOGICO	\$	0.,52	
FDSI	UNIDAD HONORARIO BIOQUIMICO	#	0.25	
GBI	UNIDAD GASTO BIOQUIMICO	\$	1.82	
HOD	UNIDAD HONORARIO ODONTOLOGICO	16	0.30	
GOD	UNIDAD GASTO ODONTOLOGICO	:15	0.46	
GOP	UNIDAD GASTO ODONTOL. PROTESIS	#	****	
OGA	UNIDAD OTROS GASTOS	4;	0.25	
SPE	UMIDAD SAMATORIAL PENSION	#	1.27	
SLO	UNIDAD GLOBALIZADORA	\$	****	
RES	IMPORTE FIJADO EN PESOS (ej.Consulta	:[3	10,50	
HPE	médica) HOMOLOGACIONES EN PESOS	46	****	
GAT	UNIDAD HONORARIOS UTI	#	1. ,, 0	
GAA	UNIDAD GALENO ANESTESICO	: }	âder	

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Graf. Seg. y Control de Gestión
st. S.



1

Es Coppia

Entre el Territorio Nacional de la Tierra del Euego, Antártida e Islas del / Atlántico Sur con domicilio legal en Avenida San Martín Nº 450, teléfono 91-145 de la Ciudad de Ushuaia, representado en este acto por el Señor / Ministro de Gobierno Ing. Ignacio Noel "ad referendum" del Señor Goberna dor en adelante "EL TERRITORIO" inscripto en el Registro de Prestadores ante el Instituto Nacional de Obras Sociales bajo los Nros. 121-2156 (Hospital Rio Grande) y 121-2168 (Hospital Regional Ushuaia) por una parte, y por la otra la Obra Sociale de Personale de la Construcción inscripto en el / Registro Nacional de Obras Sociales bajo el Nº 1-0540 con domicilio legal en Azopardo 954, Capital Federal, teléfono 30-5629, representado en este / acto por la Comisión Normalizadora integrada por su Presidente Dr. Carlos Alberto Gonzalez Fernandez y los Vocales Dres. Eduardo Armando Latessa, Rubén Dario Baldoni y José Luis Gerardo Lopez, en adelante LA OBRA SO CIAL, acuerdan celebrar el presente convenio de "Prestación de Servicios / Médicos, Odontológicos e Internación según "Anexos 1 y Il", incluídos en el Nomenclador Nacional de Honorarios Médicos y Gastos Sanatoriales, el que se regirá por las siguientes "Cláusulas": -----PRIMERA: "El Territorio" brindará a los afiliados de la Obra Sociality a su grupo familiar los servicios "Médico-Asistenciales" por intermedio de los / Hospitales del Territorio (Ushuaia y Rio Grande), de acuerdo a las limita-/ ciones y modalidades de los mismos, presentando para ello la orden de a-/ tención de la Obra Social debidamente autorizada, el documento de identidad y último recibo de haberes quedando acreditado de esta mánera su con dición de beneficiario. -----SECUNDA: En caso de asistencia de enfermedades que requieran especialidades que no estén contempladas en el "Anexo I", y que dieran lugar a la derivación de pacientes a Centros de Mayor Complejidad, los gastos de tras lado y posterior asistencia en dicho centro serán por ekclusiva cuenta de la

1000 m

MACA MACA OLGA TERESITA PAREDES Dir. Gral. Seg. y Control de Gestlön M.S.

Dr. ARMANDO EDUARDO LATERSA

Obra Social.

Cemisión Normalizadora Obra Social

del Personal de Iz/Construction

Dr. AUEZN FATTO ELLOC VI

Camisian Narris izadera

del Personal de la Construcción

Dr. CAR OS A. GONZALEZ FERNANDEZ (M)

PRESIDENTE

COMISION NORMALIZADORA

OBB SOCIA

DEL PERSONAL DE L'CONSTAUCCION

Control Normalizations
Obla Suelzi



TERCERA: Quedan excluídos del servicio que prestan los Hospitales, medica mentos, y otros elementos que no estén taxativamente incluidos en el Nomenclador Nacional. ---CUARTA: "El Territorio" asume las responsabilidades asistenciales de los / pacientes amparados por este convenio; la Obra Social lo mismo asume la totalidad de las responsabilidades sociales que se generen o tengan relación con la asistencia médica a sus beneficiarios. -----QUINTA: La Obra Social se hace cargo del material descartable suministra do por los Hospitales y utilizando en las intervenciones quirúrgicas, y así // también se hará cargo del 100% del costo de los medicamentos y materiales descartables utilizados en la atención de beneficiarios internados. -----EXTA: Las partes establecen que las auditorias compartidas solo se realizarán en aquellos casos en que los débitos que efectúe la Olira Social no sean reconocidos por el Territorio. -----SEPTIMA: Las prácticas derivadas de una internación serán reconocidas a / través de la Historia Clínica del Hospital correspondiente, documentación / que acompañará a todo paciente derivado. -----OCTAVA: Los servicios brindados por "El Territorio" a través de sus Hospi tales a los beneficiarios de la Obra Social en las condiciones previstas en / este convenio, serán abonadas por la Obra Social de acuerdo a los valores Gijados en el Nomenclador Nacional de Honorarios Médicos y Gastos Sanato riales vigentes a la fecha de la prestación más el 50% por zona desfavora-/ ble de acuerdo a lo resuelto por el Ministerio de Salud y Adción Social // quedando por lo tanto fijado en este convenio el servicio por "Prestación". NOVENA: El Territorio presentará a la Obra Social entre el 1º y el 15 de cada mes, las facturas de las prestaciones brindadas durante el mes ante-/ rior, debiendo ser abonadas las mismas a los treinta (30) días de la fecha de su ingreso en Mesa General de Entradas, sita en Azopardo 954, Capital Federal, mediante cheque bancario sobre banco de la Nación Argentina. //

Es Copie

OLGA TERESITA PAREDES
Dir, Gral, Seg, y Control de Gestion
M. S

Es Copia



Los pagos que la Obra Social efectue con posterioridad al plazo establecido, serán actualizados aplicando la tasa activa regulada por el Banco Central / de la República Argentina. La falta de pago de dos mensualidades consecutivas por parte de la Obra Social dará derecho a "El Territorio" a suspender las prestaciones a su cargo convenidas en el presente. -----Los pagos se enviarán al Hospital correspondiente: Hospital Regional Ushuaia, Maipú y 12 de Octubre, Ushuaia, Tierra del Fuego. Hospital Regional Río Grande, Belgrano y Ameghino, Río Grande, Tierra del Fuego. -----DECIMA: El presente convenio rige a partir de la fecha de su aprobación / por parte del Señor Gobernador del Territorio, por el término de un (1) // año pudiendo ser renovado automáticamente si ninguna de las partes lo denuncia, debiendo comunicar tal decisión por medio fehaciente con treinta / (30) días de anticipación; el ejercicio de esta facultad no dará lugar a indemnización alguna, y durante el lapso de preaviso continúan vigentes las o bligaciones de las partes. -----DECIMA PRIMERA: Para toda controversia que se origine en el cumplimien to del presente convenio, y que deba ser dilucidado ante Tribunales de Justicia, las partes se someten a la Jurisdicción del Juzgado Federal con asien to en el Territorio, renunciando a cualquier otro fuero y/o Jurisdicción, fijando sus domicilios en los indicados en el encabezamiento del presente con venio, y en los cuales se tendrán como válidas todas las comunicaciones // Con la conformidad de las partes, se firman tres (3) ejemplares de un mis mo tenor y a un solo efecto, al igual que los "Anexos I y II" que forman parte de este convenio, en la ciudad de Ushuaia, Capital del Territorio Nacional de Tierra/del Fuego, Antártida e: Islas del Atlántico Sur a los días del mes de detubre/del año mil novecientos ochenta y siete. (1.987).--

Dr. CARLOS A. GONZALEZ FERNANDEZ (5)

THESTERNA COMMINDO

DEL PENSONAL DE LA COMPTAUCCION

Camision of the Caralles of th

del Personalley la Linativerion

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral, Seg. y Control de Gestión
M.S.

- LOSE LATE CERAND . L

Cornisten Hermull Obret Sector

Voval

Comisión Normalizader

Obra Social

.



ACLARACION: En representación del Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur suscribe el presente el Licenciado Mario Jimenez León, actual Ministro de Gobierno.

Es Copia

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión
M.S.

Es Copia

ANEXOI

ES COJUST

1	PRESTACIONES DE ATENCION MEDICA
1	La Subsaecretari de salud Pública del Territorio Nacional de la
ļ	Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, en condi-
	ciones de ofrécer Médicina Integral a través de los efectores //
	que posee el Territorio, los Hospitales derUshuaia y Rio GRande
•	de acuerdo al siguiente detalle y condiciones
1	1 PREVENCTON DE LA SALUD
	1.1Programa de inmunizaciones: Vacunación para todos los grados
	etáreos de acuerdo a las normas nacionales. Sin cargos
	1.2 Examenes de Salud
	1.3 Examenes Laborales
	1.4 Programa de control del niño sano: 0 a 12 años
	1.5 Programa de control de embarazo y puerperio
	1.6 Psicoprofilaxia del parto
	2 RECUPERACION DE LA SALUD
	2∵l Atención ambulatoria programada en las siguientes especiali±
•	dades: Clinica Médica, Pediatria, Ciruqia General, Tocoginecolo-
************************************	gia , traumatologia y ortopedia , Psicopatologia, Otorrinolarin-
ince one	gologia, Neurologia, Oftalmologia, KInesiologia, Cardiologia, Fono-
9	audiologia, Dermatologua y Nutrición
	2.2 Medicina y Cirugualde Urgencia: Atención permanente las 24//
vi Ll	horas conguardias de especialidades. + +
Session Session	2.3 Servicio de Diágnostico y tratamiento
OLGA TERESITA PAREDES Dir, Gral, Seg. y Control de Gestión M.S.	2.3.1 Laboratorio de Analisis Clinicos realizando las siguientes
Seg. y Co	determinaciones, incluidas en reciente programa de desarrollo
01.6 Oir. Gal	Hemograma, Eritrosedimentación. Urea Microeritrosedimentación
	Glucosa.Creatinina, Prueva de latex para embarazo, wildal, huddle
	son, paul bunnell.Inmunofluorescencia para chagas, toxoplasmosis
	sifilis, hemoaglutinación indirecta para chagas. Acido urico.Ar-
ERN:	Hemoglobina glicosidada; lipasa

Colinesterasa.

11.

Colinesterasa Antigeno de Superficie de la hepatitis B.Comple mento s'érico total y fracción C3.Dosaje de inmunoglobulinas. Uro y coprocultivo. Transaminasa. Glutámico Pirúvica. Gamma Gluta mil. Transpeptidasa. Cultivo de secreciones. Fosfatasa alcalina. Fosfatasa ácida total y fracción Prostática. 2.3.2 Servicio de Diagnótico por Imagen apoyados sen equipos de 500 a 300/ma con seriógrafos preparados para realizar todos los estudios que demande el nivel de complejidad establecido, ademas equipos rodantes para su utilización en Quirófanos é internación y equipos de radiología dental, Ecografia, Broncoscopia, Duodeno gastroscopia.Intensificador de imagen.E.E.G.Laparoscopia.Ergometria. Espirometría. 2.3.3. Centro Quirúrgico: dos quirófanos en cada Hospital con to do el quipamiento é instrumental adecuados a la complejidad de la institución, con unidad de esterilidad a vapor y en seco. 2.3.4. Sala de Partos: Con todo el equipamiento para atención de la Parturienta y reanimación del recién nacido. -- --Monitoreo fetal:- - -- - -3.5. Anestesiología y reanimación: equipamiento para atender tres áreas simultaneas en cada Hospital con aparatos para circuitos cerrado u valvulas cicladoras.- - -2.4 Medicina Intensiva: Respiradores mécanicos para atender in-

//--

suficiencias respiratorias graves y todo el equipamiento corres pondiente para atender la de esta área Equipamiento especial

para requerimientos de neonatología: Incubadoras con servocontro

Unidad coronaria completa con marca pasos externos, desfibrilador.

dor, cardioscopio y electrocardiógrafos para atender los requerimientos de consultorios externos, internacióny centros quirúr

Terapia Intensiva - Gases en Sangre - Monitoreos. Cardiaco y de



presiones centrales y perifericas.
2.5. Atención Odontológica integraficon equipamiento, instru-
mental y materiales modernos con atención programada y quardias
las veinticuatro (24) Horas
2.6. Internación: Capacidad total de 120 camas en Unidades de
tres, dos u una cama con baño privado
2.7. Anatomia Patológica
3 REHABILITACION DE LA SALUD: Servicio de terapia fisica con
el equipamiento necesarmo para atender los requisitos de la com
plejidad establecida
4 SERVICIOS GENERALES: Equipamiento moderno para atender el
servicio de la alimentación, lavanderia, calefacción, aqua ca-
liente y vapor, instalación central de oxigeno, aíre comprimido
y vacio, grupo electrógeno suficiente para atender la demanda de
energia eléctrica del establecimiento, servicio de ambulancias
equipados para traslado y atención de urgencias extrahospitala-
rias; amplios deposito para atender abastecimientos de insumos
y bienes de Capital para operar durante largos periodos en re-
lación a la Problematica de la zona
Dr. RUBEN DERIG HILOCHI
Dr. CARLLES SUNZALEZ FERNANDEZ (h) / Vocal / Vocal / Vocal / Comisión Normay/adora
Obra Social Obra Social Obra Social
BEL BENESON SELECTION
Es Copia
Co aun :
Dr. ARMANDO EDUARDO LATESSA
Comisión Normalizadora
del Personal de la Construcción
leso Houses
OLGA TERESITA PAREDES Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión

Es Copia



ACLARACION: En representación del Territorio Nacional de la Tierra del Fuego Antártida e Islas del Atlántico Sur, suscribe el presente el Licenciado Mario Jimenez León, actual Ministro de Gobierno.

Es Copia

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral, Seg. y Control de Gestión
M.S.

Es Conia



ANEXO II

PRESTACIONES ODONTOLOGICAS

La Subsecretaría de Salud Pública del Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, está en condiciones de ofrecer prestaciones Odontológicas a través de los efectores que posee el Territorio, (Hospital Regional Ushuaia y Hospital Regional Río Gran de) lo siguiente; Todos los Capítulos del Nomenclador Nacional, excepto el IV y VI correspondiente a Prótesis y Ortopedia, quedando estos últimos supeditados a la firma de eventuales convenios.---

A. GONZALEZ FERNANDEZ (h) Dr. CARLOS

PREEMBATE COMISION NORMALIZA DREA SCOLL

ERBONAL DE LA CONSTALCCION

RMANDO EDUARDO LA

Comision traincelizadora Obra Social

101 Personal de la Construcción

Dr. FUBE nkorm

trucción

ACLARACION: En representación del Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, suscribe el presente el Licenciado Mario Jimenez León actual Ministro de Gobierno.

Is Copia

LGA TERESITA PAREDES Jir. Graf. Seg. y Control de Gestion M.S.



Provincia de Vierra del Fuego, Antáxilda e Islas dei Atlantico Sw República Argentina

HOSPITAL REGIONAL USHUAIA "GOB. ERNESTO M. CAMPOS"



CONVENIO

Entre el CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL USHUAIA, representado en este acto por su Presidente Sr. Guillermo Gabriel RODRIGUEZ quien acredita su representatividad en virtud de lo normado por Ley 381/97, Decretos Provinciales Nº 496/98, 955/98 y 206/00 fijando domicilio en calle 12 de Octubre 65 de la ciudad de Ushuaia, en adelante "EL HOSPITAL" por una parte y la OBRA SOCIAL DEL PERSONAL MARITIMO (O.S.P.M.) representada en este acto por su Presidente Dn. Enrique Omar SUAREZ DNI: 7.825.665 y su Tesorero Dn. Mario José GODOY DNI: 6,463,140 fijando domicilio en calle Venezuela Nº 1427/29 -1095 Capital Federal, en adelante "LA OBRA SOCIAL" por la otra, acuerdan celebrar el presente convenio de prestaciones medico - asistenciales que será brindado por el Hospital Regional Ushuaia y sus Centros Periféricos de conformidad con las siguientes cláusulas:

. PRIMERA: "EL HOSPITAL" se compromete a brindar atención de acuerdo a su capacidad instalada, normas generales y particulares, modalidades, horarios y reglamentos internos, a pacientes ambulatorios e internado de "LA OBRA SOCIAL". Será requisito indispensable presentar para su identificación como beneficiario y posterior atención, Documento de Identidad y Carnet otorgado por la Obra Social, debiendo figurar en el Padrón de afiliados, que es agregado como Anexo 111 el que deberá ser actualizado mensualmente.

SEGUNDA: Se establece que la cobertura a brindar por "EL HOSPITAL" incluye todas las practicas que sea menester realizar de acuerdo a su capacidad instalada y que son agregados como Anexos I y II. En caso que en el futuro se incorporasen nuevos servicios, tal situación podrá ser convenida, debiendo en tal supuesto comunicar la novedad a "LA OBRA SOCIAL" con suficiente antelación. Quedan excluidas las prestaciones correspondientes a accidentes de trabajo Ley 24.557.

TERCERA: La atención medica a brindar por "EL HOSPITAL" comprende tres (3) niveles de complejidad creciente y cuenta con medios humanos, técnicos y de infraestructura suficiente para satisfacer la demanda de servicio que cada uno de estos niveles requiere según el siguiente esquema:

I - NIVEL AMBULATORIO:

- 1. Consulta en consultorio, urgencias, interconsultas especializadas.
- 2. Practicas diagnósticas y terapéuticas, ambulatorias nomencladas y no nomencladas.
- 3. Radiología ambulatoria.
- 4. Laboratorio ambulatorio.
- Consulta y urgencias odontológicas.

II - NIVEL MEDIA COMPLEJIDAD

- 1. Internaciones programadas y de urgencia, clínicas y/o terapéuticas.
- 2. Interconsultas especializadas en internación.
- 3. Prácticas diagnosticas y terapéuticas en internación.
- 4. Practicas de fisioterapia y Kinesiología
- 5. Practicas odontológicas

NIVEL ALTA COMPLEJIDAD

1. Internaciones en U.T.I. OLGA TERESITA PAREDES Terapia intermedia M.S.

E E Cordin

Rodriguez G. Gulllermo Presidente

GODOY OBRA SOCIA DERSONAL MARITIMO

Consejo Administración H.R.U as islas Malvinas. Georgias y Sandwich del Sur. y los Hielos Continentales, son y serán Argentinos



Provincia*ide Tierra del Fuego, Antártida La Islas del Atlántico Sur República Argentina

HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

"GOB, ERNESTO M. CAMPOS"

- 3. S.€.E.P. (Sala de €uidados Especiales Pediatricos).
- 4. U.C.I.N. (Unidad de Cuidados Intensivos-Pediatricos).
- 5. Hemodiálisis.

CUARTA: El II NIVEL MEDIA COMPLEJIDAD confeccionará una Historia Clínica Unica por cada paciente, la que deberá conservarse en el establecimiento asistencial. Dicha H.C.U. deberá estar a disposición de los médicos auditores designados por "LA-OBRA SOCIAL". La H.C.U. deberá ser actualizada durante la internación en sus aspectos clínicos y terapéuticos, en forma diaria.

QUINTA: En caso de asistencia de enfermedades que requieran de-especialidades no centempladas en les Anexos-I y II que dieran lugar a la derivación de pacientes a-Centros de Mayor Complejidad, todos los gastos de traslado y posterior asistencia en dichos centros correrán por cuenta de "LA OBRA-SOCIAL". Los honorarios médicos y/o viáticos destinados a personal de "EL HOSPITAL" que brindare los servicios en casos de derivaciones o evacuaciones, así como los traslados terrestres y los gastos originados por el uso del equipamiento, serán facturados de acuerdo a to estipulado en el Anexo II.

SEXTA: Las internaciones se harán efectivas para todas las especialidades, excepto Unidad de Terapia Intensiva (U.T.I.), Unidad de Cuidados Intensivos Neonatológicos (U.C.I.N.), Servicio de Cuidados Especiales-Pediatricos (S.C.E.P.), en habitaciones con capacidad para dos pacientes con baño privado. Si consecuencia de la prescripción medica deba internarse al paciente en habitación individual, ni "LA OBRA-SOCIAL", ni el paciente abonaran suma alguna por encima de los aranceles pactados. Si el requerimiento es del paciente y/o familiar, estos se harán cargo de la diferencia.

SEPTIMA: "EL HOSPITAL" no proveerá medicamentos ni material descartable a pacientes ambulatorios e/o internados. En caso de situaciones consecuencia de la "URGENCIA" será provisto, debiéndose reponer previo al alta del paciente; caso contrario será facturado a "LA OBRA SOCIAL" a valores de plaza.

-OCTAVA: "EL HOSPITAL" facturará mensualmente las prestaciones previstas por Anexo I a valores del Nomenclador Patagónico X 2. Las prácticas indicadas en Anexo II serán facturadas a los valores mencionados en cada caso. La consulta será de pesos quince (\$ 15.00).

NOVENA: "EL HOSPITAL" remitirá del uno al diez de cada-mes las facturas per las prestaciones brindadas hasta-el último día del mes calendario anterior, las que serán abonadas entre el uno y diez del mes siguiente. En caso de facturas con-prestaciones observadas, "LA OBRA SOCIAL" abonará la parte no observada y confeccionará una Nota de Débito por el resto. Las Notas de débito serán comunicadas a "EL-HOSPITAL" entre los cinco y quince días de recibida la facturación. El pago deberá realizarse mediante cheque o giro a la orden de Hospital Regional Ushuaia.

DECIMA: La falta de pago de dos facturaciones mensuales dará derecho a "EL HOSPITAL" a facturar por tal concepto intereses punitorios y compensatorios con las tasas que aplica el Banco de la Provincia de Tierra del Fuego para descubiertos-en Cuenta Corriente, suspender las prestaciones convenidas a su-cargo-sin-necesidad de m.s. notificación, e/o iniciar las acciones (egales que estime oportuno.

Es Copia

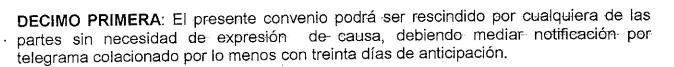
MARIO JOSE GODOY TESORERO OBRA SOCIAL PERSONAL MARITIMO



Provincia de Vierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sw República Argentina

HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

'GOB, ERNESTO M. CAMPOS"



DECIMO SEGUNDA: En caso de producirse lo establecido en la cláusula anterior, "EL HOSPITAL" se compromete a continuar atendiendo a los pacientes internados-hasta-su alta o traslado por cuenta de "LA OBRA SOCIAL"; esta se obliga a cancelar la totalidad de las sumas adeudadas a "EL HOSPITAL".

DECIMO TERCERA: "LA OBRA SOCIAL" reconocerá sin necesidad de autorización previa, la asistencia brindada a-sus afiliados con carácter de "URGENCIA" en caso de internaciones, consultas por guardia y/o prácticas especializadas.

DECIMO CUARTA: Una vez confirmado el diagnostico en los casos de procesos de evolución crónica, cualesquiera fuera su etiología y/o patogenia, no reversible ni mejorable con tratamientos médicos y/o quirúrgicos, "LA OBRA SOCIAL" -se compromete a evacuar inmediatamente al paciente a camas de tercer nivel.

La falta de cumplimiento de esta cláusula por parte de la "OBRA SOCIAL"-será motivo suficiente para que "EL HOSPITAL" aplique-sanciones punitorios consistentes en cien (100) unidades sanatoriales pensión por día.

De igual manera para los pacientes que-hayan completado-los procedimientos de diagnósticos y/o terapéuticos necesarios y una vez otorgado el alta correspondiente y sin producirse el egreso por causas ajenas a "EL HOSPITAL" corresponderá-laaplicación de los punitorios establecidos en la presente cláusula.

DECIMO-QUINTA: Para cualquier controversia que se origine en el cumplimiento del presente convenio, las partes se someten a la jurisdicción de los Juzgados-Ordinarios Provinciales con asiento en la ciudad de Ushuaia, renunciando a cualquier otro-fuero-y/o jurisdicción, fijando sus domicilios en los indicados en el encabezamiento-del-presente acuerdo, y en los cuales se-tendrán como válidas todas las comunicaciones que se cursen en relación al presente.

DECIMO SEXTA: El presente-Convenio-entrará-en vigencia a partir-del regirá-por el término de un año, pudiendo renovarse automáticamente por igual periodo si ninguna de las partes lo denuncia fehacientemente.

En prueba de conformidad se-firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo en la ciudad-de-Ushuaia-Capital-dela Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e íslas del Atlántico Sur.

GA TERESITA PAREDES uir. Grai. Seg. y Control de Gestión M.S.

Uso Monous

Es Copia

GODOY ORERO OBRA SOCIAL PERSONAL MARITIMO

R SUABE ARITIM

PRACTICAS NOMENCLADAS H.R.U.



CAPITUI	LO	0-1	PRACTICAS ODONTOLOGICAS	, all *
GRUPO		00-01	CONSULTAS	,
	Código	Descri	pcón	
	000,01,01 000,01,03 000,01,04	VISITA A	I DIAGNOSTICO-FICHADO Y PLAN DE TRATAMIENTO DOMICILIO TA DE URŒNCIA	
CAPITUI	LO	0-10	PRACTICAS ODONTOLOGICAS	
GRUPO		00-10	CIRUGIA BUCAL	•
	Código	Descri	рсо́п	
•	000,10,01 000,10,02 000,10,03 000,10,04 000,10,05 000,10,06 000,10,07 000,10,08 000,10,09 000,10,10	PLASTIC BIOPSIA ALVEOL REIMPL INCISIO BIOPSIA ALARGA EXTRAC GERMEC	CION DENTARIA A DE COMUNICAC BUCO-SINUSAL COMO RIESGO PREVIS POR PUNCION O ASPIRACION ECTOMIA ESTABILIZADORA (HASTA 6 ZONAS) POR ZONA ANTE DENTARIO INMEDIATO AL TRAUMATISMO. Y DRENAIE DE ABCESOS POR VIA INTRABUCAL POR ESCISION MIENTO QUIRURGICO DE LA CORONA CLINICA CION DE DIENTES RETENIDOS O RESTOS RADICULARES TOMIA CION DE DIENTES RETENIDOS	
	000,10,12 000,10,13	APICECT TRATAN	OMIA HENTO DE OESTEOMIELITIS	
	000,10,14 000,10,15		CION DE CUERPO EXTRAÑO CTOMIA CORRECTIVA POR ZONA (6 ZONAS)	
CAPITU	LO	0-2	PRACTICAS ODONTOLOGICAS	
G. O.		00-02	OPERATORIA DENTAL	· -
	Código	Descri	рсо́п	
	000,02,01 000,02,02 000,02,04 000,02,08 000,02,09	OBTURA OBTURA RESTAU	CION CON AMALGAMA-CAVIDAD SIMPLE CION CON AMALGAMA-CAVIDAD COMPUESTA Y COMPLEIA CION CON AMALGAMA-RECONSTRUC, C/TORILLO EN COND RACION CON MATERIAL ESTETICO TRUCCION DE ANGULO EN DIENTES ANTERIORES	
CAPITU	LO	0-3	PRACTICAS ODONTOLOGICAS	
GRUPO		00-03	ENDODONCIA SIN OBTURACION	
•	Código	Descr	рсбп	•
	000,03,01 000,03,02 000,03,05 000,03,06	TRATAN BIOPUL	MENTO UNIRRADICULAR MENTO MULTURRADICULAR PECTOMIA PARCIAL PULPECTOMIA PARCIAL-MOMIFICACION	
CAPITU	LO	0-5	PRACTICAS ODONTOLOGICAS	
GRUPO		00-05	ODONTOLOGIA PREVENTIVA	
	Código	Descr	ірсо́в	·
	000,05,01 000,05,02 000,05,04 000,05,05	CONSUI DETEC	TROMIA Y CEPILLADO MECANICO TA PREVENTIVA INCLUYE CEPILLADO APLICAC, FLUOR TION CONTROL PLACA BACTERIANA Y ENSEÑANZA TECNIC TES DE PUNTOS Y FISURAS POR PIEZA DENTAL	
CAPITU	LO	0-7	PRACTICAS ODONTOLOGICAS	
GRUPO		00-07	ODONTOPEDIATRIA	
	Código	Descr	ipcón	
	000,07,01 000,07,04 007,06,01 007,06,02 007,06,04	TRATAI REDUC LUXAC	ACION EN MENORES DE 13 AÑOS MIENTO DE DIENTES PRIMARIOS CON FORMOCRESOL CION DE LUXACION CON IMNOVILIZACION DENTARIA ION TOTAL REIMPLANTE-INMOVIIZACION DENTARIA JRA AMELODENTINARIA-PROTEC, PULPAR CORONA PROVIS	a
CAPITU	LO	0-8	PRACTICAS ODONTOLOGICAS	re Monor
GRUPO		00-08	PERIODONCIA	SA TERESITA PAREDES
	Código 000,08,01 000,08,02 000,08,05	TRATA	ipcón LTA DE ESTUDIO-DIAGNOSTICO-PRONOSTICO MIENTO DE GINGIVITIS MARGINAL CRONICA STE SELECTIVO O ARMONIZACION OCLUSAL	ral. Seg. y Control de Gestlón M.S. ES COPPTA
1 10 de 10 de	Octubre de 1	999		Página 1 de 27
(1)	$A \otimes A$			1
PRE	SAK SILA SICENTE A SOCIAL AL MORTA	NREZ	TESORERO OBRASOCIAL CON	REDS ALBUTTO GATICA DEC 19 1 SANTRACION HEAV
	T	\vee	PERSONAL MARITIMO	Y

CAPITULO 0-9 PRACTICAS ODONTOLOGICAS GRUPO

	00-09 RADIOLOGIA	
Código	Descripcón	
009,01,01	PERIAPICAL- TECNICAS DE CONO CORTO O CONO LARGO	
009,01.02	BITE WING	
009.01.03	OCLUSAL 6X3 CM.	
009.01.04	MEDIA SERIADA DE 7 PELICULAS-TECN, CONO CORTO O LARGO	
009,01,05	SERIADA DE 14 PELICULAS TECNICA CONO CORTO O LARGO	
009,02,01	EXTRABUCALES PRIMERA EXPOSICIÓN	
009,02,02	EXTRABUCALES POR EXPOSICION SUBSIGNIENTES	
009,02,03	ARTICULACION TEMPORO (MANDIBULAR) (6 TOMAS)	
009.02.04	PANTOMOGRAFIA	

CAPITU	LO

00

LABORATORIO

~~		
ĿΚ	U	'()

000

ANATICIC	BIOOUIMICOS
WINTIND	BIOGUIMICOS

	000	ANALISIS BIOQUIMICOS	
Código	Descr	ipcón	
003			
002 003	ACETON		
004	ACIDIM	ETRIA DIAGNEZ AZUL ETRIA GASTRICA, CURVA DE	
005	ACIDO E	BASE	
007		RECUENTO DE	
013 014		NINAS ANTTI RH	
015		NINAS SIST ABO A BETA ORINA	
017	ALCOHO	LEMIA	
020 022	ALFA FE	TO PROTEINA RADIOINMUNOENSAYO	
023	AMILAS AMILAS		
031	AMONE		
035	ANTIBIO		
036 037	ANTIBIO	CRAMA BACILO DE KOCH-SIETE ANTIBIOTICOS	
044	ANTIGA	GRAMA BACILO DE KOCH - TRES ANTIBIOTICOS NTIFRAC MICROSOMAL TIROIDES/HEMOAGLUT	
046	ANTIC A	NITITIROG HEMOAGLUT	
051	ANTIEST	REPTOLISINA	
053 059	ANTIGEN ARSENIO	NO AUST HEPATITIS	
063		ERPOS ANTI VIH (METODO ELISA)	
064	ANTICUE	ERPO VIH METODO DE AGLUTI.	
101 102	BACILOS	COPIA DIRECTA-KOCH	
104		COPIA DIR Y CULTIVO OLOGIA DIRECTA GRAM	
105		UROCULTIVO	
106	CULTIVO	IDENT GERMENES	
109 110	BICARBO		
111		UBINEMIA TOTAL UBINURIA	
133	CALCEMI	IA TOTAL	
135		RUEBA SOBRECARGA DE	•
136 138	CALCIUR	ias) Urinario-examen fisico quimico	
139	CARBONI	CO, ANHIDRIDO - PCO2	
144	CEA .CAR	CINOEMBRIOGENICO X RIE	
168 169		ASMATICO	
170		ACION Y SANGRIA, TIEMPO DE DRETRACCION DEL	•
171		XGRAMA BASICO	
172	COBRE EN		
174 176		ROL TOTAL S RCTO DE	
177		B.RHOGAM-SANGRE MATERNA -DU Y COOMBS	
178	COMPATI	BILIDAD SANGUINEA MATRIMONIAL-2GRUP, ABO+2RH	•
180 183	COMPLEM	ENTO C3,C4, CADA DETERMINACION	
184	COOMBS I	AJANS PRUEBA DE - HIPERCLUCEMIA PROVOCADA	
185		NDIRECTA	
186		NDIRECTA CUANTITATIVA	
187 188	COPROCUI		
189		PLASMATICO-LIBRE ORINA-POR RADIOINMUNOENSAYO	
190	CREANTIC	UINASA CPK	
192 193		NA EN SANCRE U ORINA	
193	CREATINE	NA CLEARENCE DEPUR ITININA-AGLUITNINAS HIPOTERMICAS.	
195	CRIOGLOB	ULINAS	
241	CHAGAS A	GLUTINACION DIRECTA	Mrs. Nonous
243 244	CHAGAS II	NMUNOFLUORESCENCIA	Jose Honous
268		LEACCION DE LATEX POR RADIOINMUNOENSAYO	
272	DOMICILIO	DEXTRACCION A	IS TERRORS
273 293	DOMICILIO	O POR KM RECORRIDO FUERA DEL RADIO URBANO	A TERESITA PAREDES and Seg. y Control de Gestion
295 295		O TEST ORTHOTEST .OS RECUENTO DE	M.S.
296		ASTOS PORCENTAJE DE	
297	ERITROSEI	DIMENTACION	- James
298 300		RAMA-SEMEN ANALISIS DE L PLASMATICO	Es Copia
306		EST TOTAL DEL	
307	ETANOL, T	OXICO EN SANGRE	•
309	EXUDADO	NASOFARINGEO	

18 de Octúbre de 1999 φ

PRESIDENTE OBRA SOCIAL CONAL HARTMAN

MARIO WE GODOY TESORERO OBRA SOCIAL PERCONAL MARITIMO

Página Z de 27

CARLOS ALBORTO GATICA
CONSERVA GOASTRACION
VILI

331 FACTOR DE COAGULACION V FERREMIA-HIERRO SERICO 343 345 FIBRONOGENO EN SANGRE FISICO QUIMICO EXAMEN FONDO OSCURO FORMULA LEUCOCITARIA 353 355 FOSFATASA ACIDA PROSTATICA FOSFATASA ACIDA TOTAL FOSFATASA ALCALINA FOSFATEMIA-FOSFATO INORGANICO 357 362 FOSFATURIA 363 FOSFORO CLEARENCE DEPURAC DE 370 371 FSH POR RIE FTA/ABS RADIOINMUNOENSAYO GASES EN SANGRE 404 406 GASTROIONOGRAMA, INCLUYE EXTRACCION GLOBULOS BCOS RTO DE - LEUCOCITOS RTO 409 410 GLOBULOS ROJOS RTO DE-HEMATIES RTO GLUCEMIA GLUCEMIA CURVA DE-HIPERGLUCEMIA PROVOCADA. GLUCIDOS - ORINA-, CROMATOCRAFIA BIDIMENSIONAL. 413 414 414A HEMOGLOBINA GLICOSILADA 420 GLUTAMIL TRANSPERTIDASA GAMMA 423 GONADOTROFINAS CORIONICAS-INMUNOLOGICO CUALI 424 GONADOTROFINAS CORIONICAS-INMUNOLOGICO CUANT PREGNANCY TEST - DAP TEST - GRAVINDEX EN SUERO 426 429 GOTA GRUESA 430 GRAHAM TEST SERIADO-ESCOBILLADO ANAL. GRASAS MATERIA FECAL CUALITATIVO GRUPO SANGUINEO 431 HEMATOCRITO
HEMOAGLUTINOGENOS A2-DU-ETC-CADA DETERMINACION 466 467 468 HEMOGLOBINA DOSAJE DE HEMOGLOBINA,ELECTROFORESIS DE 470 471 472 HEMOXILOBINA EN PLASMA HEMOGRAMA HEPATOGRAMA HIDROCORTICOIDES EN ORINA-CORTISOL EN ORINA 481 486 HIDDLESON REACCION DE
IDENTIFICACION DE MYCOBACTERIUM
GERMENES IDENTIFICACION SEROLOGICA DE
INMUNO GLOBULINA A IGA 494 531 132 537 INMUNOGLOBULINA E IGE INMUNOCLOBULINA G IGG INMUNOCLOBULINA M IGM INSULINA, CLEARENCE INSULINA P/RADIOINMUNOENSAYO C/DETERMINACION IONOGRAMA PLASMATICO-MEDIO INTERNO 547 592 IONOGRAMA URINARIO LACTICO, ACIDO - ENZIMATICO -LACTICO DESHIDROGENASA LDH- ALFA DESOXI BUTIL LATEX ARTRITIS REUMATOIDEA LATEX, TIROCLOBULINA 598 601 603 LAZO PRUEBA DE LH POR RIE 612 613 LIPASA EN SANGRE LIPIDOS TOTALES 614 LIPIDOGRAMA ELECTROFORETICO 617A H.D.L.COL. LDLCOL 617B LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO LIQUIDO DE PUNCION 619 620 MAGNESIO EN SANGRE MAGNESIO EN ORINA 613 654 PPD MANTOUX MICOLOGIA, DIRECTO O COLORACION MICOLOGIA CULTIVO E IDENTIFICACION MICOPLASMA -PPLO- INVESTIGACION DE MOCO CERVICAL, CRISTALIZACION DE MONOTEST TEST DE LATEX
MONONUCLEOSIS HEMOAGLUT 669 670 MONONUCLEOSIS, HEMOLITICO-PETERSON-MATERIAL DESCARTABLE P/EXT.DE SANG. 677 702 711 NUCLEOTIDASA
ORINA COMPLETA-HEMATURIA-SEDIMENTO URINARIO OXIGENO, SANGRE -PD2-PANCREATICO LIQUIDO FISICO QUIMICO CON EXTRAC. PARASITOLOGICO DE MATERIA FECAL 2 MUESTRAS 733 735 736 PARASITOLOGICO MAT FECAL -SERIADO PARASITOS HEMATICOS (STRUT PARA CHAGAS) PARASITOS SUPERIORES MF PHEN SANGRE, TITULACION POTENCIOMETRICA PLAQUETAS RECUENTO DE PORFIRINAS EN ORINA PORFOBILINOGENO, EN ORINA 751 752 753 POTASEMIA POTASURIA 754 PROLACTINA PLASMATICA RIE PROTEINA C REACTIVA 759 761 PROTEINAS FRACCIONADAS ALBUMINAS GLOBULINAS 763 PROTEINAS TOTALES PROTEINOGRAMA ELECTROFORETICO.
PROTEINOGRAMA, LIQUIDOS BIOLOGICOS-NO INCLUYE CONCENT 764 766 PROTEINURIA-ALBUMINURIA



Mes Nouses

OLGA TERESITA PAREDES II. Gral, Seg. y Control de Gestión M.S.

Es Copia

Lunes 18 de Octubre de 1999

ORIGINAL MARISUAREZ

MARIO DE GODOY TESORERO OBRASOCIAL PERSONAL MARITIMO

PROTOMBINA, CONSUMO DE PROTOMBINA -OWREN O DUCKERT-PROTOMBINA TIEMPO DE

Página 3 de 27

CARLOS ALBERTO GATICA

PREVIDENTE
CONSEIO DE APRAJAINSTRACION
H.R.U.



813 R H FACTOR RH FACTOR C GRANDE 814 815 816 817 818 RH FACTOR C CHICA RH FACTOR E GRANDE RH FACTOR E CHICA RETICULOCITOS RCTO DE 833 837 839 866 SANGRE OCULTA MATERIA FECAL - BENCIDINA SIDEROFILINA CAPACIDAD DE SATURACION SODIO SANGRE U ORINA CADA DETERMINACION TIROXINA TOTAL RIE TIROXINA TOTAL RIE
TOXOPLASMOSIS HEMOACLUT
TOXOPLASMOSIS INMUNOFLUORESC
TRANSAMINASA G.O.T.
TRANSAMINASA G.P.T.
TRANFERRINA INMUNODIFUSION CUANTITATIBA
TPLICI LICEDITOS T. G.I. 870 871 873 874 875 876 TRIGLICERIDOS T.GL.
TRUODOTIRONINA POR RIE TRIODOFIRONINA TOTAL TT3 K.P.T.T. 878 887 901 UREA CLEARANCE UREMIA - AZOEMIA URETRAL EXUDADO URICEMIA 902 903 904 URICO ACIDO EN ORINA
UROCITOGRAMA, UN CICLO
VAGINAL EXUDADO
V.D.R.L. CUALITATIVA
V.D.R.L. CUANTITATIVA 905 909 931 933 934 VARIANTE BACTERIANA WIDAL REACCION DE 935 953 998 999 RECEPCION Y TOMA MUESTRA CODIGO DE URCENCIA

	999	CODIGO	DE URGENCIA	
CAPITU	LO	01	OPERACIONES EN EL SISTEMA NERVIOS	0
GRUPO		01-01	OPERACIONES EN EL CRANEO	
	Código	Descr	pcón	
	01.01.04A 01.01.04B	REDUCO	CION ABIERTA DE FRACT, CRANEO CÆLEVAC O EXTRAC ION ABIERTA DE FRACT, CRANEO CÆLEVAC. O EXTRAC	
	01.01.04C		ION ABIERTA FRACT, CRANEO C'ELEVAC, O EXTRAC	
	01.01.04D	REDUCO	ION ABIERTA FRACT, DE CRANEO C'ELEVAC, O EXTRAC	
GRUPO		01-02	OPERACIONES INTRACRANEANAS	
	Código	Descri	pcón	
	01.00.094	CD LATE	TOUGH FOR GOVE OF THE STATE OF	
	01.02.08A 01.02.08B	CRANEC	TOMIA EXP. CON O SIN BP. EVACUACION-EXTRACCION TOMIA EXP. CON O SIN BP. EVACUACION-EXTRACCION	
	01.02.08C		TOMIA EXP. CON O SIN BP. EVACUACION-EXTRACCION TOMIA EXP. CON O SIN BP. EVACUACION-EXTRACCION	
	01,02,080		TOMIA EXP. CON O SIN BP. EVACUACION-EXTRACCION	
	01.02,15A	PUNCIO	N TRANSFONTANELAR DE VENTRICULOS O SUBDURAL	
APITU	LO	02	OPERACIONES EN EL APARATO VISUAL	
GRUPO		02-01	OPERAC EN LA ORBI/GLABO/MUSC.ÓCULAR	
	Código	Descri	рсо́п	
	02.01.04D	וארדשטיי	UCCION SUSTANCIAS TERAPEU RETROG INYECTABLES	
	02.01.04D 02.01.06A		ACION O EVISC GLOBO OCUL O S/IMPL-GARCIA NOCITO	
	02,01,06B		ACION O EVISC GLOBO OCUL O S/IMPL-GARCIA NOCITO	
	02.01.06C		ACION O EVISC GLOBO OCUL O S/IMPL-GARCIA NOCITO	
	02.01.06D	ENUCLE	ACION O EVISC GLOBO OCUL O S/IMPL-GARCIA NOCITO	
	02.01.09A		JIR CORRECT ESTRAB-MIOTOT PLEGAVANZINJER, SI	
	02.01.09B		JIR CORRECT ESTRAB-MIOTOT PLEGAVANZINJER.SI	
	02.01.09C 02.01.09D	TRALQU	JIR CORRECT ESTRAB-MIOTOT.PLEG.AVANZ.INIER.SI JIR CORRECT ESTRAB-MIOTOT.PLEG.AVANZ.INIER.SI	
RUPO	, 210 170 7 D	02-02	OPERACIONES EN LOS PARPADOS	
	Código	Descri	pcón	
	*****			****
	02.02.02A 02.02.02B		OPLASTIA-EXTROPION Y ENTROPION	
	02.02.02B		DPLASTIA-ECTROPION Y ENTROPION DPLASTIA-ECTROPION Y ENTROPION	
	02.02.02D		OPLASTIA-ECTROPION Y ENTROPION	
	02,02,05A	ESCICIO	N DE LESION DE PARPADOS CHALAZION	
	02,02,05T)		N DE LESION DE PARPADOS CHALAZION	
RUPO		02-03	OPERACIONES EN LA CONJUNTIVA	
	Código	Descri	рсби	Moso.
	02,03,02A	ESCICIO	N DE LESION CONJUNTIVA-NEVUS-PTERIGION-QUISTE	
	02.03.02D		N DE LESION CONJUNTIVA-NEVUS-PTERIGION-QUISTE	LGA TERESIT
	02.03.03A		DE SUB.TERAP.SUBCONIUNTIVALES/INCISION-SUTURA	Graf, Seg. y Cor
	02.03.03D		DE SUB.TERAP.SUBCONTUNTIVALES/INCISION-SUTURA	M,S
	02.03.04A 02.03.04D		TOMIA-PERIT-ESCIS-ANILLO CONTUNT-ALRED CORN PA TOMIA-PERIT-ESCIS-ANILLO CONTUNT.ALRED.CORN PA	*******
	02.03.04D 02.03.05A		CONIUNT-INCLEXTRAC.C/EXTR.SUBCONJ-BIOPSIA	Es C
	02.03.05D	SUTURA	CONJUNT-INCLEXTRAC.C/EXTR.SUBCONJ-BIOPSIA	
	02.03.06D		UCC.SUBTANC.TERAPEU.INYECT.SUBCONTUNTIVAS	
GRUPO	062:	02-04	OPERACIONES EN LA CORNEA	
	Código	Descri	pcon	
	02,04.03A	SUTURA	DE CORNEA	
imes 18 de (Detubre de 199			Página 4 de 27

PRESIDENTE PRESIDENTE DBHA CVAL

MARIO O SE GODOY TESORIRO OBRA SOCIAL PERSONAL MARITIMO Página 4 de 27

CARLOS ALBERTO GATICA
PREST A STE
CONSEIO DE AUGUNISTRACION
HILU



02.04.03B SUTURA DE CORNEA 02.04.03C SUTURA DE CORNEA SUTURA DE CORNEA 02.04.03D 02.04.06A SUTURA HERIDA CORNEA C/PROLAP, IRIS Y/O HER.CRIST-EX.C SUTURA HERIDA CORNEA CIPROLAP.IRIS Y/O HER.CRIST-EX.C SUTURA HERIDA CORNEA CIPROLAP.IRIS Y/O HER.CRIST-EX.C SUTURA HERIDA CORNEA CIPROLAP.IRIS Y/O HER.CRIST-EX.C 02-04-06B 02.04.06C 02.04,06D GRUPO OPERACIONES EN EL IRIS Y CUERPO CILIAR Código Descripcón 02,05,02A IRIDATOMIA-IRIDECTOMIA-COREOPLASTIA 02.05.02B IRIDATOMIA-IRIDECTOMIA-COREOPLASTIA 02.05.020 IRIDATOMIA-IRIDECTOMIA-COREOPLASTIA 02.05,02D IRIDATOMIA-IRIDECTOMIA-COREOPLASTIA GRUPO 02 - 08OPERACIONES EN EL TRACTO LAGRIMAL Código Descripcón 02.08.01A DACRIOCISTORRINOSTOMIA OPERACION PLASTICA EN CANALICU DACRIOCISTORRINOSTOMIA OPERACION PLASTICA EN CANALICU 02.08,01B DACRIOCISTORRINOSTOMIA OPERACION PLASTICA EN CANALICU DACRIOCISTORRINOSTOMIA OPERACION PLASTICA EN CANALICU DACRIOCISTORRINOSTOMIA OPERACION PLASTICA EN CANALICU CATERIZ.CONDUC.LACRIMON.E/QUIROFANO C/ANES.GRAL. CATERIZ.CONDUC.LAGRIMON.E/QUIROFANO C/ANES.GRAL. 02.08.01C 02.08,01D 02.08,04A 02.08.04C 02,08,04D CATERIZ, CONDUC, LACRIMON, E/QUIROFANO C/ANES, CRAL, **CAPITULO** OPERACIONES OTORRINOLARINGOLOGICAS 03 GRUPO OPERACIONES EN OIDO EXTERNO 03-01 Código Descripcón 03.01.01A RECONSTRUC, DE PABELLON AURICULAR C/INJERTO CARTILAGO RECONSTRUC, DE PABELLON AURICULAR CONJERTO CARTILAGO 03.01,01B 03,01.01C 03.01.01D 03.01.02A OTOPLASTIA O RECONSTRUCCION DEL PABELLON
OTOPLASTIA O RECONSTRUCCION DEL PABELLON
OTOPLASTIA O RECONSTRUCCION DEL PABELLON
OTOPLASTIA O RECONSTRUCCION DEL PABELLON
OTOPLASTIA DE LOBULO HENDIDO
OTOPLASTIA DE LOBULO HENDIDO 03,01,02B 03.01.02C 03,01.02D 03.01.03A 03.01.03B OTOPLASTIA DE LOBULO HENDIDO OTOPLASTIA DE LOBULO HENDIDO 03.01.03C 03.01.03D OTOPLASTIA DE LOBULO HENDIDO ESCISION COMPLETA O AMPUTACION DE PABELLON 03,01,04A ESCISION COMPLETA O AMPUTACION DE PABELLON
ESCISION COMPLETA O AMPUTACION DE PABELLON 03.01.04B 03.01.04C 03,01,041) ESCISION COMPLETA O AMPUTACION DE PABELLON 03.01.05A INCISION Y DRENALAURICULA.SUTURA PABELLON AURICULAR INCISION Y DRENALAURICULA.SUTURA PABELLON AURICULAR 03.01.050 03.01.06A CIRUGIA DE AGENESIA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO CIRUGIA DE AGENESIA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO 03.01.06B 03,01,06C CIRUGIA DE AGENESIA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO CIRUGIA DE AGENESIA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO 03.01.06D RESECCION DE OSTEOMA RESECCION DE OSTEOMA 03,01.07A 03.01,07B RESECCION DE OSTEOMA RESECCION DE OSTEOMA 03.01.07C 03,01,07D 03.01.08A EXTIRPACION DE COLOBOMA AURIS 03.01.08B EXTIRPACION DE COLOBOMA AURIS EXTIRPACION DE COLOBOMA AURIS 03.01.08C 03,01,08D EXTIRPACION DE COLOBOMA AURIS GRUPO OPERACIONES EN OIDO MEDIO 03-02 Código Descripcón 03.02.01A MIRINGOPLASTIA 03,02,01B MIRINGOPI.ASTIA 03.02,01C MIRINGOPLASTIA MIRINGOPLASTIA TIMPANOPLASTIA 03.02.01D 03.02.02A 03.02.02B TIMPANOPLASTIA 03.02,020 TIMPANOPLASTIA 03.02.02D TIMPANOPLASTIA 03.02.03D MIRINGOTOMIA C/S COLOC. TUBO DRENAJE UNI O BILATERAL GRUPO 03 - 04OPERACIONES EN NARIZ Código Descripcón ATRESIA DE COANAS (PERMEABILIZAC X ACCESO PALATINO) ATRESIA DE COANAS (PERMEABILIZAC X ACCESO PALATINO) 03.04.01A 03 04 01B 03.04.01C ATRESIA DE COANAS (PERMEABILIZAC X ACCESO PALATINO) TERESITA PAREDES 03.04.01D 03.04.02A ATRESIA DE COANAS (PERMEABILIZAC X ACCESO PALATINO) Seg. y Control de Gestión M.S. RESECCION TOTAL DE NARIZ RESECCION TOTAL DE NARIZ 03,04,02B 03.04.02C RESECCION TOTAL DE NARIZ 03.04.02D RESECCIN TOTAL DE NARIZ Es Copia RESECCLESION LOCAL ENDONA DE SEPTUM, CORN. HEMAT, S.D.S RESECCLESION LOCAL ENDONA DE SEPTUM, CORN, HEMAT, S.D.S 03,04,06A 03,04,06D ESCISION DE POLIPO RETRO-COANAL ESCISION DE POLIPO RETRO-COANAL 03.04.07A 03.04.07D 03.04.10A SEPTUMPLASTIA X PERFORAC O IMPLANTAC ACRILICO FOSA NA SEPTUMPLASTIA X PERFORAC O IMPLANTAC ACRILICO FOSA NA 03.04,10B SEPTUMPLASTIA X PERFORAC O IMPLANTAC ACRILICO FOSA NA SEPTUMPLASTIA X PERFORAC O IMPLANTAC ACRILICO FOSA NA RESECCION TABIQUE NASAL -OP.DE KILLIAN 03.04.10C 03,04,10D 03,04,11A unes 18 de Octubre de 1999 Página de 27 E I WH RESCO

SUKKE

RITIM.

O JUSE GODOY TESORERO BRA SECIAL MARIO OBRA PERSONAL MARITIMO

CARLOS 72.85 TO GATICA . × T₽

ONSERO OF ADMINISTRACION U.R.U



			a coroll
	03.04.11B	RESECCION TABIQUE NASAL -OP.DE KILLIAN	120
	03,04,11C 03.04,11D	RESECCION TABIQUE NASAL -OP.DE KILLIAN	Tierre.
	03.04.12A	RESECCION TABIQUE NASAL -OP DE KILLIAN TURRINECTOMA PARCICO DE EN CUENCA DE LA COMPANIONE DE LA COMPANION DE L	
	03,04,12D	TURBINECTOMIA PARC/COMP.SIMP.UNIC/MULTIP.RES.SUB.C.IN TURBINECTOMIA PARC/COMP.SIMP.UNIC/MULTIP.RES.SUB.C.IN	
	03,04.13A	SUTUKA DE NARIZ,BIOPSIA DE NARIZ	
CDITE	03.04,13D	SUTURA DE NARIZ,BIOPSIA DE NARIZ	
GRUPO.	<u></u>	03-05 OPERACIONES EN LOS SENOS PARANASALES	
	<u>Código</u>	Descripcón	
	03.05.02A	Chilleaton G. do. This	
	03.05.02A	SINUSOTOMIA COMBINADA FRONTAL ETMOIDAL ESFENOIDAL UNI	
	03.05.02C	SINUSOTOMIA COMBINADA FRONTAL ETMOIDAL ESFENOIDAL UNI SINUSOTOMIA COMBINADA FRONTAL ETMOIDAL ESFENOIDAL UNI	
	03.05.02D	SINUSULUMIA COMBINADA FRONTAL ETMOIDAL ESSENOTUAL LINI	
	03.05.03A	SINUSULUMIA COMBINADA FRONTAL ETMOTDAL ESEENOTDAL BIL	* v
	03,05,03B 03,05,03C	SINUSUTUMIA COMBINADA FRONTAL ETMOIDAL ESEENOIDAL BIL	
•	03.05.03D	SINUSOTIMIA COMBINADA FRONTAL ETMOIDAL ESFENOIDAL BIL SINUSOTOMIA COMBINADA FRONTAL ETMOIDAL ESFENOIDAL BIL	
	03,05,04A	SINUSOTOMIA RADICAL FRONTAL POR VIA EXTERNA	
	03.05.04B	SINUSOTOMIA RADICAL FRONTAL POR VIA EXTERNA	
•	03,05,04C 03,05,04D	SINUSOTOMIA RADICAL FRONTAL POR VIA EXTERNA	
	03.05,05A	SINUSOTOMIA RADICAL FRONTAL POR VIA EXTERNA SINUSOTOMIA FRONTAL EXTERNA SIMPLE (TREPANOPUNCION)	
	03,05,05D	SINUSOTOMIA FRONTAL EXTERNA SIMPLE (TREPANOPUNCION)	
	03.05.08A	EIMOIDECTOMIA INTERNA	
	03.05.08B 03.05.08C	ETMOIDECTOMIA INTERNA	
	03.05.08D	ETMOIDECTOMIA INTERNA ETMOIDECTOMIA INTERNA	
	03.05,10A	ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL-SINUSOT MAXIL RADIC UNILAT	
	03,05,10B	ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL-SINTISOT MAXIL PADJO LIMIT AT	
	03.05,10C 03.05,10D	ANTRUTOMIA MAXILAR RADICAL-SINUSOT MAXIL RADIC TINIT AT	
	03.05.11A	ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL-SINUSOT MAXIL.RADIC.UNILAT ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL-SINUSOT.MAXIL.RADIC.BILAT.	
	03.05.11B	ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL-SINUSOT.MACIL.RADIC.BILAT.	
	03.05.11C	ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL-SINUSOT MAXIL RADIC BU AT	
	03.05.11D	ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL SINUSOT MAXIL RADIC BILAT	
	03.05.12A 03.05.12B	SINUSOTOMIA MAXILAR SIMPLE-VENTANA ANTRAL- UNILATERAL	
	03.05.12C	SINUSOTOMIA MAXILAR SIMPLE-VENTANA ANTRAL-UNILATERAL SINUSOTOMIA MAXILAR SIMPLE-VENTANA ANTRAL-UNILATERAL	
	03.05.12D	SINUSUTUMIA MAXILAR SIMPLE-VENTANA ANTRAL- INTLATERAL	
	03.05,13A 03.05,13B	SINUSUTOMIA MAXILAR SIMPLE BILATERAL	
	03.05.13C	SINUSOTOMIA MAXILAR SIMPLE BILATERAL SINUSOTOMIA MAXILAR SIMPLE BILATERAL	
	03.05,13D	SINUSOTOMIA MAXILAR SIMPLE BILATERAL	
	03.05,14A	CIERRE FISTULA ORAL DE SENO MAXILAR -BUCO ANTRAI.	
	03.05.14B 03.05.14C	CIERRE FISTULA ORAL DE SENO MAXILAR -BUCO ANTRAL	
	03.05.14D	CIERRE FISTULA ORAL DE SENO MAXILAR -BUCO ANTRAL CIERRE FISTULA ORAL DE SENO MAXILAR -BUCO ANTRAL	
	03.05.15A	PUNCION SENO C/S INSERC.SONDA DENT.SENO PARAN,O BIOPS	
	03,05,15D	PUNCION SENO C/S INSERC.SANDA DENT.SENO PARAN,O BIOPS	
GRUPO		03-06 OPERACIONES EN LA LARINGE	
•	Código	Descripcón	
•	03,06,08A	ACCOCCUDICA DEL ADDACO	
	03.06.08B	MICROCIRUGIA DE LARINCE MICROCIRUGIA DE LARINGE	
	03.06.08C	MICROCIRUGIA DE LARINGE	
	03.06.08D	MICROCIRUGIA DE LARINCE	
GRUPO		03-07 OPERACIONES DIENTES, ENCIAS, MAXILAR INFERIOR	
	Código	Descripcón	
	03,07,06A	BIOPSIA EN ENCIA, SUTURA DE ENCIA	
	03.07.06D	BIOPSIA DE ENCIA, SUTURA DE ENCIA	
GRUPO		03-08 OPERACIONES GLANDULAS Y CONDUCTOS SALIVALES	
	Código	Descripcón	
	<u> </u>		784
	A30,80,E0 G30,80,E0	INCISION Y DRENAIE GLANDULA PAROTIDA SUBMAX O CONDUCT	
	03.08.07A	INCISION Y DRENAIE CLANDULA PAROTIDA SUBMAX O CONDUCT BIOPS.CLAND.SALIVEXTRAC.INSCIS.CALCULOS SALIVALES	
	03.08,07D	BIOPS, GLAND, SALIV-EXTRAC, INSCIS, CALCULOS SALIVALES	
	A80,80,60	EXTIRPACION DE RANULA	
	03,08,08B 03,08,08C	EXTIRPACION DE RANULA	
	03,08,08D	EXTIRPACION DE RANULA EXTIRPACION DE RANULA	
GRUPO		03-10 OPERACIONES EN LOS LABIOS	
	Código	Descripcón	
•			7
	03.10.01A	QUEILOPLASTIA, LABIO LEPORINO - UNILATERAL	Meso-10uas
	03.10.01B 03.10.01C	QUEILOPLASTIA, LABIO LEPORINO - UNILATERAL QUEILOPLASTIA, LABIO LEPORINO - UNILATERAL	Meso-Pouces
•	03.10.01D	QUEILOPLASTIA, LABIO LEPORINO - UNILATERAL	
	03.10.02A	QUEILOPLASTIA, LABIO LEPORINO - BILATERAL	A TERESITA PAREDES
	03.10.02B 03.10.02C	QUEILOPLASTIA, LABIO LEPORINO - BILATERAL	ા. Seg. y Control de Gestion
	03,10,02C	QUEILOPLASTIA, LABIO LEPORINO - BILATERAL QUEILOPLASTIA, LABIO LEPORINO BILATERAL	M.S.
	03.10.07A	ESCISION LOCAL DE LESION DE LABIO	
	03,10,07B 03,10,07D	ESCISION LOCAL DE LESION DE LABIO	g-n-
	03.10,07D 03.10,08A	ESCISION LOCAL DE LESION DE LABIO INSCISION Y DRENAJE DE LABIO ABCESO/SUTURA/BIOPSIA	Es Copia
	03.10,08D	INSCISION Y DRENAJE DE LABIO ABCESO/SUTURA/BIOPSIA	-

MARIO JUSE GODOY TESORERO OBRA SOCIAL PERSONAL MARITIMO

CONSERVED ASTRACTOR

Página 6 de 27

ISTRACSON

			FUL.O
GRUPO		03-11 OPERACIONES EN LA LENGUA	E(215)
	Código	Descripcón	- 011011 × 15
	03,11.03A	ESCISION LOCAL DE LESION DE LENGUA	-
	03.11.03B 03.11.03C	ESCISION LOCAL DE LESION DE LENGUA ESCISION LOCAL DE LESION DE LENGUA	
	03.11.03D 03.11.05A	ESCISION LOCAL DE LESION DE LENGUA GLOSOTOMIA C/DREN ABCS-CUERP.EXT-FRENILLO LING-BP-SUT	
onrmo'	03.11.05D	GLOSOTOMIA C/DREN ABCS-CUERP.EXT-FRENILLO LING-BP-SUT	
GRUPO	077	03-12 OPERACIONES EN EL PALADAR Y LA UVULA	
	Código	Descripcón	
	03.12.02A 03.12.02B	RESECCION PARCIAL DE PALADAR RESECCION PARCIAL DE PALADAR	
	03,12.02C	RESECCION PARCIAL DE PALADAR	
GRUPO	03,12,02D	RESECCION PARCIAL DE PALADAR 03-13 OPERACIONES AMIGDALAS, ADENOIDES, FARINGE	
•	Código	Descripcón	
	<u></u>		-•
•	03,13,01A 03,13,01C	AMIGDALECTOMIA-ADENOIDECT.O AMIGDALO-ADENOIDECTOMIA AMIGDALECTOMIA-ADENOIDECT.O AMIGDALO-ADENOIDECTOMIA	
	03.13.01D 03.13.02A	AMIGDALECTOMIA-ADENOIDECT.O AMIGDALO-ADENOIDECTOMIA ESCISION/ELECTROCOAG.AMIGDALA LING.RESTO AMIGAD.TEJ.L	
	03.13.02C 03.13.02D	ESCISION/ELECTROCOAG.AMIGDALA LING.RESTO AMIGAD.TEJ.L ESCISION/ELECTROCOAG.AMIGDALA LING.RESTO AMIGAD.TEJ.L	
	03.13,03A 03.13,03D	INSCISION DRENALAMIGDALO TEJIDOS PERIAMIGDALINOS INSCISION DRENALAMIGDALO TEJIDOS PERIAMIGDALINOS	
GRUPO	45110,052	03.04 OPERACIONES EN LA NARIZ	
	Código	Descripcón	- -
	03.04,09 03.04,09A	SEPTUMPLASTIA POR IMPLANTACION CARTILAGO AUTOGENO. SEPTUMPLASTIA POR IMPLANTACION DE CARTILAGO AUTOGENO	
	03.04.09B	SEPTUMPLASTIA POR IMPLANTACION DE CARTILAGO AUTOCENO	
	03,04,09C 03,04,09D	SEPTUMPLASTIA POR IMPLANTACION DE CARTILAGO AUTOGENO SEPTUMPLASTIA POR IMPLANTACION DE CARTILAGO AUTOGENO	
CAPITU	LO	04 OPERACIONES EN EL SISTEMA ENDOCRINO	_
GRUPO		04-01 OPERACIONES GLANDULAS TIROIDES-PARATIROIDES	_
	Código	Descripcón	- -
	04.01.01A 04.01.01B 04.01.01C 04.01.01D 04.01.02A 04.01.02B 04.01.02C 04.01.03D 04.01.03A 04.01.03B 04.01.03D 04.01.03D 04.01.04A 04.01.04B 04.01.04C	TIROIDECTOMIA TOT.C/VACIAMIENT.GANGLIONAR RAD.UNIL. TIROIDECTOMIA TOT.C/VACIAMIENT.GANGLIONAR RAD.UNIL. TIROIDECTOMIA TOT.C/VACIAMIENT.GANGLIONAR RAD.UNIL. TIROIDECTOMIA TOT.C/VACIAMIENT.GANGLIONAR RAD.UNIL. TIROIDECTOMIA TOTAL C/VACIAMIGALGLIONAR RAD.BILATERAL TIROIDECTOMIA TOTAL C/VACIAM.GALGLIONAR RAD.BILATERAL TIROIDECTOMIA TOTAL C/VACIAM.GALGLIONAR RAD.BILATERAL TIROIDECTOMIA TOTAL C/VACIAM.GALGLIONAR RAD.BILATERAL TIROIDECTOMIA TOTAL TIROIDECTOMIA SUB-TOTAL-HEMITIREIDECTOMIA TIROIDECTOMIA SUB-TOTAL-HEMITIROIDECTOMIA TIROIDECTOMIA SUB-TOTAL-HEMITIROIDECTOMIA TIROIDECTOMIA SUB-TOTAL-HEMITIROIDECTOMIA	
GRUPO	04.01,04D 04.01.05A 04.01.05B 04.01.05C 04.01.05D 04.01.06A 04.01.06D 04.01.07D 04.01.07D 04.01.08B 04.01.08C	TIROIDECTOMIA SUB-TOTAL-HEMITIROIDECTOMIA EXTIRPACION DE QUISTE TIROCLOSO EXTIRPACION DE QUISTE TIROCLOSO EXTIRPACION DE QUISTE TIROCLOSO EXTIRPACION DE QUISTE TIROCLOSO PUNCION BIOPSIA DE TIROIDES PUNCION BIOPSIA DE TIROIDES INSCISION Y DRENAIE DE QUISTE TIROCLOSO INFECTADO INSCISION Y DRENAIE DE QUISTE TIROCLOSO INFECTADO PARATTROIDECTOMIA PARATIROIDECTOMIA PARATIROIDECTOMIA PARATIROIDECTOMIA PARATIROIDECTOMIA PARATIROIDECTOMIA PARATIROIDECTOMIA PARATIROIDECTOMIA PARATIROIDECTOMIA PARATIROIDECTOMIA	·
	Código	Descripcón	-
	04,02.01A	ADRENALECTOMIA BILATERAL	
	04.02.01B 04.02.01C	ADRENALECTOMIA BILATERAL ADRENALECTOMIA BILATERAL	
·	04.02.01D 04.02.02A	ADRENALECTOMIA BILATERAL ADRENALECTOMIA UNILATERAL	Λ
	04,02.02B 04,02.02C	ADRENALECTOMIA UNILATERAL ADRENALECTOMIA UNILATERAL	· Nous
	04,02,02D	ADRENALECTOMIA UNILATERAL	_
CAPITU	LO	05 OPERACIONES EN EL TORAX OLGATERE	SITA PAREDES Control de Gestión
GRUPO	- · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	05-01 OPERACIONES EN LA PARED TORAXICA	M.S.
	Código	Descripcón (Caracteristica)	Copia
	05.01.01A 05.01.01B 05.01.01C	RESECC.PLEURA PARIETAL-COSTIL.MUSCUL.INTERCOST.C/UNIC RESECC.PLEURA PARIETAL-COSTIL.MUSCUL.INTERCOST.C/UNIC RESECC.PLEURA PARIETAL-COSTIL.MUSCUL.INTERCOST.C/UNIC	. -
	Detubre de 1999	9 Página 7/de 27	:
V2101	91/		
OBRA	MAGILIMO	MARIO-JOHNE GODOY TESORERO OBRA SOCIAL CONSEIO DE ADMINISTRACION	
		PERSONAL MARITIMO	

	05,01,01D	RESECC.PLEURA PARIETAL-COSTIL MUSCUL INTERCOST.C/UNIC	. `
GRUPO		05-02 OPERACIONES EN LA TRAQUEA CERVICAL	216
	Código	Descripcón	()
	04.00.00.4		19/1 *
•	05,02,02A 05,02,02B	TRAQUEOSTOMIA.TRAQUEOTOMIA-C/UNICA INTERVENCION	-
	05,02.02C	TRAQUEOSTOMIA.TRAQUEOTOMIA-C/UNICA INTERVENCION TRAQUEOSTOMIA.TRAQUEOTOMIA-C/UNICA INTERVENCION TPACHEOSTOMIA.TRAQUEOTOMIA-C/UNICA INTERVENCION	
	05.02.02D	TRAQUEUS I OMIA, I KAQUEOTOMIA-C/I INICA INFERIORATIONA	
	05.02.03A 05.02.03B	TARQUEURRAPIAP/ACCES.CERV SHITHE TRADHEA CHER TRADHE	
	05.02.03C	TRAQUEORRAFIAP/ACCES.CERV.SUTUR.TRAQUEA.CIER.TRAQ.FIS TRAQUEORRAFIAP/ACCES.CERV.SUTUR.TRAQUEA.CIER.TRAQ.FIS TRAQUEORRAFIAP/ACCES.CERV.SUTUR.TRAQUEA.CIER.TRAQ.FIS	
	05.02.03D	TRAQUEORRAFIAP/ACCES.CERV.SUTUR.TRAQUEA.CIER.TRAQ.FIS	
GRUPO		05-03 OPERACIONES TRAQUEA TORAXICA-BRONQUIOS	
•	Código	Descripcón	
			
	05,03,01A	TRAQUEOPLASTIA POR ACCESO TORACICO-BRONCOPLASTIA	
	05.03.01B	TRAQUEOPLASTIA POR ACCESO TORACICO-BRONCODI A STITA	
	05.03.01D	TRAQUEOPLASTIA POR ACCESO TORACICO-BRONCOPLASTIA TRAQUEOPLASTIA POR ACCESO TORACISO-BRONCOPLASTIA	
	05,03,02A	BRUNCUTUMIA_BRUNCORRAFIA_HERIDA_TRATINATIEMO	
	05,03,02B 05,03,02C	BRUNCOTOMIA,BRONCORRAFIA-HERIDA,TRATIMATISMO	
	05.03.02D	BRONCOTOMIA.BRONCORRAFIA-HERIDA-TRAUMATISMO BRONCOTOMIA.BRONCORRAFIA-HERIDA-TRAUMATISMO	
	05.03.04A	CIERRE DE FISTULA BRONCO CITTANEA	
	05.03.04B	CIERRE DE FISTULA BRONCO CUTANEA	
	05.03.04C 05.03.04D	CIERRE DE FISTULA BRONCO CUTANEA CIERRE DE FISTULA BRONCO CUTANEA	
GRUPO		05-04 OPERACIONES PULMON PLEURA, MEDIASTINO	
	Ckdia		
	Código	Descripcón	
	05.04.01A	NEUMONECT-LOBECT-SEGMENT.PLEU NEUMONECT-DECORTIC PULM	
	05.04.01B	NEUMONECT-LOBECT-SEGMENT PLEU NEUMONECT-DECOPTIC PUT M	
	05.04.01C 05.04.01D	NEUMUNECT-LOBECT-SEGMENT, PLEU NEUMONECT-DECORTIC PLEUM	
	05.04,02A	NEUMONECT-LOBECT-SECMENT.PLEU NEUMONECT-DECORTIC PULM ESCISION LOCAL LESION PULMONAR-CUERP EXT.QUIST.ENFIS	
	05.04,02B	ESCISION LOCAL LESION PULMONAR-CHERP FOR CHIST PATE	
	05.04.02C 05.04.02D	ESCISION LOCAL LESION PULMONAR-CUERP EXTLOLIEST ENERG	
	05.04.03A	ESCISION LOCAL LESION PULMONAR-CUERP EXT.QUIST.ENFIS OPERAC.MEDIASTINO-VIA TORAC.O TRANSESTERNAL-TUM.ABS.D	
	05.04.03B	OPERACIMEDIASTINO-VIA TORACIO TRANSESTERNALITUM ARS D	
	05.04.03C 05.04.03D	OPERAC MEDIASTINO-VIA TORAC O TRANSESTERNAL TILM ARG D	
	05.04,04A	OPERAC,MEDIASTINO-VIA TORAC,O TRANSESTERNAL-TUM,ABS,D NEUMOMEDIASTINO	
•	05,04,04D	NEUMOMEDIASTINO	
	05.04.06A 05.04.06B	TORACOTOMIA AMPLIA EXPLOR.BIOP, DE PULMON-PLEURA MEDIA	
	05,04,06C	TORACOTOMIA AMPLIA EXPLOR.BIOP.DE PULMON-PLEURA MEDIA TORACOTOMIA AMPLIA EXPLOR.BIOP.DE PULMON-PLEURA MEDIA	
•	05.04,06D	TORACOTOMIA AMPLIA EXPLOR BIOP, DE PULMON-PLEUR A MEDIA	
	05.04.07A	DRENAJE DE PLEURA CON TROCARD-POR TORACOTOMIA MINIMA	
	05.04,07D 05.04.08D	DRENAJE DE PLEURA CON TROCARD-POR TORACOTOMIA MINIMA PUNCION PLEURAL	
*	05.04,09A	PUNC BIOPS DE PLEURA O PULMON CON AGUIAS ESP. VIN SYLV	
	05.04.09D	PUNC BIOPS.DE PLEURA O PULMON CON AGUIAS ESP.VIN SYT.V	
	05.04,10A 05.04,10B	BIOPSIA DE GRASA PRE-ESCALENICA-BIOP.DE DANIELS BIOPSIA DE GRASA PRE-ESCALENICA-BIOP.DE DANIELS	
	05,04,10C	BIOPSIA DE CRASA PRE-ESCALENICA-BIOP DE DANTELS	
•	05,04,10D	BIOPSIA DE GRASA PRE-ESCALENICA-BIOP.DE DANTELS	
CAPITUI	_O	06 OPERACIONES EN LA MAMA	
GRUPO		06-01 OPERACIONES EN LA MAMA	
	Código	Descripcón	
	<u> </u>		
•	06.01.01A 06.01.01B	MASTECTOMIA RADICAL RESECPECTORAL MAYOR/MENOR	
	06.01.01B	MASTECTOMIA RADICAL RESECPECTORAL MAYOR/MENOR MASTECTOMIA RADICAL RESECPECTORAL MAYOR/MENOR	
	06.01.01D	MASTECTOMIA RADICAL RESECPECTORAL MAYOR/MENOR	
	06,01,02A 06.01,02B	MASTECTOMIA SUBRADICAL-CONSERDEL PECTORAL, >Y VAS.AXI	
	06.01,02G	MASTECTOMIA SUBRADICAL-CONSER.DEL PECTORAL >Y VAS.AXI MASTECTOMIA SUBRADICAL-CONSER.DEL PECTORAL >Y VAS.AXI	
	06.01.02D	MASTECTOMIA SUBRADICAL-CONSER DEL PECTORAL >Y VAS.AXI	
	06.01.03A	MASTECTOMIA SIMPLE	
	06.01.03B 06.01.03C	MASTECTOMIA SIMPLE MASTECTOMIA SIMPLE	
	06,01,03D	MASTECTOMIA SIMPLE	
	06,01,04A 06,01,04B	MASTECTOMIA SUBCUTANEA-ADENOMASTECTOMIA	
•	06,01,04B 06,01,04C	MASTECTOMIA SUBCUTANEA-ADENOMASTECTOMIA MASTECTOMIA SUBCUTANEA-ADENOMASTECTOMIA	
	06.01.04D	MASTECTOMIA SUBCUTANEA-ADENOMASTECTOMIA	014
	06.01.08A	ESCISION LOCAL LESION MAMA-QUISTE-FIBROADE O TEI MAM	uns
	06.01.08B 06.01.08C	ESCISION LOCAL LESION MAMA-QUISTE-FIBROADE O TEI MAM ESCISION LOCAL LESION MAMA-QUISTE-FIBROADE O TEI MAM AGG TERESITA DAR	
	06.01.08D	ESCISION LOCAL LESION MAMA-QUISTE-FIBROADE O TEI MAM	
	06.01,09A 06,01,09B	ESCISION DE CUADRANTE MAMARIO - BIOPSIA	- Gestion
	06.01.09C	ESCISION DE CUADRANTE MAMARIO - BIOPSIA ESCISION DE CUADRANTE MAMARIO - BIOPSIA	
	06,01,09D	ESCISION DE CUADRANTE MAMARIO - BIOPSIA	<u> </u>
	06,01,10A 06.01,10D	ESCISION DE CUADRANTE MAMARIO - BIOPSIA DRENAGE DE ABCESO MAMARIO DRENAGE DE ABCESO MAMARIO DRENAGE DE ABCESO MAMARIO	
	06.01,11A	PUNCION QUISTE MAMARIO,PUNCION BIOPSIA MAMA	
	06.01.11D	PUNCION QUISTE MAMARIO.PUNCION BIOPSIA MAMA	

Lunes 18 de Octubre de 1999

ERESTIAL MARK

MARIO DE GODOY TESORERO OBRA SOCIAL PERSONAL MARITIMO

CONSEJO DA ACTORIO GARTOA DEPOCA SOB CONSEJO DA ACTORIO ARACTON MEA.

Página 8 de 27

07.06.01B EMBOLECTOMIA EN ARTERIAS PERIFERICAS 07.06.01C EMBOLECTOMIA EN ARTERIAS PERIFERICAS 07.06.01D EMBOLECTOMIA EN ARTERIAS PERIFERICAS 07.06.03A 07.06.03B

DERIV. BY-PASS DE VASOS PERIFERICOS C/INJERTO VENOSO DERIV. BY-PASS DE VASOS PERIFERICOS CINTERTO VENOSO DERIV. BY-PASS DE VASOS PERIFERICOS CINTERTO VENOSO 07.06.03C DERIV. BY-PASS DE VASOS PERIFERICOS C/INTERTO VENOSO DERIV. BY-PASS DE VASOS PERIFERICOS C/INTERTO VENOSO DERIV. BY-PASS DE VASOS PERIF. C/INTERTO SINTETICO TRAT. DEL ANEURISMA O DE FISTULAS ARTERIO-VENOSAS 07.06.03D 07.06.04A 07,06,04B 07,06,04C 07.06.04D 07.06.05A 07.06.05B TRATAM, DEL ANEURISMA O DE FISTULAS ARTERIO-VENOSAS 07,06.05C TRATAM, DEL ANEURISMA O DE FISTULAS ARTERIO-VENOSAS 07,06.05D TRATAM. DEL ANEURISMA O DE FISTULAS ARTERIO-VENOSAS 07,06,06A ANASTOMOSIS ARTERIAL ARTERIORRAFIA 07.06.06B 07.06.06C ANASTOMOSIS ARTERIAL ARTERIORRAFIA ANASTOMOSIS ARTERIAL, ARTERIORRAFIA ANASTOMOSIS ARTERIAL ARTERIORRAFIA SHUNT O FISTULA ARTERIO-VENOSA PERIF, P/HEMODIALISIS 07.06.0610 07.06.07A SHUNT O FISTULA ARTERIO-VENOSA PERIF. P/HEMODIALISIS SHUNT O FISTULA ARTERIO-VENOSA PERIF. P/HEMODIALISIS 07.06,07B 07.06.07C SHUNT O FISTULA ARTERIO-VENOSA PERIF, P/HEMODIALISIS DISEC. ART. P/PERFUSION REG. - EXPL. QCA. ART. PERIF. 07,06.07D 07.06.08A

Mero, Vousino

OLGA TERESITA PAREDES r. Gral, Seg. y Control de Gestión M.S.

Es Copia

Página 9 d≥ 27

Lunes 18 de Octubre de 1999

OB.

0

07.06.08B 07,06,08C 07.06.08D

> MARIO JOSE GODOY TESORERO OBRA SOCIAL PERSONAL MARITIMO

DISEC. ART. P/PERFUSION REG. - EXPL. QCA. ART. PERIF. DISEC. ART. P/PERFUSION REG. - EXPL. QCA. ART. PERIF.

DISEC. ART. P/PERFUSION REG. - EXPL. QCA. ART. PERIF.

، زور در د د PRESIDENTE ISBIO DE ADMINISTRACION 991



```
07.06.09A
                                               PUNCION ARTERIAL PARA INYECCION MEDICAMENTOSA
                         07.06.09D
07.06.10A
                                               PUNCION ARTERIAL PARA INYECCION MEDICAMENTOSA
LIGADURA UNIL.DE TRONCOS VENOSOS PROFUNDOS UNICO TRAT
                         07.06.10B
                                               LIGADURA UNIL DE TRONCOS VENOSOS PROFUNDOS UNICO TRAT
LIGADURA UNIL DE TRONCOS VENOSOS PROFUNDOS UNICO TRAT
                         07.06.10C
                                              LIGADURA UNIL DE TRONCOS VENOSOS PROFUNDOS UNICO TRAT LIGADURA UNIL DE TRONCOS VENOSOS PROFUNDOS UNICO TRAT SAFENECTOMIA INT/EXT MBRO INF C/LIGADURA (UNILATERAL) SAFENECTOMIA INT/EXT MBRO INF C/LIGADURA (UNILATERAL) SAFENECTOMIA INT/EXT MBRO INF C/LIGADURA (UNILATERAL) SAFENECTOMIA INT/EXT MBRO INF C/LIGADURA (BILATERAL)                          07.06.10D
                        07.06.12A
                         07.06.12B
                        07.06.12C
                         07.06,12D
                        07.06.13A
                        07.06.13B
                        07-06-130
                        07,06,13D
                                               SAFENECTOMIA INT/EXT MBRO INF C/LIGADURA (BILATERAL)
                        07.06.14A
                                              OPERLINTON-GOCKETT O SIMILLIG SUBAPONEUROTICA COMUN
OPERLINTON-GOCKETT O SIMILLIG SUBAPONEUROTICA COMUN
                        07.06.14B
                                              OPERLINTON-GOCKETT O SIMILLIGSUBAPONEUROTICA COMUN
OPERLINTON-GOCKETT O SIMILLIGSUBAPONEUROTICA COMUN
                        07.06.14C
                        07.06.14D
                                              FLEBOTOMIA C/COL CAT, DISECCION VENAS P/PERF (CANALIZ
FLEBOTOMIA C/COL CAT, DISECCION VENAS P/PERF (CANALIZ
                        07.06.15A
                        07.06.150
                        07.06.16A
                                              FLEBECTOMIA SEGMENTARIA POR VARICES RESIDUALES
                                              FLEBECTOMIA SEGMENTARIA POR VARICES RESIDUALES
FLEBECTOMIA SEGMENTARIA POR VARICES RESIDUALES
FLEBECTOMIA SEGMENTARIA POR VARICES RESIDUALES
                        07.06.16B
                        07.06.16C
                        07,06.16D
  GRUPO
                                         07-07
                                                                PROCEDIMIENTOS ANGIO-CARDIORRADIOLOGICOS
                       Código
                                              Descripcón
                       07,07,04A
                                              AORTOGRAFIA POR PUNCION LUMBAR
AORTOGRAFIA POR PUNCION LUMBAR
                       07.07.04D
07.07.14A
                                              ARTERIOGRAFIA PERIFERICA POR PUNCION
                       07.07.14D
                                              ARTERIOGRAFIA PERIFERICA POR PUNCION
                       07.07.16A
                                             FLEBOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIOR O SUPERIOR
                        07.07.1ബ
                                             FLEBOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIOR O SUPERIOR
  CAPITULO
                                        08
                                                               OPERACIONES EN EL APARATO DIGESTIVO/ABDOMINAL
 GRUPO
                                        08-01
                                                               OPERACIONES EN EL ESOFAGO
                       Código
                                             Descripcón
                       08,01,01A
                                             ESOFAGUECTOMIA TOTAL Y RECONSTRUCCION EN UN TIEMPO
                                            ESOFAGUECTOMIA TOTAL Y RECONSTRUCCION EN UN TIEMPO ESOFAGUECTOMIA TOTAL Y RECONSTRUCCION EN UN TIEMPO ESOFAGUECTOMIA TOTAL Y RECONSTRUCCION EN UN TIEMPO
                      08,01,01B
                       08.01.01C
                      08.01.01D
08.01.02A
                                             ESOFAGUECTOMIA SEGMENTARIO Y RECONSTRUCCION
                                            ESOFAGUECTOMIA SEGMENTARIO Y RECONSTRUCCION ESOFAGUECTOMIA SEGMENTARIO Y RECONSTRUCCION
                       08.01.02B
                      08.01.02C
                                            ESOFAGUECTOMIA SEGMENTARIO Y RECONSTRUCCION ESOFAGUECTOMIA TOTAL-UNICO TTO/1° TIEMPO-INCLU OSTOMI
                       08.01.02D
                      08.01.03A
                       08,0L03B
                                            ESOFAGUECTOMIA TOTAL-UNICO TTO/1° TIEMPO-INCLU OSTOMI
ESOFAGUECTOMIA TOTAL-UNICO TTO/1° TIEMPO-INCLU OSTOMI
                      08.01.03C
                      08.01.03D
                                            ESOFAGUECTOMIA TOTAL-UNICO TTO/1° TIEMPO-INCLU OSTOMI
                      08.01.04A
                                            REEMPLAZO DE ESOFAGO
                       08,01,04B
                                            REEMPLAZO DE ESOFAGO
                      08.01.04C
                                            REEMPLAZO DE ESOFAGO
                      08,01,04D
                                            REEMPLAZO DE ESOFAGO
                                            ESOFAGOGASTROPLASTIA-ESOFAGOCARDIOPLAS-ESOFAGOPLASTIA
                      08.01.05A
                                            ESOFAGOGASTROPLASTIA-ESOFAGOCARDIOPLAS-ESOFAGOPLASTIA
ESOFAGOGASTROPLASTIA-ESOFAGOCARDIOPLAS-ESOFAGOPLASTIA
                      08,01,05B
                      08.01,05C
                                           ESOFAGOGASTROPLASTIA-ESOFAGOCARDIOPLAS-ESOFAGOPLASTIA
O.DERIVAT.PALIATIVAS-ESOFGASTRO/ESOFYEYUNO ANAST S/RE
O.DERIVAT.PALIATIVAS-ESOFGASTRO/ESOFYEYUNO ANAST S/RE
                      08.01.05D
                      08,01,06A
                      08.01.06B
                      08.01.06C
                                            O.DERIVAT.PALIATIVAS-ESOFGASTRO/ESOFYEYUNO ANAST S/RE
                      08-01-0613
                                            O.DERIVAT.PALIATIVAS-ESOFGASTRO/ESOFYEYUNO ANAST S/RE
                                           TRAT.DE LA ATRESIA ESOFAGICA-C/S FISTULA EN UN TIEMPO
TRAT.DE LA ATRESIA ESOFAGICA-C/S FISTULA EN UN TIEMPO
                      08.01.07A
                      08.01.07B
                                           TRAT.DE LA ATRESIA ESOFAGICA-C/S FISTULA EN UN TIEMPO
TRAT.DE LA ATRESIA ESOFAGICA-C/S FISTULA EN UN TIEMPO
ESOFAGOTOMIA EXPLOR. P/VIA TORAC.O ABD.-C/EXT.CUER.EX
                      08.01.07C
                      08.01.07D
                     08.01.08A
                     08.01.08B
                                           ESOFAGOTOMIA EXPLOR. P/VIA TORAC,O ABD.-C/EXT.CUER.EX
ESOFAGOTOMIA EXPLOR. P/VIA TORAC,O ABD.-C/EXT.CUER.EX
                     08.01.080
                                           ESOFAGOTOMIA EXPLOR P/VIA TORAC.O ABD.-C/EXT.CUER.EX ESCISION DE DIVERTICULO ESOFAGICO INTRATORCO
                     08.01.08D
                     08.01.09A
                                           ESCISION DE DIVERTICULO ESOFAGICO INTRATORCO
ESCISION DE DIVERTICULO ESOFAGICO INTRATORCO
ESCISION DE DIVERTICULO ESOFAGICO INTRATORCO
                     08.01.09B
                     08.01.09C
                     08.01.09D
                     08.01.10A
                                           ESOFAGOTOMOTMIA ESOFAGORRAGIA DE ESOF.CERV.EXP.EX.C.E
ESOFAGOTOMOTMIA ESOFAGORRAGIA DE ESOF.CERV.EXP.EX.C.E
                     08.01.10B
                                           ESOFAGOTOMOTMIA ESOFAGORRAGIA DE ESOF.CERV.EXP.EX.C.E
ESOFAGOTOMOTMIA ESOFAGORRAGIA DE ESOF.CERV.EXP.EX.C.E
                     08.01.100
                                                                                                                                                        Kesa Mondy
                     08.01.10D
                                           ESCISION DE DIVERTICULO DE ESOFAGO CERVICAL ESCISION DE DIVERTICULO DE ESOFAGO CERVICAL
                     08.01.11A
                     08.01.11B
                                           ESCISION DE DIVERTICULO DE ESOFAGO CERVICAL ESCISION DE DIVERTICULO DE ESOFAGO CERVICAL.
                     08,01,11C
                     08,01.11D
GRUPO
                                      08-02
                                                             OPERACIONES PARED ABD.PERET.RETROPER.
                                                                                                                                                             OLGA TERESITA PAREDES
                    Código
                                           Descripcón
                    08.02,01A
                                           DERMOLIPECTOMIA - CON AUTORIZACION OBRA SOCIAL DERMOLIPECTOMIA - CON AUTORIZACION OBRA SOCIAL
                    08.02.01B
                    08,02,01C
                                          DERMOLIPECTOMIA - CON AUTORIZACION OBRA SOCIAL DERMOLIPECTOMIA - CON AUTORIZACION OBRA SOCIAL
                    08.02.017)
                    08.02.02A
                                           HERNIOPLASTIA DIAFRACMATICA O ISQUIRRECTAL
HERNIOPLASTIA DIAFRACMATICA O ISQUIRRECTAL
                                                                                                                                                           Es Copia
                    08.02.02B
                    08,02,02C
                                           HERNIOPLASTIA DIAFRACMATICA O ISQUIRRECTAL
                    08.02.02D
                                           HERNIOPLASTIA DIAFRACMATICA O ISQUIRRECTAL
      s 18 de Octubre de 1999
                                                                                                                                                                   igina 10 de 2
```

MARI C PERS

SWAREZ

TETTIMO

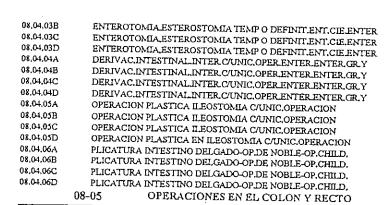
M JARIC

eRS

MARIO WE GODOY TESORERO OBRA SOCIAL PERSONAL MARITIMO FONDERO DE APPARAMENTALE

			do 610
08.02.03A	HERNIOPLASTIA INGUINAL-CRURAL-EPIGAST,-UMBILICAL ETC.		100
. 08.02,03B 08.02,03C	HERNIOPLASTIA INGUINAL-CRURAL-EPIGAST -I IMBILICAL ETC		718
08.02.03D	HERNIOPLASTIA INGUINAL-CRURAL-EPIGAST,-UMBILICAL ETC, HERNIOPLASTIA INGUINAL-CRURAL-EPIGAST,-UMBILICAL ETC,		()
08,02,05A 08.02,05B	HERNIOPLASTIA BILATERAL		on on
08.02.03B	HERNIOPLASTIA BILATERAL HERNIOPLASTIA BILATERAL		A
08.02.05D	HERNIOPLASTIA BILATERAL		
08,02,06A 08,02,06B	EVENTRACION HERNIA RECIDIVADA		
08,02,06C	EVENTRACION HERNIA RECIDIVADA EVENTRACION HERNIA RECIDIVADA		
08.02,06D	EVENTRACION HERNIA RECIDIVADA		
08.02.07A 08.02.07B	CIERRE DE PARED ABDOMINAL POR EVISCERACION		
08.02.07C	CIERRE DE PARED ABDOMINAL POR EVISCERACION CIERRE DE PARED ABDOMINAL POR EVISCERACION		
. 08.02.07D 08.02.08A	CIERRE DE PARED ABDOMINAL POR EVISCERACION		•
08.02.08A	LAPARATOMIA EXP EVAC EXTRACCION CPO EXTRAÑO C/S BIOPS LAPARATOMIA EXP EVAC EXTRACCION CPO EXTRAÑO C/S BIOPS		
08.02.08C	LAPARATOMIA EXPEVAC EXTRACCION CPO EXTRAÑO C/S BIODS		
08.02.08D 08.02.09A	LAPARATOMIA EXP EVAC EXTRACCION CPO EXTRAÑO C/S BIORS	•	
08.02,09B	ENTEROLISIS-DEBRIDAMIENTO INTESTINAL-COMO UNIC.OPER. ENTEROLISIS-DEBRIDAMIENTO INTESTINAL-COMO UNIC.OPER.		
08.02.09C	ENTEROLISIS-DEBRIDAMIENTO INTESTINAL COMO LINIC OPER		
08.02.09D 08.02.10A	ENTEROLISIS-DEBRIDAMIENTO INTESTINAL-COMO UNIC, OPERLAPARASCOPIA CON LUZ FRIA-VIDEOLAP.		
08.02.10D	LAPARASCOPIA CON LUZ FRIA-CON VIDEOLAP		
08.02.11A 08,02.11D	LAPARASCOPIA CONVENCIONAL-CON VIDEOLAP		
08.02.11D	LAPARASCOPIA CONVENCIONAL-CON VIDEOLAP, PERTTONEOCENTESIS EVACUADORA-DIAG.O NEOMOPERITONEO/S		
08.02.13A	ESCISION DE TUMOR RECTOPERITONEAL EXC RIÑON Y SURPART		•
08,02,13B 08,02,13C	ESCISION DE TUMOR RECTOPERITONEAL-EXC.RIÑON Y SUPRARE ESCISION DE TUMOR RECTOPERITONEAL-EXC.RIÑON Y SUPRARE		
08.02.13D	ESCISION DE TUMOR RECTOPERITONEAL-FXC RIÑON Y SUPPARE		
08,02,14A 08,02,14B	DRENAJE DE ABSCESO SUFRENICO COMO UNICA OPERACION		
08.02,14B	DRENAJE DE ABSCESO SUFRENICO COMO UNICA OPERACION DRENAJE DE ABSCESO SUFRENICO COMO UNICA OPERACION		
08.02.14D	DRENAJE DE ABSCESO SUFRENICO COMO UNICA OPERACION		
	08-03 OPERACIONES EN EL ESTOMAGO		
Código	Descripcón		
08.03,01A	CASTRIGUES OF FROM		
08.03.01A	GASTRECTOMIA TOTAL GASTRECTOMIA TOTAL		
08.03.01C	GASTRECTOMIA TOTAL		
08,03,01D 08,03,02A	GASTRECTOMIA TOTAL GASTRECTOMIA SUBT.O REGASTRECTOMIA C/SIN VAGOTOMIA		
08.03.02B	GASTRECTOMIA SUBT.O REGASTRECTOMIA C/SIN VACOTOMIA		
08,03,02C 08,03,02D	GASTRECTOMIA SUBT.O REGASTRECTOMIA C/SIN VAGOTOMIA		
08.03.02D 08.03.03A	GASTRECTOMIA SUBT,O REGASTRECTOMIA CISIN VAGOTOMIA GASTROMIAS EXP.EXT.DE CUER.EXT-ESCISION LOCAL ULC.TUM		
GE0,E0.80	GASTROMIAS EXPLEXT.DE CUERLEXT-ESCISION LOCAL ULC.TUM		
08.03.03C 08.03.03D	GASTROMIAS EXPLEXT DE CUER EXT-ESCISION LOCAL HI CITIM		
08.03.04A	GASTROMIAS EXPLEXT.DE CUERLEXT-ESCISION LOCAL ULC.TUM GASTROMIA-COMO UNICA OPERACION		
08.03.04B	GASTROMIA-COMO UNICA OPERACION		
08,03,04C 08,03,04D	GASTROMIA-COMO UNICA OPERACION GASTROMIA-COMO UNICA OPERACION		
08.03.05A	GASTRORRAFIA-ULCERA GASTRICA PERFORADA-HERIDA TRAUMAT		
08.03.05B 08.03.05C	GASTRORRAFIA-ULCERA GASTRICA PERFORADA-HERIDA TRAUMAT		
08.03.05D	GASTRORRAFIA-ULCERA GASTRICA PERFORADA-HERIDA TRAUMAT GASTRORRAFIA-ULCERA GASTRICA PERFORADA-HERIDA TRAUMAT		
08.03.06A	GASTRODUEDONOSTOMIA-GASTROYEYUNOSTOMIA-COMO LINIC OPE		
08,03.06B 08,03.06C	GASTRODUEDONOSTOMIA-GASTROYEYUNOSTOMIA-COMO UNIC.OPE GASTRODUEDONOSTOMIA-GASTROYEYUNOSTOMIA-COMO UNIC.OPE		
08,03,06D	GASTRODUEDONOSTOMIA-GASTROYEYUNOSTOMIA-COMO UNIC.OPE		
08.03,07A 08,03,07B	VAGOTOMIA CON PILOROPLASTIA O C/GASTROENTEROANESTOMOS		
08,03,07C	VAGOTOMIA CON PILOROPLASTIA O C/GASTROENTEROANESTOMOS VAGOTOMIA CON PILOROPLASTIA O C/GASTROENTEROANESTOMOS		
08.03,07D	VAGOTOMIA CON PILOROPLASTIA O C/GASTROENTEROANESTOMOS		
A80,60,80 E80,60,80	PILOROMITOMIA PIROLOPLASTIA PILOROMITOMIA PIROLOPLASTIA		
08.03.08C	PILOROMITOMIA PIROLOPLASTIA		
08,03,08D Ae0,03,080	PILOROMITOMIA PIROLOPLASTIA		
08.03.09A	CIERRE O ELIMINACION DE GASTROENTEROANASTOMOSIS CIERRE O ELIMINACION DE GASTROENTEROANASTOMOSIS		
08'03'0&C	CIERRE O ELIMINACION DE GASTROENTEROANASTOMOSIS		
08,03,09D 08.03,10A	CIERRE O ELIMINACION DE GASTROENTEROANASTOMOSIS		
08.03.10A	CIERRE O ELIMINACION DE GASTROENTEROANASTOMOSIS CIERRE DE FISTULA GASTROCOLICA O GASTROYEYUNOCOLICA		
08.03.10C	CIERRE DE FISTULA GASTROCOLICA O GASTROYEYUNOCOLICA		
08.03.10D 08.03.11A	CIERRE DE FISTULA GASTROCOLICA O GASTROYEYUNOCOLICA CIERRE GASTGROSTOMIA U/O FISTULA EXTERNA ESTOMAGO	A	91-12 122
08.03.11B	CIERRE GASTCROSTOMIA U/O FISTULA EXTERNA ESTOMAGO		Eso. Nonous
08,03,11C 08,03,11D	CIERRE GASTGROSTOMIA U/O FISTULA EXTERNA ESTOMAGO CIERRE GASTGROSTOMIA U/O FISTULA EXTERNA ESTOMAGO		
	08-04 OPERACIONES EN EL INTESTINO DELGADO		OLGA TERESITA PAREDES
Código	Descripcón		To a world of Contidu
			M.S.
08.04.01A 08.04.01B	ENTERECTOMIA DE YEYUNO O ILEON ENTERECTOMIA DE YEYUNO O ILEON		
08,04,01C	ENTERECTOMIA DE YEYUNO O ILEON		•
08,04,01D	ENTERECTOMIA DE YEYUNO O ILEON		and the first
08,04,02A 08,04,02B	ESCISION DIVERTICULO DE MECKEL ESCISION DIVERTICULO DE MECKEL		Copia
08.04.02C	ESCISION DIVERTICULO DE MECKEL		
08,04,02D 08.04,03A	ESCISION DIVERTICULO DE MECKEL ENTEROTOMIA,ESTEROSTOMIA TEMP O DEFINIT.ENT.CIE.ENTER	•	مستداء
	A DATE OF THE PARTY OF THE PART		
ctubre de 1999			Página 11 de 27

GRUPO





Código

Código	Descripcón
08.05.01A	COLECTOMIA TOTS/RECTO C/RESTITUCION TRANSITO UN TIE
08.05,01B 08.05,01C	COLECTOMIA TOT, S/RECTO C/RESTITUCION TRANSITO UN TIE
08.05.01D	COLECTOMIA TOTS/RECTO C/RESTITUCION TRANSITO UN TIE COLECTOMIA TOTS/RECTO C/RESTITUCION TRANSITO UN TIE
08,05,02A	COLECTOMIA TOT. S/RECTO C/LEOSTOMIA TEMPOR O DEFINIT
08,05,02B	COLECTOMIA TOTS/RECTO C/LEOSTOMIA TEMPOR O DEFINIT
08,05,02C	COLECTOMIA TOTS/RECTO C/ILEOSTOMIA TEMPOR O DEFINIT
08.05.02D	COLECTOMIA TOTS/RECTO C/ILEOSTOMIA TEMPOR O DEFINIT
08.05.03A	HEMICOLECTOMIA -DERECHA O IZQUIERDA
08.05.03B 08.05.03C	HEMICOLECTOMIA -DERECHA O IZQUIERDA
08,05,03D	HEMICOLECTOMIA -DERECHA O IZQUIERDA HEMICOLECTOMIA -DERECHA O IZQUIERDA
08.05,04A	COLECTOMIA SEGMENTRESECC.SEGMENT.COLON,COLEC.TRANSV
08,05,04B	COLECTOMIA SEGMENT, RESECC, SEGMENT, COLON, COLEC, TRANSV
08.05.04C	COLECTOMIA SEGMENTRESECC.SEGMENT.COLON.COLEC.TRANSV
08,05,04D	COLECTOMIA SEGMENT, RESECC. SEGMENT, COLON, COLEC, TRANSV
08.05.05A	RESECCION ANT-OPERAC DE DIXON O DE MAUNSEN
08.05,05B	RESECCION ANT-OPERAC DE DIXON O DE MAUNSEN
08,05,05C 08,05,05D	RESECCION ANT-OPERAC DE DIXON O DE MAUNSEN RESECCION ANT-OPERAC DE DIXON O DE MAUNSEN
08.05.08A	COLON PROTECTOMIA TOTAL - INCLUYE ILEOSTOMIA
08.05.08B	COLON PROTECTOMIA TOTAL - INCLUYR ILEOSTOMIA
08,05,08C	COLON PROTECTOMIA TOTAL - INCLUYE ILEOSTOMIA
Q80,50,8D	COLON PROTECTOMIA TOTAL - INCLUYE ILEOSTOMIA
08,05,09A	PROCTOSIGMOIDECTOMIA ABDOMINOPERINEAL-OP DE MILES
08.05.09B	PROCTOGICMOIDECTOMIA ABDOMINOPERINEAL-OP.DE MILES
08,05,09C 08,05,09D	PROCTOSIGMOIDECTOMIA ABDOMINOPERINEAL-OP.DE MILES
08.05.10A	PROCTOSIGMOIDECTOMIA ABDOMINOPERINEAL-OP.DE MILES PROTOSIGMOIDECT.ABDOMINOP.EFECTUA.P/I EQUIP.QUIRURGIC
08,05,10B	PROTOSIGMOIDECT_ABDOMINOP_EFECTUA_P/2 EQUIP_QUIRURGIC
08,05,10C	PROTOSIGMOIDECT.ABDOMINOP.EFECTUA.P/2 EQUIP.QUIRURGIC
Q01,05,10D	PROTOSIGMOIDECT.ABDOMINOP.EFECTUA.P/2 EOUIP.OURURGIC
08.05.13A	RECTOTOMIA-SIGMOIDOTOMIA-POR VIA ABDC/S COLONOSCOP
08,05,13B	RECTOTOMIA-SIGMOIDOTOMIA-POR VIA ABDC/S COLONOSCOP
08.05.13C	RECTOTOMIA-SIGMOIDOTOMIA-POR VIA ABDC/S COLONOSCOP
08.05.13D 08.05.14A	RECTOTOMIA-SIGMOIDOTOMIA-POR VIA ABDC/S COLONOSCOP PROCTOTOMIA C/DESCOMPRESION (ANO IMPERFORADO)
08.05.14B	PROCTOTOMIA C/DESCOMPRESION (AND IMPERFORADO)
08.05.14C	PROCTOTOMIA C/DESCOMPRESION (ANO IMPERFORADO)
08.05,14D	PROCTOTOMIA C/DESCOMPRESION (ANO IMPERFORADO)
08,05,15A	DESCENSO TRANSANAL (ATRESIA ANO RECTAL) VIA PERINEAL
08.05.15B	DESCENSO TRANSANAL (ATRESIA ANO RECTAL) VIA PERINEAL
08.05.15C 08.05.15D	DESCENSO TRANSANAL (ATRESIA ANO RECTAL) VIA PERINEAL
08,05,16A	DESCENSO TRANSANAL (ATRESIA ANO RECTAL) VIA PERINEAL, OP.PLASTICA MALFORMAC CONG ANORECTALES-VIA ABD/PERINE
08,05,16B	OPPLASTICA MALFORMAC CONG ANORECTALES-VIA ABD/PERINE
08,05,16C	OP.PLASTICA MALFORMAC CONG ANORECTALES-VIA ABD/PERINE
08.05.16D	OP.PLASTICA MALFORMAC CONG ANORECTALES-VIA ABD/PERINE
08.05.17A	OP.PLASTICA MALFORM CONG ANORECTAL-VIA ABD/PERINE-2EO
08.05.17B	OP.PLASTICA MALFORM CONG ANORECTAL-VIA ABD/PERINE-2EQ
08.05.17C	OP.PLASTICA MALFORM CONG ANORECTAL-VIA ABD/PERINE-2EQ
08,05,17D 08,05,18A	OP.PLASTICA MALFORM CONG ANORECTAL-VIA ABD/PERINE-2EQ PROCTORRAFIA
08,05,18B	PROCTORRAFIA PROCTORRAFIA
08.05.18C	PROCTORRAFIA
08,05,18D	PROCTORRAFIA
08.05.19A	PROTOPEXIA PROLAPSO RECTO V ABDOMIN OP LAHAUTORR O SI
08.05,19B	PROTOPEXIA, PROLAPSO RECTO V. ABDOMÍN, OP, LAHAUTORR O SI
08.05,19C	PROTOPEXIA, PROLAPSO RECTO V. ABDOMIN, OP. LAHAUTORR O SI
08.05,19D 08.05,21A	PROTOPEXIA PROLAPSO RECTO V.ABDOMIN, OP. LAHAUTORR O SI
08.05.21B	COLOSTOMIA TEMP,O DEFINICOMO UNICA INTERVENCION
08.05.21C	COLOSTOMIA TEMP.O DEFIN.COMO UNICA INTERVENCION COLOSTOMIA TEMP.O DEFIN.COMO UNICA INTERVENCION
08.05.21D	COLOSTONIA TEMP,O DEFIN,COMO UNICA INTERVENCION
08,05,22A	OPERACION PLASTICA EN COLOSTOMIA-COMO UNICA INTERVENC
08.05.22B	OPERACION PLASTICA EN COLOSTOMIA-COMO UNICA INTERVENC
08.05.22C	OPERACION PLASTICA EN COLOSTOMIA-COMO UNICA INTERVENC
08.05,22D	OPERACION PLASTICA EN COLOSTOMIA COMO UNICA INTERVENC
08.05.23A 08.05,23D	DRENAJE ABCESO PERIRRECTAL O ABCESO DOUGLAS
08.05.24A	DRENAJE ABCESO PERIRRECTAL O ABCESO DOUGLAS APENDICECTOMIA
08.05,24B	APENDICECTOMIA
08.05.24C	APENDICECTOMIA
08.05.24D	APENDICECTOMIA
08.05.25A	EXTRACC.INSTRUMEN.DE FECALOMAS INACC,C/ANEST,G.O REG.
08.05,25C 08,05,25D	EXTRACC.INSTRUMEN.DE FECALOMAS INACC.C/ANEST.G.O REG.
08.05.26A	EXTRACC.INSTRUMEN.DE FECALOMAS INACC,C/ANEST,G.O REG. EXTRACCION MANUAL DE FECALOMA
08.05,26D	EXTRACCION MANUAL DE FECALOMA

OLGA TERESITA PAREDES Dir. Graf. Seg. y Control de Gestión M.S.

Es Copia

18 de Octub de 1999

RIQUE (IMAIX S

INEMOCKIE!

MARIO JULE GODOY TESORERO OBRA SOCIAL PERSONAL MARITIMO

EXTRACCION MANUAL DE FECALOMA

Página 12 de 27

 $\gamma_{i} = \gamma_{i} \cdot \mathbf{u}^{(i)} \cdot \mathbf{v}^{(i)}$ CONSEIC DE ASSA



ANOPLASTIA_ESTENOSIS C/O S/ESFINIEROTOMIA O ESFINITERE OS.O.6.01C ANOPLASTIA_ESTENOSIS C/O S/ESFINIEROTOMIA O ESFINITERE ANOPLASTIA_ESTENOSIS C/O S/ESFINIEROTOMIA O ESFINITERE ANOPLASTIA_ESTENOSIS C/O S/ESFINIEROTOMIA O ESFINITERE ANOPLASTIA_ESTENOSIS C/O S/ESFINIEROTOMIA O ESFINITERE ANOPLASTIA_ESTENOSIS C/O S/ESFINIEROTOMIA O ESFINITERE ANOPLASTIA_ESTENOSIS C/O S/ESFINIEROTOMIA O ESFINITERE ANOPLASTIA_ESTENOSIS C/O ESSILZAM_COLGAJOS PEDICULA_DOS ANOPLASTIA ESTENOSIS C/DESLIZAM_COLGAJOS PEDICULADOS ANOPLASTIA ESTENOSIS C/DESLIZAM_COLGAJOS PEDICULADOS ANOPLASTIA ESTENOSIS C/DESLIZAM_COLGAJOS PEDICULADOS BESIONOSIS C/DESLIZAM_COLGAJOS PEDICULADOS ANOPLASTIA ESTENOSIS C/DESLIZAM_COLGAJOS PEDICULADOS DESTENITEROPLASTIA T/PLICATURE. SIMINICILUYE EVENT.COLOST PEDICULADOS OS PINITEROPLASTIA T/PLICATURE. SIMINICILUYE EVENT.COLOST PEDICULADOS OS PINITEROPLASTIA T	Código	Descripcón
ANOPLASTIA-ESTENOSIS C/O S/ESFINTEROTOMIA O ESFINTERE 08.06.01D ANOPLASTIA-ESTENOSIS C/O S/ESFINTEROTOMIA O ESFINTERE 08.06.02A ANOPLASTIA ESTENOSIS C/O S/ESFINTEROTOMIA O ESFINTERE 08.06.02B ANOPLASTIA ESTENOSIS C/O S/ESFINTEROTOMIA O ESFINTERE 08.06.02D ANOPLASTIA ESTENOSIS C/O S/ESFINTEROTOMIA O ESFINTERO 08.06.02D ANOPLASTIA ESTENOSIS C/O ESLIZAM.COLGAJOS PEDICULADOS 08.06.02D ANOPLASTIA ESTENOSIS C/O ESLIZAM.COLGAJOS PEDICULADOS 08.06.03D ESFINTEROPLASTIA TOPICKREL O SIMINCLUVE EVENT.COLOST 08.06.03B ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIMINCLUVE EVENT.COLOST 08.06.03D ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIMINCLUVE EVENT.COLOST 08.06.03D ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIMINCLUVE EVENT.COLOST 08.06.04A ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIMINCLUVE EVENT.COLOST 08.06.04B ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIMINCLUVE EVENT.COLOST 08.06.04C ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIMINCLUVE EVENT.COLOST 08.06.04D ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIMINCLUVE EVENT.COLOST 08.06.04D ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIMINCLUVE EVENT.COLOST 08.06.04D ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIMINCLUVE EVENT.COLOST 08.06.04D ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIMINCLUVE EVENT.COLOST 08.06.04D ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIMINCLUVE EVENT.COLOST 08.06.04D ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIMINCLUVE EVENT.COLOST 08.06.04D ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIMINCLUVE EVENT.COLOST 08.06.04D ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIMINCLUVE EVENT.COLOST 08.06.04D ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIMINCLUVE EVENT.COLOST 08.06.06D ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIMINCLUVE EVENT.COLOST 08.06.07 TROBECTOMIA OF SIMINCLUVE EVENT.COLOST 10.06.06D ESFIN	08 06 DT 4	AMODI ACTIVA DOCTOVO CO
08.06.01C ANOPLASTIA-ESTENOSIS C/O S/ESFINTEROTOMIA O ESFINTERE 08.06.01D ANOPLASTIA-ESTENOSIS C/O S/ESFINTEROTOMIA O ESFINTERE 08.06.02B ANOPLASTIA ESTENOSIS C/O S/ESFINTEROTOMIA O ESFINTERE 08.06.02B ANOPLASTIA ESTENOSIS C/DESLIZAM.COLGAJOS PEDICULADOS 08.06.02D ANOPLASTIA ESTENOSIS C/DESLIZAM.COLGAJOS PEDICULADOS 08.06.03A ANOPLASTIA ESTENOSIS C/DESLIZAM.COLGAJOS PEDICULADOS 08.06.03A ANOPLASTIA ESTENOSIS C/DESLIZAM.COLGAJOS PEDICULADOS 08.06.03B ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.03B ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.03D ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.04C ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.04D ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08		ANOPLASTIA-ESTENOSIS C/O S/ESFINTEROTOMIA O ESFINTERE
ANDPLASTIA ESTENOSIS C/O SESENTEROCIOMIA O ESFINTERE 08.06.02B ANOPLASTIA ESTENOSIS C/DESLIZAM.COLGAJOS PEDICULADOS ANOPLASTIA ESTENOSIS C/DESLIZAM.COLGAJOS PEDICULADOS 08.06.02D ANOPLASTIA ESTENOSIS C/DESLIZAM.COLGAJOS PEDICULADOS 08.06.03A ESFINTEROPLASTIA T/PICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.03B ESFINTEROPLASTIA T/PICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.03D ESFINTEROPLASTIA T/PICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.03D ESFINTEROPLASTIA T/PICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.04A ESFINTEROPLASTIA T/PICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.04B ESFINTEROPLASTIA T/PICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.04C ESFINTEROPLASTIA T/PICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.04B ESFINTEROPLASTIA T/PICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.04C ESFINTEROPLASTIA T/PICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.04B ESFINTEROPLASTIA T/PICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.04C ESFINTEROPLASTIA T/PICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.04D ESFINTEROPLASTIA T/PICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.04D ESFINTEROPLASTIA T/PICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.04D ESFINTEROPLASTIA T/PICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.04D ESFINTEROPLASTIA T/PICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.04D ESFINTEROPLASTIA T/PICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.04D ESFINTEROPLASTIA T/PICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.06D ESFINTEROPLASTIA T/PICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.07D TROBECTOMA ON SIN FISURA ANAL ESFINTEROTOMIA CON O SIN FISURA ANAL ESFINTEROTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.08D TRATAMIENT.QUIRURG/POLAP MUCOSO-OP, WHITEHEAD-PLAS.AI TRATAMIENT.QUIRURG/POLAP MUCOSO-OP, WHITEHEAD-PLAS.AI TRATAMIENT.QUIRURG/POLAP MU		ANOPLASTIA-ESTENOSIS C/O S/ESFINITEROTOMIA O ESFINITERE
ANOPLASTIA ESTENOSIS CIDESLIZAM.COLGAIOS PEDICULADOS 08.06.02B ANOPLASTIA ESTENOSIS CIDESLIZAM.COLGAIOS PEDICULADOS 08.06.02D ANOPLASTIA ESTENOSIS CIDESLIZAM.COLGAIOS PEDICULADOS 08.06.02D ANOPLASTIA ESTENOSIS CIDESLIZAM.COLGAIOS PEDICULADOS 08.06.03D ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.03B ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.03C ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.03D ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.03D ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.03D ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.03D ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.04B ESFINTEROPLASTIA TYPICATUR.SIM.EFINTEROR_ESFIN.EXTE 08.06.04B ESFINTEROPLASTIA TYPILCATUR.SIM.EFINTEROR_ESFIN.EXTE 08.06.06A ESFINTEROPLASTIA TYPILCATUR.SIM.EFINTEROR_ESFIN.EXTE 08.06.06A ESFINTEROPLASTIA TYPILCATUR.SIM.EFINTEROR_ESFIN.EXTE 08.06.06A HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL 08.06.06B HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL 08.06.06D HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL 08.06.07A TROBECTOMIA NIFARITECTOMIA-TROMBOSIS HEMORRODARIA 08.06.08D TRATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD-PLAS.AI 08.06.08D TRATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD-PLAS.AI 08.06.08D TRATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD-PLAS.AI 08.06.08D TRATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD-PLAS.AI 08.06.11D FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.11D FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.11D FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.11D FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.12C FISURECTOMCRIPTECT.O PAPILECT.CO SESSINT.O ESFINT 08.06.12C FISURECTOMCRIPTECT.O PAPILECT.CO SESSINT.O ESFINT 08.06.13D ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.13D ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.13D ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.14D ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.15D		ANOPLASTIA-ESTENOSIS C/O S/ESFINTEROTOMIA O ESFINTERE
08.06.02B ANOPLASTIA ESTENOSIS CIDESLIZAM.COLGAJOS PEDICULADOS 08.06.02C ANOPLASTIA ESTENOSIS CIDESLIZAM.COLGAJOS PEDICULADOS 08.06.03A ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.03B ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.03B ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.03D ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.03D ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.04D ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.04B ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.04B ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.04B ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.04B ESFINTEROPLASTIA TYPICATUR.SIM.EFINTEROR_ESFIN.EXTE 08.06.04D ESFINTEROPLASTIA TYPICATUR.SIM.EFINTEROR_ESFIN.EXTE 08.06.04D ESFINTEROPLASTIA TYPICATUR.SIM.EFINTEROR_ESFIN.EXTE 08.06.04D ESFINTEROPLASTIA TYPICATUR.SIM.EFINTEROR_ESFIN.EXTE 08.06.06D HEMORROIDECTOMIA CON 0 SIN FISURA ANAL 108.06.06D HEMORROIDECTOMIA CON 0 SIN FISURA ANAL 108.06.06D HEMORROIDECTOMIA CON 0 SIN FISURA ANAL 108.06.07D TROBECTOMIA INFARTECTOMIA-TROMBOSIS HEMORRODARIA 108.06.07D TROBECTOMIA INFARTECTOMIA-TROMBOSIS HEMORRODARIA 108.06.08D TRATAMIENT.QUIRURGPROLAP MUCOSO-OP, WHITEHEAD-PLAS.AI 08.06.08D TRATAMIENT.QUIRURGPROLAP MUCOSO-OP, WHITEHEAD-PLAS.AI 108.06.09D TRATAMIENT.QUIRURGPROLAP MUCOSO-OP, WHITEHEAD-PLAS.AI 108.06.11D FISTULECTOMIA 0 FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 108.06.11D FISTULECTOMIA 0 FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 108.06.11D FISTULECTOMIA 0 FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 108.06.11D FISTULECTOMIA 0 FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 108.06.11D FISTULECTOMIA 0 FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 108.06.11D FISTULECTOMIA 0 FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 108.06.11D FISTULECTOMIA 0 FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 108.06.11D FISTULECTOMIA 0 FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 108.06.11D FISTULECTOMIA 0 FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 108.06.11D FISTURECTOMCRIPTECT. 0 PAPILECT.CO		ANOPLASTIA-ESTENOSIS C/O S/ESFINTEROTOMIA O ESFINTERE
ANOPLASTIA ESTENOSIS CDESLIZAM.COLGAJOS PEDICULADOS 08.06.03A 08.06.03A 08.06.03B 08.06.03B 08.06.03C 08.06.03C 08.06.03C 08.06.03C 08.06.03D 08.06.03D 08.06.03D 08.06.03D 08.06.03D 08.06.03D 08.06.03D 08.06.04D 08.06.04D 08.06.04B 08.06.04B 08.06.04B 08.06.04B 08.06.04B 08.06.04B 08.06.04B 08.06.04B 08.06.04B 08.06.04B 08.06.04B 08.06.04B 08.06.04B 08.06.04B 08.06.04B 08.06.04B 08.06.04B 08.06.04B 08.06.04B 08.06.06B 08.06.06B 08.06.06C 08.06.06C 08.06.06D 08.06.06C 08.0		ANOPLASTIA ESTENOSIS C/DESLIZAM COLGAJOS PEDICULADOS
ANOPLASTIA ESTENOSIS CIDESLIZAM.COLGAJOS PEDICULADOS 08.06.03A 08.06.03B 08.06.03B 08.06.03C 08.06.03C 08.06.03C 08.06.03C 08.06.03D 08.06.03C 08.06.03D 08.06.03C 08.06.03D 08.06.03C 08.06.04D 08.06.04D 08.06.04B 08.06.04B 08.06.04B 08.06.04B 08.06.04D 08.06.04D 08.06.04D 08.06.04D 08.06.04D 08.06.06D 08.06.04D 08.06.06D 08.06.07D 08.06.08D 08.06.09D 08.06.09D 08.06.09D 08.06.09D 08.06.09D 08.06.09D 08.06.09D 08.06.11D 08.06.12D 08.06.13D 08.		ANOPLASTIA ESTENOSIS C/DESLIZAM COI GATOS DEDICTITADOS
SETINIEROPLASTIA TIPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.03D ESFINIEROPLASTIA TIPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.040 ESFINIEROPLASTIA TIPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.044 ESFINIEROPLASTIA TIPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.044 ESFINIEROPLASTIA TIPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.044 ESFINIEROPLASTIA TIPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.040 ESFINIEROPLASTIA TIPICATUR.SIM.EFINIEROR.ESFIN.EXTE 08.06.040 ESFINIEROPLASTIA TIPLICATUR.SIM.EFINIEROR.ESFIN.EXTE 08.06.040 ESFINIEROPLASTIA TIPLICATUR.SIM.EFINIEROR.ESFIN.EXTE 08.06.060 HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL 08.06.060 HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL 08.06.060 HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL 08.06.061 TROBECTOMIA INFARTECTOMIA-TROMBOSIS HEMORRODARIA 08.06.071 TROBECTOMIA INFARTECTOMIA-TROMBOSIS HEMORRODARIA 08.06.081 TRATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD-PLAS.AI 08.06.082 TRATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD-PLAS.AI 08.06.083 TRATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD-PLAS.AI 08.06.084 TRATAMIENTO DE LAS HEMORROIDES CON LIGADURA ELASTICA 08.06.114 FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.115 FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.116 FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.126 FISURECTOMCRIPTECT.O PAPILECT.C/O S/ESFINT.O ESFINT 08.06.127 FISURECTOMCRIPTECT.O PAPILECT.C/O S/ESFINT.O ESFINT 08.06.128 ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.130 ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.131 ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.132 ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.134 ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.135 ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.136 ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.137 ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.138 ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.139 ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.130 ESFI		ANOPLASTIA ESTENOSIS C/DESLIZAM COI GAIOS PEDICUI ADOS
SETINIEROPLASTIA TIPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.03D ESFINIEROPLASTIA TIPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.040 ESFINIEROPLASTIA TIPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.044 ESFINIEROPLASTIA TIPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.044 ESFINIEROPLASTIA TIPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.044 ESFINIEROPLASTIA TIPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.040 ESFINIEROPLASTIA TIPICATUR.SIM.EFINIEROR.ESFIN.EXTE 08.06.040 ESFINIEROPLASTIA TIPLICATUR.SIM.EFINIEROR.ESFIN.EXTE 08.06.040 ESFINIEROPLASTIA TIPLICATUR.SIM.EFINIEROR.ESFIN.EXTE 08.06.060 HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL 08.06.060 HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL 08.06.060 HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL 08.06.061 TROBECTOMIA INFARTECTOMIA-TROMBOSIS HEMORRODARIA 08.06.071 TROBECTOMIA INFARTECTOMIA-TROMBOSIS HEMORRODARIA 08.06.081 TRATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD-PLAS.AI 08.06.082 TRATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD-PLAS.AI 08.06.083 TRATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD-PLAS.AI 08.06.084 TRATAMIENTO DE LAS HEMORROIDES CON LIGADURA ELASTICA 08.06.114 FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.115 FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.116 FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.126 FISURECTOMCRIPTECT.O PAPILECT.C/O S/ESFINT.O ESFINT 08.06.127 FISURECTOMCRIPTECT.O PAPILECT.C/O S/ESFINT.O ESFINT 08.06.128 ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.130 ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.131 ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.132 ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.134 ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.135 ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.136 ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.137 ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.138 ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.139 ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.130 ESFI		ANOPLASTIA ESTENOSIS C/DESLIZAM COLGAJOS PEDICULADOS
6.96.0.03D ESFINITEROPLASTIA TYPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.03D ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.04A ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.04B ESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT.COLOST 08.06.04B ESFINTEROPLASTIA TYPICATUR.SIM.EFINTEROR_ESFIN.EXTE 08.06.04D ESFINTEROPLASTIA TYPLICATUR.SIM.EFINTEROR_ESFIN.EXTE 08.06.04D ESFINTEROPLASTIA TYPLICATUR.SIM.EFINTEROR_ESFIN.EXTE 08.06.04D ESFINTEROPLASTIA TYPLICATUR.SIM.EFINTEROR_ESFIN.EXTE 08.06.06A HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL HEMORROIDECTOMIA NIFARTECTOMIA-TROMBOSIS HEMORRODARIA TROBECTOMIA INFARITECTOMIA-TROMBOSIS HEMORRODARIA 17.08.06.03D TRATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP, WHITEHEAD-PLAS.AI TRATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP,		ESPINIEROPLASTIA T/PICKREL O SIM INCLITYE EVENT COLORE
SSINIEROPLASTIA TYPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT. COLOST 08.06.043 BESFINTEROPLASTIA TYPICKREL O SIM.INCLUYE EVENT. COLOST 08.06.044 BESFINTEROPLASTIA TYPLICATUR. SIM.EFINTEROR, ESFIN.EXTE 08.06.045 BESFINTEROPLASTIA TYPLICATUR. SIM.EFINTEROR, ESFIN.EXTE 08.06.040 BESFINTEROPLASTIA TYPLICATUR. SIM.EFINTEROR, ESFIN.EXTE 08.06.040 BESFINTEROPLASTIA TYPLICATUR. SIM.EFINTEROR, ESFIN.EXTE 08.06.040 BESFINTEROPLASTIA TYPLICATUR. SIM.EFINTEROR, ESFIN.EXTE 08.06.040 BESFINTEROPLASTIA TYPLICATUR. SIM.EFINTEROR, ESFIN.EXTE 08.06.050 BESFINTEROPLASTIA TYPLICATUR. SIM.EFINTEROR, ESFIN.EXTE 08.06.060 BESFINTEROPLASTIA TYPLICATUR. SIM.EFINTEROR, ESFIN.EXTE 08.06.070 BESFINTEROPLASTIA TYPLICATUR. SIM.EFINTEROR, ESFIN.EXTE 08.06.071 BESFINTEROPLASTIA TYPLICATUR. SIM.EFINTEROR, ESFIN.EXTE 08.06.071 BESFINTEROPLASTIA TYPLICATUR. SIM.EFINTEROR, ESFIN.EXTE 08.06.071 BESFINTEROPLASTIA TYPLICATUR. SIM.EFINTEROR, ESFIN.EXTE 08.06.071 BESFINTEROPLASTIA TYPLICATUR. SIM.EFINTEROR, ESFIN.EXTE 08.06.071 BESFINTEROPLASTIA TYPLICATUR. SIM.EFINTEROR, ESFIN.EXTE 08.06.071 BESFINTEROPLASTIA TYPLICATUR. SIM.EFINTEROR.ESFIN.EXTE 08.06.071 BESFINTEROPOLASTIA. TYPLICATUR. SIM.EFINTEROR.ESFIN.EXTE 08.06.080 BESFINTEROPOLASTIA. TYPLICATUR. SIM.EFINTEROR.ESFINTEROPOLASTIA. BESFINTEROPOLASTIA. TYPLICATUR. SIM.EFINTEROPOLASTIA. BESFINTER		ESFINIEROPLASTIA T/PICKREL O SIM INCLUYE EVENT.COLOST
08.06.045 08.06.046 08.06.046 08.06.047 08.06.048 08.06.040 08.06.040 08.06.040 08.06.040 08.06.041 08.06.041 08.06.041 08.06.042 08.06.064 08.06.064 08.06.064 08.06.065 08.06.065 08.06.066 08.06.066 08.06.066 08.06.067 08.06.067 08.06.060 08.06.070 08.06.081 08.06.082 08.06.082 08.06.082 08.06.082 08.06.080 08.06.080 08.06.080 08.06.080 08.06.080 08.06.090 08.06.090 08.06.091 08.06.091 08.06.091 08.06.091 08.06.091 08.06.116 08.06.116 08.06.116 08.06.116 08.06.116 08.06.116 08.06.117 08.06.120 08.06.120 08.06.120 08.06.120 08.06.130 08.06.130 08.06.130 08.06.130 08.06.130 08.06.130 08.06.130 08.06.130 08.06.130 08.06.130 08.06.130 08.06.130 08.06.130 08.06.130 08.06.130 08.06.130 08.06.130 08.06.131 08.06.131 08.06.132 08.06.134 08.06.135 08.06.135 08.06.136 08.06.137 08.06.137 08.06.138 08.06.139 08.06.139 08.06.130 08.06.130 08.06.130 08.06.131 08.06.131 08.06.132 08.06.134 08.06.135 08.06.135 08.06.136 08.06.136 08.06.137 08.06.137 08.06.138 08.06.138 08.06.139 08.06.130 08.06.		ESPINIEROPLASTIA T/PICKREL O SIM INCLITYE HUBBIT COLORY
08.06.049 ESFINTEROPLASTIA T/PLICATUR.SIM.EFINTEROR.ESFIN.EXTE 08.06.040 ESFINTEROPLASTIA T/PLICATUR.SIM.EFINTEROR.ESFIN.EXTE 08.06.040 ESFINTEROPLASTIA T/PLICATUR.SIM.EFINTEROR.ESFIN.EXTE 08.06.060 HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL 08.06.060 HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL 08.06.061 HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL 08.06.062 HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL 08.06.063 HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL 08.06.071 TROBECTOMIA INFARIECTOMIA-TROMBOSIS HEMORRODARIA 08.06.081 TRATAMIENT.QUIRURG.PROLAP.MUCOSO-OP.WHITEHEAD.PLAS.AI 08.06.082 TRATAMIENT.QUIRURG.PROLAP.MUCOSO-OP.WHITEHEAD.PLAS.AI 08.06.083 TRATAMIENT.QUIRURG.PROLAP.MUCOSO-OP.WHITEHEAD.PLAS.AI 08.06.094 TRATAMIENT.QUIRURG.PROLAP.MUCOSO-OP.WHITEHEAD.PLAS.AI 08.06.095 TRATAMIENT.QUIRURG.PROLAP.MUCOSO-OP.WHITEHEAD.PLAS.AI 08.06.096 TRATAMIENT.QUIRURG.PROLAP.MUCOSO-OP.WHITEHEAD.PLAS.AI 08.06.110 FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.111 FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.112 FISURECTOM.CRIPTECT.O PAPILECT.C/O S/ESFINT.O ESFINT 08.06.124 FISURECTOMCRIPTECT.O PAPILECT.C/O S/ESFINT.O ESFINT 08.06.125 FISURECTOMCRIPTECT.O PAPILECT.C/O S/ESFINT.O ESFINT 08.06.126 FISURECTOMCRIPTECT.O PAPILECT.C/O S/ESFINT.O ESFINT 08.06.130 ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.131 ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.132 ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.134 ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.135 ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.136 ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.136 ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.137 TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 08.06.139 TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 08.06.170 TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 08.06.170 TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN		ESPINIEROPLASTIA T/PICKREL O SIM INCLITVE EVENT COLORT
08.06.04C 08.06.04C 08.06.04D 08.06.04D 08.06.04D 08.06.06A 08.06.06A 08.06.06A 08.06.06B 08.06.06B 08.06.06C 08.06.06C 08.06.06C 08.06.06D 08.06.06D 08.06.06D 08.06.06D 08.06.06D 08.06.06D 08.06.06D 08.06.06D 08.06.06D 08.06.06D 08.06.06D 08.06.06D 08.06.07D 08.06.07D 08.06.07D 08.06.07D 08.06.08D 08.06.09D 08.06.09D 08.06.09D 08.06.11A 08.06.11A 08.06.11B 08.06.11B 08.06.11C 08.06.11B 08.06.11C 08.06.11C 08.06.11C 08.06.11C 08.06.12C 08.06.12C 08.06.12B 08.06.12C 08.06.12B 08.06.12B 08.06.12B 08.06.12B 08.06.12B 08.06.12B 08.06.12B 08.06.13C 08.06.		ESPINIEROPLASTIA TAPLICATUR SIM EFINTEROR ESEIN EYTE
6.8.06.04C 6.8.06.04D 6.8.06.04D 6.8.06.06A 6.8.06.06B 6.8.06.06B 6.8.06.06C 6.8.06.06C 6.8.06.06C 6.8.06.06D 6.8.06.07D 6.8.06.08A 6.8.06.08A 6.8.06.08A 6.8.06.08B 6.8.06.08B 6.8.06.08D 6.8.06.08D 6.8.06.08D 6.8.06.08D 6.8.06.08D 6.8.06.08D 6.8.06.08D 6.8.06.08D 6.8.06.08D 6.8.06.09D 6.8.06.09D 6.8.06.11A 6.8.06.09D 6.8.06.11B 6.8.06.11C 6.8.06.11D 6.8.06.12A 6.8.06.12C 6.8.06.12C 6.8.06.12C 6.8.06.12D 6.8.06.12B 6.8.06.12C 6.8.06.12C 6.8.06.12C 6.8.06.13D 6.8.06.12D 6.8.06.13D 6.8.06.13D 6.8.06.13D 6.8.06.13D 6.8.06.13D 6.8.06.13D 6.8.06.13D 6.8.06.13D 6.8.06.13D 6.8.06.14A 6.8.06.15D 6.8.06.15D 6.8.06.15D 6.8.06.15D 6.8.06.16D 6.8.06.17D 6.8.06		ESFINIEROPLASTIA TALICATUR SIM EFINTEROR ESFIN EVIL
08.06.04D 08.06.06A HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL MEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL HEMORROIDECTOMIA O FISURATIONIA CON OUNICA OPERACION BOOK OLOR HEMORROIDECTOMIA O FISURATIONIA COMO UNICA OPERACION HEMORROIDECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE HISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANA		ESFINTEROPLASTIA T/PLICATUR SIM EFINTEROR ESEIN EYTE
HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL ROBECTOMIA INFARTECTOMIA-TROMBOSIS HEMORRODARIA TROBECTOMIA INFARTECTOMIA-TROMBOSIS HEMORRODARIA TROBECTOMIA INFARTECTOMIA-TROMBOSIS HEMORRODARIA TRATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD-PLAS.AI TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN		ESPINIEROPLASTIA T/PLICATUR SIM EFINTEROR ESPINIEVE
HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL 18.06.06C HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL HEMORROIDECTOMIA RIPARTECTOMIA-TROMBOSIS HEMORRODARIA TROBECTOMIA INFARTECTOMIA-TROMBOSIS HEMORRODARIA TROBECTOMIA INFARTECTOMIA-PMUCOSO-OP.WHITEHEAD-PLAS.AI TRATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD-PLAS.AI TRATAMIENT.DELAS MUCOSO-OP.WHITEHEAD-PLAS.AI TRATAMIENT.DELAS MUCOSO-OP.WHITEHEAD-PLAS.AI TRATAMIENT.DELAS MUCOSO-OP.WHITEHEAD-PLAS.AI TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN		HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL
08.06.06D HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL 08.06.07D TROBECTOMIA INFARTECTOMIA-TROMBOSIS HEMORRODARIA 1RATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD-PLAS.AI 1RATAMIENT.ADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN		HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL
HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL 1ROBECTOMIA INFARTECTOMIA-TROMBOSIS HEMORRODARIA 1ROBECTOMIA INFARTECTOMIA-TROMBOSIS HEMORRODARIA 1ROBECTOMIA INFARTECTOMIA-TROMBOSIS HEMORRODARIA 1RATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD-PLAS.AI 1RATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN		HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAL
TROBECTOMIA INFARTECTOMIA-TROMBOSIS HEMORRODARIA TROBECTOMIA INFARTECTOMIA-TROMBOSIS HEMORRODARIA TROBECTOMIA INFARTECTOMIA-TROMBOSIS HEMORRODARIA TRATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD-PLAS.AI TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN		HEMORROIDECTOMIA CON O SIN FISURA ANAI
1ROBECTOMIA INFARTECTOMIA-TROMBOSIS HEMORRODARIA 1ROBECTOMIA INFARTECTOMIA-TROMBOSIS HEMORRODARIA 1ROBECTOMIA INFARTECTOMIA-TROMBOSIS HEMORRODARIA 1RATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD.PLAS.AI 1RATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD.PLAS.AI 1RATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD.PLAS.AI 1RATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD.PLAS.AI 1RATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD.PLAS.AI 1RATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD.PLAS.AI 1RATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD.PLAS.AI 1RATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD.PLAS.AI 1RATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD.PLAS.AI 1RATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD.PLAS.AI 1RATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD.PLAS.AI 1RATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD.PLAS.AI 1RATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD.PLAS.AI 1RATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD.PLAS.AI 1RATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD.PLAS.AI 1RATAMIENT.ADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN		TROBECTOMIA INFARTECTOMIA-TROMBOSIS HEMOPRODARIA
1RATAMIENT: QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP. WHITEHEAD-PLAS. AI 1RATAMIENT: RADIC.ABCES. PERIA. C/RESECC. CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT: RADIC.ABCES. PERIA. C/RESECC. CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT: RADIC.ABCES. PERIA. C/RESECC. CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT: RADIC.ABCES. PERIA. C/RESECC. CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT: RADIC.ABCES. PERIA. C/RESECC. CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT: RADIC.ABCES. PERIA. C/RESECC. CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT: RADIC.ABCES. PERIA. C/RESECC. CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT: RADIC.ABCES. PERIA. C/RESECC. CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT: RADIC.ABCES. PERIA. C/RESECC. CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT: RADIC.ABCES. PERIA. C/RESECC. CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT: RADIC.ABCES. PERIA. C/RESECC. CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT: RADIC.ABCES. PERIA. C/RESECC. CRIPTA ORIGEN		TROBECTOMIA INFARTECTOMIA-TROMBOSIS HEMOPRODARIA
1RATAMIENT:QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD-PLAS.AI 1RATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD-PLAS.AI 1RATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD-PLAS.AI 1RATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD-PLAS.AI 1RATAMIENTO DE LAS HEMORROÏDES CON LIGADURA ELASTICA 1RATAMIENTO DE LAS HEMORROÏDES CON LIGADURA ELASTICA 1RATAMIENTO DE LAS HEMORROÏDES CON LIGADURA ELASTICA 1RATAMIENTO DE LAS HEMORROÏDES CON LIGADURA ELASTICA 1RATAMIENTO DE LAS HEMORROÏDES CON LIGADURA ELASTICA 1RATAMIENTO DE LAS HEMORROÏDES CON LIGADURA ELASTICA 1RATAMIENTO DE LAS HEMORROÏDES CON LIGADURA ELASTICA 1RATAMIENTO DE LAS HEMORROÏDES CON LIGADURA ELASTICA 1RATAMIENTO DE LAS HEMORROÏDES CON LIGADURA ELASTICA 1RATAMIENT ADICADE 1RATAMIENT.QUIRURG.PROLAP MUCOSO-OP.WHITEHEAD-PLAS.AI 1RATAMIENT.RADICABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT.RADICABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT.RADICABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT.RADICABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT.RADICABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT.RADICABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT.RADICABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT.RADICABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT.RADICABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 1RATAMIENT.RADICABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN	-	I KATAMIENT QUIRURG PROLAP MUCOSO OP WHITTEHEAD DITAG AND
1RATAMIENT, QUIRURG, PROLAP MUCOSO-OP, WHITEHEAD-PLAS, AI 08.06.09A TRATAMIENT, QUIRURG, PROLAP MUCOSO-OP, WHITEHEAD-PLAS, AI 08.06.09D TRATAMIENTO DE LAS HEMORROIDES CON LIGADURA ELASTICA 08.06.11A FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.11B FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.11C FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.12A FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.12B FISURECTOM-CRIPTECT. O PAPILECT. C/O S/ESFINT. O ESFINT 08.06.12B FISURECTOM-CRIPTECT. O PAPILECT. C/O S/ESFINT. O ESFINT 08.06.12C FISURECTOM-CRIPTECT. O PAPILECT. C/O S/ESFINT. O ESFINT 08.06.12C FISURECTOM-CRIPTECT. O PAPILECT. C/O S/ESFINT. O ESFINT 08.06.13A ESFINTEROTOMIA O ES ERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.13B ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.13C ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.13D ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.14A ESCIS LESION PIEL PERIANAL—CUERP, PAPILOMPLICOM B. ANO 08.06.15D FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 08.06.15D FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 08.06.15D FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 08.06.15D TRATAMIENT. RADIC. ABCES. PERIA. C/RESECC. CRIPTA ORIGEN 08.06.17C TRATAMIENT. RADIC. ABCES. PERIA. C/RESECC. CRIPTA ORIGEN 08.06.17D TRATAMIENT. RADIC. ABCES. PERIA. C/RESECC. CRIPTA ORIGEN 08.06.17D TRATAMIENT. RADIC. ABCES. PERIA. C/RESECC. CRIPTA ORIGEN		TRATAMIENT, QUIRURG PROLAP MUCOSO OP, WHITEHEAT DE AS AN
1RATAMIENTO DE LAS HEMORROÏDES CON LIGADURA ELASTICA 1RATAMIENTO DE LAS HEMORROÏDES CON LIGADURA LASTICA 1RATAMIENTO DE LAS HEMORROÏDES CON LIGADURA LASAL 1RATAMIENTO DE LAS HEMORROÏDES CON LIGADURA LASAL 1RATAMIENTO DE LAS HEMORROÏDES CON LIGADURA LASAL 1RATAMIENTO DE LAS HEMORROÏDES CON LIGADURA LASAL		TRATAMIENT QUIRURG PROLAP MUCOSO OP WHITE HEAD DE AS AN
1RATAMIENTO DE LAS HEMORROIDES CON LIGADURA ELASTICA 08.06.09D TRATAMIENTO DE LAS HEMORROIDES CON LIGADURA ELASTICA 08.06.11A FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.11D FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.12A 08.06.12A 08.06.12A 08.06.12B FISURECTOM-CRIPTECT. O PAPILECT.C/O S/ESFINT.O ESFINT 08.06.12B 08.06.12C FISURECTOM-CRIPTECT. O PAPILECT.C/O S/ESFINT.O ESFINT 08.06.13A ESFINTEROTOMIA O ES FISURECTOM-CRIPTECT. O PAPILECT.C/O S/ESFINT.O ESFINT 08.06.13A ESFINTEROTOMIA O ES FINTEROTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.13B ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.13C ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.13C ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.13C ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.13C DESCISLESION PIEL PERIANAL-CUERP.PAPILOM.PLICOM.B. ANO 08.06.15A FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 08.06.15A FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 08.06.15A FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 08.06.15A FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 08.06.15A FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 08.06.15A FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 08.06.15A FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 08.06.15A FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 08.06.15A FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 08.06.15A FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 08.06.15A FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 08.06.15A FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 08.06.15A FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 08.06.15A FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 08.06.15A FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 08.06.15A FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 08.06.15A FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 08.06.15A FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 08.06.15A FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOL		TRATAMIENT QUIRURG PROLAP MUCOSO-OP WHITTEHE AT LDT AS AN
1RATAMIENTO DE LAS HEMORROIDES CON LIGADURA ELASTICA 18.06.11A FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 18.06.06.11C FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 18.06.11C FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 18.06.11D FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 18.06.12A FISURECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 18.06.12A FISURECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 18.06.12B FISURECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 18.06.13C FISURECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 18.06.13C FISURECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 18.06.13C FISURECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 18.06.13C FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL OSFINT 18.06.13C FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL OSFINT 18.06.13C FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL OSFINT 18.06.13C FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL OSFINT 18.06.13C FISTULECTOMIA O ESFINT 18.06.13C FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL 18.06.13C FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL 18.06.13C FISTULECTOMIA O FIS		TRATAMIENTO DE LAS HEMORROTOES CON LIGADITRA EL ASTICA
FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.11B FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.11D FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.12A FISURECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.12A FISURECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.12B FISURECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.12C FISURECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.12C FISURECTOMIA CRIPTECT. O PAPILECT.C/O S/ESFINT.O ESFINT 08.06.13A FISURECTOMIA-CRIPTECT. O PAPILECT.C/O S/ESFINT.O ESFINT 08.06.13A FISURECTOMIA-CRIPTECT. O PAPILECT.C/O S/ESFINT.O ESFINT 08.06.13A FISURECTOMIA-CRIPTECT. O PAPILECT.C/O S/ESFINT.O ESFINT 08.06.13A FISURECTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.13B FISURECTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.13C FISTITEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.13C FISTITEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.14A FISTULETE 08.06.15D FISTITEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 08.06.15A FULGURACION PIEL PERIANAL-CUERP, PAPILOM PLICOM B. ANO 08.06.15A FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 08.06.15D FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 08.06.15D FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 08.06.15D FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 08.06.15D TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 08.06.17D TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 08.06.17D TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 08.06.17D TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN		TRATAMIENTO DE LAS HEMORROTDES CON LICADURA EL ASTICA
#ISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.11D 08.06.12A FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.12B FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.12C 18.06.12C FISURECTOMCRIPTECT.O PAPILECT.C/O S/ESFINT.O ESFINT 18.06.12C FISURECTOMCRIPTECT.O PAPILECT.C/O S/ESFINT.O ESFINT 18.06.13A ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 18.06.13B ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 18.06.13C ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 18.06.13D ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 18.06.14A ESCIS LESION PIEL PERIANAL—CUERP, PAPILOM PLICOM B. ANO 18.06.15D 18.06.15D 18.06.15D 18.06.15D 18.06.16A 18.06.17D TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.17C TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN		FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE
98.06.11C FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 98.06.12A FISURECTOM-CRIPTECT.O PAPILECT.C/O S/ESFINT.O ESFINT 98.06.12B FISURECTOM-CRIPTECT.O PAPILECT.C/O S/ESFINT.O ESFINT 98.06.12C FISURECTOM-CRIPTECT.O PAPILECT.C/O S/ESFINT.O ESFINT 98.06.12D FISURECTOM-CRIPTECT.O PAPILECT.C/O S/ESFINT.O ESFINT 98.06.12D FISURECTOM-CRIPTECT.O PAPILECT.C/O S/ESFINT.O ESFINT FISURECTOM-CRIPTECT.C/O S/ESFINT.O ESFINT FISU		FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTUL HTTE
FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTULETE 08.06.12A 108.06.12B 108.06.12C 108.06.12C 108.06.12C 108.06.12D 108.06.12D 108.06.13A 108.06.13A 108.06.13A 108.06.13B 108.06.13B 108.06.13B 108.06.13C 108.06.14D 108.06.15D 108.06.15D 108.06.15D 108.06.15D 108.06.15D 108.06.15D 108.06.15D 108.06.15D 108.06.16D 108.06.16D 108.06.17D 108.06.17C		FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANAL-FISTUL ETE
FISURECTOMCRIPTECT.O PAPILECT.C/O S/ESFINT.O ESFINT 08.06.12B 108.06.12C 108.06.12D 108.06.12D 108.06.12D 108.06.12D 108.06.13A 108.06.13A 108.06.13A 108.06.13B 108.06.13B 108.06.13C 108.06.15D 108.06.17C 108.06.17C 108.06.17C 108.06.17D		FISTULECTOMIA O FIST-FISTULA DEL CANAL ANALETSTITI ETE
FISURECTOMCRIPTECT.O PAPILECT.C/O S/ESFINT.O ESFINT 98.06.12D 98.06.12D FISURECTOMCRIPTECT.O PAPILECT.C/O S/ESFINT.O ESFINT 98.06.13A ESFINIEROTOMIA O ES ERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 98.06.13C ESFINIEROTOMIA O ESFINIERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 98.06.13C ESFINIEROTOMIA O ESFINIERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 98.06.13C ESFINIEROTOMIA O ESFINIERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 98.06.14A ESCIS.LESION PIEL PERIANAL-CUERP,PAPILOMPLICOMB ANO 98.06.15A FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 98.06.15D FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 98.06.15D 18.06.16A 18.06.17B 18.06.17B TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.17C TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN		FISURECTOM,-CRIPTECT,O PAPILECT,C/O S/ESFINT O ESFINT
FISURECTOMCRIPTECT.O PAPILECT.C/O S/ESFINT.O ESFINT 98.06.12D 98.06.12D FISURECTOMCRIPTECT.O PAPILECT.C/O S/ESFINT.O ESFINT 98.06.13A ESFINTEROTOMIA O ES ENCTOMIA COMO UNICA OPERACION 98.06.13B ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 80.06.13D ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION ESCIS.LESION PIEL PERIANAL—CUERP.PAPILOMPLICOM.B. ANO 18.06.14D ESCIS.LESION PIEL PERIANAL—CUERP.PAPILOMPLICOM.B. ANO 18.06.15D FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 18.06.16A INSCISION O DRENAIE DE ABCESO PERIANAL 18.06.17B TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.17C TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN		FISURECTOM, CRIPTECT, O PAPILECT, C/O S/ESFINT, O FSFINT
FISURECTOMCRIPTEC*** OAPILECT.C/O S/ESFINT.O ESPINT 18.06.13A 18.06.13B 18.06.13C 18.06.13C 18.06.13C 18.06.13C 18.06.13C 18.06.13C 18.06.13C 18.06.13C 18.06.13C 18.06.14A 18.06.14A 18.06.14A 18.06.14D 18.06.15D 18.06.16A 18.06.17C		FISURECTOM,-CRIPTECT,O PAPILECT,C/O S/ESFINIT O ESFINIT
18.06.13A ESFINIEROTOMÍA O ES ERCTOMÍA COMO UNICA OPERACION 28.06.13B ESFINIEROTOMÍA O ESFINIERCTOMÍA COMO UNICA OPERACION 28.06.13C ESFINIEROTOMÍA O ESFINIERCTOMÍA COMO UNICA OPERACION 28.06.14A ESCISLESION PIEL PERIANAL-CUERP, PAPILOM PLICOM B. ANO 28.06.15A FULGURACION RADIC, CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 48.06.15D FULGURACION RADIC, CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 48.06.15D FULGURACION RADIC, CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 48.06.16D INSCISION O DRENAIE DE ABCESO PERIANAL INSCISION O DRENAIE DE ABCESO PERIANAL 28.06.17D TRATAMIENT, RADIC, ABCES, PERIA, C/RESECC, CRIPTA ORIGEN 18.06.17C TRATAMIENT, RADIC, ABCES, PERIA, C/RESECC, CRIPTA ORIGEN 18.06.17D TRATAMIENT, RADIC, ABCES, PERIA, C/RESECC, CRIPTA ORIGEN 18.06.17D TRATAMIENT, RADIC, ABCES, PERIA, C/RESECC, CRIPTA ORIGEN 18.06.17D TRATAMIENT, RADIC, ABCES, PERIA, C/RESECC, CRIPTA ORIGEN 18.06.17D		FISURECTOMCRIPTECT PAPILECT.C/O S/ESFINT O ESFINT
18.06.13B ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 28.06.13C ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 28.06.14D ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACION 28.06.14D ESCISLESION PIEL PERIANAL-CUERP, PAPILOM PLICOM B. ANO 28.06.15D FULGURACION RADIC, CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 48.06.15D FULGURACION RADIC, CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 28.06.16D INSCISION O DRENAIE DE ABCESO PERIANAL 28.06.17D TRATAMIENT, RADIC, ABCES, PERIA, C/RESECC, CRIPTA ORIGEN 28.06.17C TRATAMIENT, RADIC, ABCES, PERIA, C/RESECC, CRIPTA ORIGEN 28.06.17D TRATAMIENT, RADIC, ABCES, PERIA, C/RESECC, CRIPTA ORIGEN 28.06.17D TRATAMIENT, RADIC, ABCES, PERIA, C/RESECC, CRIPTA ORIGEN 28.06.17D TRATAMIENT, RADIC, ABCES, PERIA, C/RESECC, CRIPTA ORIGEN 28.06.17D TRATAMIENT, RADIC, ABCES, PERIA, C/RESECC, CRIPTA ORIGEN 28.06.17D TRATAMIENT, RADIC, ABCES, PERIA, C/RESECC, CRIPTA ORIGEN 28.06.17D		ESFINIEROTOMIA O ES ERCTOMIA COMO UNICA OPERACION
ESFINIEROTOMIA O ESFINIERCTOMIA COMO UNICA OPERACION D8.06.13D ESFINIEROTOMIA O ESFINIERCTOMIA COMO UNICA OPERACION D8.06.14D ESCIS.LESION PIEL PERIANAL-CUERP.PAPILOM.PLICOM.B.ANO D8.06.15A FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS B.06.15D FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS INSCISION O DRENAIE DE ABCESO PERIANAL INSCISION O DRENAIE DE ABCESO PERIANAL TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN D8.06.17D TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN		ESFINIEROTOMIA O ESFINIERCTOMIA COMO UNICA OPERACION
ESPINIEROTOMIA O ESFINIERCTOMIA COMO UNICA OPERACION B.06.14A ESCIS.LESION PIEL PERIANAL-CUERP,PAPILOM.PLICOM.B. ANO 18.06.15A FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 18.06.15D FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 18.06.16A INSCISION O DRENAJE DE ABCESO PERIANAL INSCISION O DRENAJE DE ABCESO PERIANAL INSCISION O DRENAJE DE ABCESO PERIANAL TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.17D TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.17D TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.17D TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.17D TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.17D		ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACIONI
18.06.14A ESCISLESION PIEL PERIANAL-CUERP, PAPILOM.PLICOM.B.ANO 18.06.14D ESCISLESION PIEL PERIANAL-CUERP, PAPILOM.PLICOM.B.ANO 18.06.15D FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 18.06.15D FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 18.06.16A INSCISION O DRENAIE DE ABCESO PERIANAL 18.06.17A TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.17C TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.17D TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.17D TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.17D TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN	8.06,13D	ESFINTEROTOMIA O ESFINTERCTOMIA COMO UNICA OPERACIONI
18.06.154 ESCIS LESION PIEL PERIANAL-CUERP, PAPILOM.PLICOM.B.ANO 18.06.155 FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 18.06.164 INSCISION O DRENAIE DE ABCESO PERIANAL 18.06.165 INSCISION O DRENAIE DE ABCESO PERIANAL 18.06.174 TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.175 TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.170 TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.170 TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.170 TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.170 TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN	8.06,14A	ESCIS, LESION PIEL PERIANAL-CUERP, PAPILOM PLICOM BANG
FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 88.06.15D FULGURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS 18.06.16A INSCISION O DRENAIE DE ABCESO PERIANAL 19.06.17A TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.17B TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.17C TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.17D TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.17D TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.17D	8.06.14D	ESCISLESION PIEL PERIANAL-CUERP, PAPILOM PLICOM BAND
### FULCURACION RADIC.CONDILOMAS ACUMINADOS VOLUMINOSOS #################################	8,06,15A	FULGURACION RADIC CONDILOMAS ACTIMINADOS VOLUMINOSOS
INSCISION O DRENAIE DE ABCESO PERIANAL 18.06.16D INSCISION O DRENAIE DE ABCESO PERIANAL 18.06.17A TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.17B TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.17C TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.17D TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.17D TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN	8.06.15D	FULGURACION RADIC, CONDILOMAS ACUMINADOS VOI UMINOSOS
18,06,16D INSCISION O DRENAJE DE ABCESO PERIANAL 18,06,17A TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18,06,17B TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18,06,17C TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18,06,17D TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN	8.06.16A	INSCISION O DRENAJE DE ABCESO PERIANAL
18.06.17A TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.17B TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.17C TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.17D TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN	8.06.16D	INSCISION O DRENAJE DE ABCESO PERTANAT
18.06.17B TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.17C TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.17D TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN	8.06.17A	TRATAMIENT RADIC ABCES PERIA C/RESECC CRIPTA ORIGIN
8.06.17C TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN 18.06.17D TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN	8,06.17B	TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGINA
8.06,17D TRATAMIENT.RADIC.ABCES.PERIA.C/RESECC.CRIPTA ORIGEN	8.06.17C	TRATAMIENT RADIC ABCES PERIA CARRERCO ORIGINA ORIGINA
	8.06.17D	TRATAMIENT RADIC ABCES PERIA CRESECC CRIDGA ODICENT
OF THE EN HIGHDOVIAS B		
		OF THE COLUMN THE BEAUTY OF TH

Código	Descrincón
Courre	Dexer incor

08.07.01A	LOBECTOMIA HEPATICA
08,07.01B	LOBECTOMIA HEPATICA
08.07.01C	LOBECTOMIA HEPATICA
08.07.01D	LOBECTOMIA HEPATICA
08.07.02A	SEGMENTECTOMIA HEPATICA
08.07.02B	SEGMENTECTOMIA HEPATICA
08.07.02C	SEGMENTECTOMIA HEPATICA
08.07.02D	SEGMENTECTOMIA HEPATICA
08.07.03A	HEPATECT.PARCESCIS.RADIC.LESION HIGA QUIST HIDATLAM
08.07.03B	HEPATECT.PARC.ESCIS.RADIC.LESION HIGA.QUIST.HIDATLAM
08,07,03C	HEPATECT.PARCESCIS.RADIC.LESION HIGA.QUIST.HIDATLAM
08,07,03D	HEPATECT PARCESCIS RADICLESION HIGA QUIST HIDATLAM
08.07.04A	HEPATOSTOMIA MARSUPIA QUISTE HIDATIDICOS ABSCESOS ETC
08,07,04B	HEPATOSTOMIA MARSUPIA.QUISTE HIDATIDICOS ABSCESOS ETC
08.07.04C	HEPATOSTOMIA MARSUPIA QUISTE HIDATIDICOS ABSCESOS ETC
08.07.04D	HEPATOSTOMIA MARSUPIA.QUISTE HIDATIDICOS ABSCESOS ETC
08.07.05A	SUTURA HIGADO POR TRAUMATISMO-HERIDAS -DESGARRO-ETC.
08,07,05B	SUTURA HIGADO POR TRAUMATISMO-HERIDAS -DESGARRO-ETC. SUTURA HIGADO POR TRAUMATISMO-HERIDAS -DESGARRO-ETC.
08.07.05C	SUTURA HIGADO POR TRAUMATISMO-HERIDAS -DESGARRO-ETC.
08.07.05D	STITLE A HICADO POR TRAUMATISMO-HERIDAS -DESGARRO-ETC.
08.07.06A	SUTURA HIGADO POR TRAUMATISMO-HERIDAS -DESGARRO-ETC. BIOPSIA DE HIGADO POR LAPARATOMIA
08.07.06B	BIOPSIA DE HIGADO POR LAPARATOMIA
08.07.06C	BIOPSIA DE HIGADO POR LAPARATOMIA
08.07.06D	
08.07.07A	BIOPSIA DE HIGADO POR LAPARATOMIA PUNCION DE HIGADO-PERCUTANEA-
08.07.07D	PUNCION DE HIGADO-PERCUTANEA-
08.07.08A	COLECISTOSTOMIA
08.07.08B	COLECISTOSTOMIA
08.07.08C	COLECISTOSTOMIA
08.07.08D	COLECISTOSTOMIA
08.07.09A	COLECISTECTOMIA CON O SIN COLEDOCOTOMIA
08.07.09B	COLECISTECTOMIA CON O SIN COLEDOCOTOMIA
08.07.09C	COLECISTECTOMIA CON O SIN COLEDOCOTOMIA
08,07,09D	COLECISTECTOMIA CON O SIN COLEDOCOTOMIA
08.07.10A	SECC.AMPOLLA VATER-TRANSDUOD PAPILOT, C/O S/COLECISTEC
08.07.10B	SECC.AMPOLLA VATER-TRANSDUOD PAPILOT.C/O S/COLECISTEC
08,07,10C	SECCAMPOLLA VATER-TRANSDUOD PAPILOT.C/O S/COLECISTEC
08.07.10D	SECC.AMPOLLA VATER-TRANSDUOD PAPILOT, C/O S/COLECISTEC
08.07.11A	COLEDOCOTOMIA-ÇOMO UNICO TRATAMIENTO
08,07,11B	COLEDOCOTOMIA, COMO UNICO TRATAMIENTO
	The state of the s

reso Ponous

OLGA TERESITA PAREDES Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión M.S.

Es Copia

Lytics 18 de Octybre de 1999

MARIO JOSE GODOY TESORERO OBRA SOCIAL PERSONAL MARITIMO

CARLOS 7.1 % 17 % PRESENTANTO OF CONSEIO DE ADMINISTRACIONE H.B.I.



COLEDOCOTOMIA-COMO UNICO TRATAMIENTO 08.07.11C COLEDOCOTOMIA-COMO UNICO TRATAMIENTO ANSTOMOSIS BILIODIG.SIMP.-COLECIS.YEYUNOST.COLEDOCODU 08.07.11D 08.07.12A ANSTOMOSIS BILIODIG.SIMP.-COLECIS, YEYUNOST.COLEDOCODU ANSTOMOSIS BILIODIG.SIMP.-COLECIS, YEYUNOST.COLEDOCODU 08.07.12B 08.07.12C ANASTOMOSIS BILIODIG.SIMP.-COLECIS. YEYUNOST.COLEDOCOD
ANSTOMOSIS BILIODIG.COMP.-HEPATOYEYUNOST.DERIV.CON.SE
ANSTOMOSIS BILIODIG.COMP.-HEPATOYEYUNOST.DERIV.CON.SE
ANSTOMOSIS BILIODIG.COMP.-HEPATOYEYUNOST.DERIV.CON.SE 08,07,12D 08.07.13A 08,07.13B ANSTOMOSIS BILIODIG.COMP.-HEPATOYEYUNOST.DERIV.CON.SE ANSTOMOSIS BILIODIG.COMP.-HEPATOYEYUNOST.DERIV.CON.SE ANSTOMOSIS BILIODIG.COMP.-HEPATOYEYUNOST.DERIV.CON.SE 08.07.13C 08.07.13D ANSTOMOSIS BILIODICICUMP, HEPATOTETUNOS I DEKLV. COP OPERAC, REPARAD, VIA BILIA, P/LESION QUIRUR, REOPER, S/V, B OPERAC, REPARAD, VIA BILIA, P/LESION, QUIRUR, REOPER, S/V, B OPERAC, REPARAD, VIA BILIA, P/LESION, QUIRUR, REOPER, S/V, B 08.07.14A 08.07.14B 08,07,14C 08.07.14D OPERAC, REPARAD, VIA BIL IA P/I ESION QUIRUR REOPER S/V B EXTRAC.INSTRUMENT.COMPLETA CALCULOS COLEDOCIA.PERCUTA EXTRAC.INSTRUMENT.COMPLETA CALCULOS COLEDOCIA.PERCUTA 08.07.15A 08.07.15D GRUPO 08-08 OPERACIONES EN EL PANCREAS Código Descripcón 08.08.01A DUODENOPANCREATECTOMIA DUODENOPANCREATECTOMIA DUODENOPANCREATECTOMIA G10.80,80 08,08,01C 010,80,80 DUODENOPANCREATECTOMIA ANASTOMOS PANCREATICODIGPANCREATICOGAS.Y CISTOYEYUNO ANASTOMOS PANCREATICODIGPANCREATICOGAS.Y CISTOYEYUNO ANASTOMOS PANCREATICODIGPANCREATICOGAS.Y CISTOYEYUNO ANASTOMOS PANCREATICODIGPANCREATICOGAS.Y CISTOYEYUNO 08.08.02A 08.08.02R 08.08.02C ANASTOMOS.PANCREATICODIGPANCREATICOGAS.Y CISTOYEYUNO ESCIS.LOC.LESLPANCREAS.ADENOMASECUEST.-DRENA.SEILQUI 08.08.0213 08,08,03A ESCIS.LOC.LESLPANCREAS-ADENOMASECUEST,-DRENA.SEU.QUI 08.08.03B ESCIS.LOC.LES.LPANCREAS-ADENOMASECUEST, DRENA, SEU, QUI ESCIS.LOC.LÉS.LPANCREAS-ADENOMASECUEST, DRENA, SEU, QUI ESCIS.LOC.LES.LPANCREAS-ADENOMASECUEST, DRENA, SEU, QUI ESCIS.CORPOROCAUDAL, ESPLENOPANCREATECT, CORPOROCAUDAL ESCIS.CORPOROCAUDAL, ESPLENOPANCREATECT, CORPOROCAUDAL ESCIS.CORPOROCAUDAL, ESPLENOPANCREATECT, CORPOROCAUDAL ESCIS.CORPOROCAUDAL, ESPLENOPANCREATECT, CORPOROCAUDAL ESCIS.CORPOROCAUDAL, ESPLENOPANCREATECT, CORPOROCAUDAL 08.08.03C 08.08.03D 08.08.04A 08.08.04B 08.08.040 ESCIS,CORPOROCAUDAL,ESPLENOPANCREATECT,CORPOROCAUDAL 08,08,04D ESCIS, CORPOROCAUDAL, ESPLENUPANCREA I ECI, CORFORCE AUD SUTURA PANCREAS-HERIDA-TRAUMATISMO-BIOPSIA PANCREAS SUTURA PANCREAS-HERIDA-TRAUMATISMO-BIOPSIA PANCREAS SUTURA PANCREAS-HERIDA-TRAUMATISMO-BIOPSIA PANCREAS SUTURA PANCREAS-HERIDA-TRAUMATISMO-BIOPSIA PANCREAS 08.08.05A 08,08.05B 08.08.050 08.08.05D GRUPO 08-09 **OPERA**V YES EN BAZO Código Descripcón 08.09.01A ESPLENECTOMIA -COMO UNICA INTERVENCION-08.09.01B ESPLENECTOMIA -COMO UNICA INTERVENCION-08.09.01C ESPLENECTOMIA -COMO UNICA INTERVENCION 08,09,01D ESPLENECTOMIA -COMO UNICA INTERVENCION-**CAPITULO** 09 OPERACIONES EN VASOS/GANGLIOS LINFATICOS GRUPO 09-01 OPERACIONES VASOS/GANGLIOS LINFATICOS Código Descripcón 09.01.01A LINFADENECT.CERVIC/AXII/INGUINAI/RADIC/UNILAT/UNIC OP 09.01.01B LINFADENECT.CERVIC/AXII/INGUINAL/RADIC/UNILAT/UNIC OP LINFADENECT.CERVIC/AXII/INGUINAL/RADIC/UNILAT/UNIC OP 09.01,01C LINFADENECT.CERVIC/AXIL/INGUINAL/RADIC/UNILAT/UNIC OP LINFADENECT.CERVIC/AXIL/INGUINAL/RADIC/BILAT/UNIC OP LINFADENECT.CERVIC/AXILA/INGUINAL/RADIC/BILAT/UNIC OP LINFADENECT.CERVIC/AXILA/INGUINAL/RADIC/BILAT/UNIC OP LINFADENECT.CERVIC/AXILA/INGUINAL/RADIC/BILAT/UNIC OP LINFADENECT.CERVIC/AXILA/INGUINAL/RADIC/BILAT/UNIC OP LINFADENECT.CERVIC/AXILA/INGUINAL/RADIC/BILAT/UNIC OP 09.01.01D 09.01.02A 09.01.02B 09.01.02C 09,01,02D ESCIS. LESION CONDUCTOS LINFATICOS LINFASIOMA HIGROMA ESCIS. LESION CONDUCTOS LINFATICOS LINFASIOMA HIGROMA 09.01.03A 09.01.03B 09.01.03C ESCIS, LESION CONDUCTOS LINFATICOS-LINFASIOMA HIGROMA 09,01,03D ESCIS, LESION CONDUCTOS LINEATICOS LINEASIOMA HICROMA 09.01.05A LINFADENECTOMIA-BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO LINFADENECTOMIA-BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO LINFADENECTOMIA-BIOPSIA-DE GANGLIO LINFATICO 09,01.0*5*B 09.01.05D 09.01.06A LINFADENOTOMIA 09.01.06D LINFADENOTOMIA 09.01.07D BIOPSIA DE GANCELIO LINFATICO POR PUNCION. **CAPITULO** OPERACIONES APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULI 10 GRUPO 10-01 OPERACIONES RIÑON Y URETER Código Descripcón 10,01,01A NEFRECTOMIA TOTAL-CUALQUIERA FUERA LA VIA UTILIZADA 10.01.01B 10.01.01C 10.01.01D OLGA TERESITA PAREDES NEFRECTOMIA PARCIAL NEFRECTOMIA PARCIAL 10.01.02A Dir. Gral, Seg. y Control de Gestión M.S. 10.01,02B 10,01,02C NEFRECTOMIA PARCIAI 10.01.02D 10.01.03A NEFRECTOMIA PARCIAL Copia NEFROURETERECTOMIA TOTAL CON CISTECTOMIA PARCIAL NEFROURETERECTOMIA TOTAL CON CISTECTOMIA PARCIAL 10.01.03B NEFROURETERECTOMIA TOTAL CON CISTECTOMIA PARCIAL
NEFROURETERECTOMIA TOTAL CON CISTECTOMIA PARCIAL 10.01.03C 10.01.03D GRUPO OPERACIONES EN LA VEJIGA Código Descripcón

le 1999

Q

AL MA

VIM 2

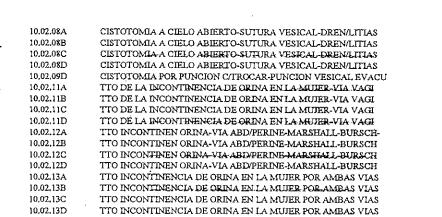
ов∖≂и

MARIO WHE GODOY TESORERO OBRA SOCIAL PERSONAL MARITIMO MARIO

CONSEID OF ADMINISTRACION

6000 (S.B

Página 14 de 27



10.02.13C 10.02.13D

10-05 OPERACIONES TEST. VAC: CORDON ESPERMATICO

Código	Descripcón
10.04.02.4	OPOLITICATION OF STATE AND ADMINISTRATION OF STATE AND AND AND AND ADMINISTRATION OF STATE AND ADMINISTRATION OF S
10.05.02A	ORQUIDECTOMIA SUB-ALBUGINEA BILATERAL
10.05.02B	ORQUIDECTOMIA SUB-ALBUGINEA BILATERAL
10.05.02C	ORQUIDECTOMIA SUB-ALBUGINEA BILATERAL
10.05.02D	ORQUIDECTOMIA SUB-ALBUGINEA BILATERAL
10.05.03A	ORQUIDECTOMIA UNILATERAL
10.05.03B	ORQUIDECTOMIA UNILATERAL
10,05,03C	ORQUIDECTOMIA UNILATERAL
10.05.03D	ORQUIDECTOMIA UNILATERAL
10.05.04A	ORQUIDOPEXIA UNILAT-CUALQUIER TECNICA-C/STTO HERNIA
10.05.04B	ORQUIDOPEXIA UNILAT-CUALQUIER TECNICA-C/S TTO HERNIA
10.05.04C	ORQUIDOPEXIA-UNILAT-CUALQUIER TECNICA-C/S TTO HERNIA
CI+0:00:01	ORQUIDOPEXIA UNILAT-CUALQUIER TECNICA-C/S TTO HERNIA
10,05.05A	ORQUIDOPEXIA BILAT. C/S TRATAM THERNIA CONCOMITANTE
10.05.05B	ORQUIDOPEXIA BILAT. C/S TRATAM, HERNIA CONCOMITANTE
10.05.05C	ORQUIDOPEXIA BILAT, C/S TRATAM_HERNIA-CONCOMITANTE
10,05,05D	ORQUIDOPEXIA BILAT. C/S TRATAM. HERNIA CONCOMITANTE
10,05,06A	TRATAMIENTO QUIRURGICO HIDROCELE-VARICOCELE (TEST/VAG
10,05,06B	TRATAMIENTO QUIRURGICO HIDROCELE-VARICOCELE (TEST/VAG
10.05,06C	TRATAMIENTO QUIRURGICO HIDROCELE-VARICOCELE (TEST/VAG
10.05.06D	TRATAMIENT O QUIRURGICO HID ROCELE-VARICOCELE (TEST/VAG
10.05.07A	BIOPSIA DE TESTICULO .
10.05,07B	BIOPSIA DE TESTICULO
10.05.07C	BIOPSIA DE TESTICULO
10,05.07D	BIOPSIA DE TICULO
10,05.09A	DRENAJE AL-LSO TESTIC ESCIS, LESION LOCAL DE TESTICULO
10,03.09D	DRENAJE ABCESO TESTIC ESCIS LESION LOCAL DE TESTICULO
10,05,10A	PUNCION DE DERRAME ESCROTAL
10.05.10D	PUNCION DE DERRAME ESCROTAL
	10-06 OPERACIONES EN EPIDIDINO-CONDUCTO DEFERENTE
Código	Descripcón

BIOPSIA DE EPIDIDIMO 10.06.06A BIOPSIA DE EPIDIDIMO 10.06.06C BIOPSIA DE EPIDIDIMO BIOPSIA DE EPIDIDIMO OPERACIONES EN EL PENE 10-07 Código Descripcón-10.07.09A POSTIOPLASTIA-FIMOSIS (INCLUYE FRENULOTOMIA) POSTIOPLASTIA-FIMOSIS (INCLUYE FRENULOTOMIA) 10,07,09B 10.07,09C POSTIOPLASTIA-FIMOSIS (INCLUYE FRENULOTOMIA) 10.07.09D POSTIOPLASTIA-FIMOSIS (INCLUYE FRENULOFOMIA) 10,07,10A CIRCUNSCISION 10.07.10B CIRCUNSCISION CIRCUNSCISION 10.07.10C 10.07.10D CIRCUNSCISION

INSCISION DORSAL O LATERAL DEL PREPUCIO-FRENULOTOMIA

INSCISION DORSAL O LATERAL DEL PREPUCIO-FRENULOTOMIA

OPERACIONES OVARIO/TROMPAS

CAPITULO

GRUPO

GRUPO

OPERACIONES OBSTETRICAS Y APARATO GENITAL FEME

10,07.11A

10,07.11D

11

Código	Descripcon
11,01,01A	RESEC-EXTIRPAC CUNEIFORME OVARIOS/OOFOROPL/SALPINGECT
11.01.01B	RESEC-EXTIRPAC CUNEIFORME OVARIOS/OOFOROPL/SALPINGECT
11.01.01C	RESEC-EXTIRPAC CUNEIFORME OVARIOS/OOFOROPL/SALPINGECT
11,01,01D	RESEC-EXTIRPAC CUNEIFORME OVARIOS/OOFOROPL/SALPINGECT
11.01.02A	CULDOSCOPIA-LAPAROSCOPIA CON LUZ FRIA
11.01.02D	CULDOSCOPIA-LAPAROSCOPIA CONLUZ FRIA
11.01.03A	CELIOSCOPIA, CULDOSCOPIA O LAPAROSCOPIA CONVENC. C/BP
11.01.03C	CELIOSCOPIA, CULDOSCOPIA O L'APAROSCOPIA CONVENC, C/BP
11,01,03D	CELIOSCOPIA, ULDOSCOPIA O LAPAROSCOPIA CONVENC, C/BP
11.01.04A	LIGADURA DE TROMPAS (COMO UNICA OPERACION)
11.01.04B	LIGADURA DE TROMPAS (UNICA OPERACION)
11,01,04C	LIGADURA DE TROMPAS (UNICA OPERACION)
11.01.04D	LIGADURA DE TROMPAS (UNICA OPERACION)
11,01,05A	MICROCIRUGIA P/TRAT.DE LA ESTERILIDAD UNI O BILATERAL
11.01.05B	MICROCIRUGIA P/TRAT, DE LA ESTERILIDAD UNI O BILATERAL
11.01.05C	MICROCIRUGIA P/TRAT DE LA ESTERILIDAD UNI O BILATERAL
11.01.05D	MICROCIRUGIA PARATIDE LA ESTERIUIDAD UNI O BILATERAL

OLGA TERESITA PAREDES Olr. Gral. Seg. y Control de Gestión M.S.

Copia : (3)

es 18 de Octubre de 1999

H-335

0 UNKE edes (M)

ASSIL RO E GODOY MARIÒ PERSONAL MARITIMO

Página 15 de ng that his last in Mal

Section 2

<u> </u>	11-02. OPERACIONES EN EL UTERO	*
Código	Descripcón	Terndo & Islan
11,02,01A	HISTERECTOMIA RADIC/COLPOANEXOHISTERECTOMIA TOT AMPLI	(, , , L.O
11.02.01B	HISTERECTOMIA RADIC/COLPOANEXOHISTERECTOMIA TOT ALGULI	2.72/1
11.02.01C 11.02.01D	HISTERECTOMIA RADIC/COLPOANEXOHISTERECTOMIA TOT ALORE	
11.02.03A	HISTERECTOMIA RADIC/COLPOANEXOHISTERECTOMIA TOT AMPLI HISTERECTOMIA C/S ANEXECTOMIA VIA ABDVVAG C/S COLPOPE	•
11.02.03B	HISTERECTOMIA C/S ANEXECTOMIA VIA ABIAVAG C/S COLPOPE	2 116
11.02.03C	HIS LERECTOMIA C/S ANEXECTOMIA VIA ABIVVAG C/S COLPODE	The second second
11.02.03D	HISTERECTOMIA C/S ANEXECTOMIA VIA ARTVVAG C/S COT BODE	
11.02,04A 11.02,04B	MIOMECTOMIA UTERINA ABDOMINAL (COMO UNICA OPERACION)	
11.02.04E	MIOMECTOMA UFERINA ABBOMENAL (COMO UNICA OPERACION)	
11.02,04D	MIOMECTOMEA UTERINA ABDOMINAL (COMO UNICA OPERACION) MIOMECTOMEA UTERINA ABDOMINAL (COMO UNICA OPERACION)	•
11.02.03A	MIOMECTOMIA VAGENAL-MIOMA-NACENS	
l 1.02.05B	MIOMECTOMIA VAGINAL-MIOMA-NACENS	•
11.02.05C	MIOMECTOMIA VAGINAL MIOMA NACENS	
11.02.05D	MIOMECTOMIA VAGINAL-MIOMA-NACENS	
l 1.02.07A l 1.02.07B	HISTERORRAFIA-FUERA DEL PARTO	•
11.02.07C	HISTERORRAFIA-FUERA DEL PARTO HISTERORRAFIA-FUERA DEL PARTO	
1.02.07D	HISTERORRAFIA-FUERA DEL PARTO	
1,02,08A	OPERAC, CORRECTOR A. D/LOS, VICIOS, CONFORMACION DEL LITTRO	
1.02.08B	OPERAC, CORRECTORA D/LOS VICIOS CONFORMACION DEL LITTERO	
1.02,08C	OPERAC, CORRECTORA D/LOS VICIOS CONFORMACION DEL LITTERO	•
1.02.08D 1.02.09A	OPERAC, CORRECTORA DILOS VICIOS CONFORMACION DEL UTERO	
1.02,09B	CORREC.QUIRUR.INVERS.UTERINA PIVIAS ABDOM.HISTER.CIS CORREC.QUIRUR.INVERS.UTERINA PIVIAS ABDOM.HISTER.CIS	
1.02.09C	CORREC.QUIRURINVERS.UTERINAPYVIAS ABDOMINISTER.C/S	
1.02.09D	CORREC,QUIRUR,INVERS,UTERINA P/VIAS ARIXOM HISTED TOS	
1,02,10A	RASPADO UTERINO TERAPEUTICO (LEGRADO UTERINO)	
1,02,10C	RASPADO UTERINO TERAPEUTICO (LECRADO LITERINO)	_
1.02.10D 1.02.11A	RASPADO UTERNO TERAPEUTICO (LECRADO UTERINO)	·
1.02.11A 1.02.11C	RASPADO UTERINO DIAG C/S BP.CUELLO/ASP ENDOM P/CITOLO	
1.02.11D	RASPADO UTERINO DIAG C/S BP.CUELLO/ASP.ENDOM.P/CITOLO RASPADO UTERINO DIAG C/S BP.CUELLO/ASP.ENDOM.P/CITOLO	•
1.02.12A	AMPUTACION DE CUELLO-TRAQUEOPLASTIA (FUERA DEL PARTO)	
1.02.12B	AMPUTACION DE CUELLO-TRAQUEOPLASTIA (FUERA DEL PARTO)	
1.02,12C	AMPUTACION DE CUELLO-TRAQUEOPLASTIA (FIJERA DET PARTO)	
1.02.12D	AMPUTAC DE CUELLO-TRAQUEOPLASTIA (FUERA DEL PARTO)	
1.02.13A 1.02.13B	CONIZACION DE CUELLO (UNICA PRACTICA)	
1,02,13B	CONIZACION DE CUELLO (UNICA PRACTICA) CONIZACION T= CUELLO (UNICA PRACTICA)	
1.02,13D	CONIZACIO). WELLO (UNICA PRACTICA)	
1.02.14A	TRAQUELORKACIA FUERA DEL PARTO CERCI ATE DE CUELLO LUCE	
1.02.14B	TRAQUELORRAFIA FUERA DEL PARTO CERCI A DE OTIETA O LECE	
1.02.14C	TRAQUELORRAFIA FUFRA DEL PARTO CERCI A IF DE CUELLO LITE	
1.02.14D 1.02.13A	TRAQUELORRAFIA FUERA DEL PARTO-CERCI A 15 DE CUELTO 1175	
1,02.15D	ESCISION LOCLESION CUELLO-POLIPOELECT, CUELLO CAUTERI ESCISION LOCLESION CUELLO-POLIPOELECT, CUELLO CAUTERI	
1,02,17A	COLOCACION DISPOSITIVO INTRAUTERINO INCL. DISPOSITIVO	
1.02.17C	COLOCACION DISPOSITIVO INTRAUTERINO INCL. DISPOSITIVO	
1.02.17D	COLOCACION DISPOSITIVO INTRAUTERINO INCL.DISPOSITIVO	
	11-03 OPERACIONES VAGINA-VULVA-PERINE	
ódigo	Descripcón	
07.07.		
.03.03A .03.03B	COLPORRAFIA ANT.Y/O POSTER.C/S, AMPUT.CUELLO C/S.CORR	· -
.03.03E	COLPORRAFIA ANT. Y/O POSTER.C/S. AMPUT.CUELLO C/S.CORR COLPORRAFIA ANT. Y/O POSTER.C/S. AMPUT.CUELLO C/S.CORR	•
.03.03D	COLPORRAFIA ANT. Y/O POSTER.C/S. AMPUT.CUELLO C/S.CORR	•
.03,04A	COLPORRAFIA P/HERIDA-DESGARRO-ETC -FILER A THIL PARTO	
.03,04B	COLPORRAFIA PHERIDA DESGARRO FIC FILERA DEL PARTO	
.03.04C	COLPORRAFIA P/HERIDA-DESGARRO-ETCFIJERA DEL PARTO	
.03.04D	COLPORRAFIA P/HERIDA-DESGARRO-ETCFUERA DEL PARTO	•
.03,05A .03,05B	COLPORRAFIA POSTER CARCONST ESFIRIT ANAL DESGAR PIR C	
.03,05C	COLPORRAFIA POSTER.C/RECONST.ESFINT.ANAL DESGAR.PIR.C COLPORRAFIA POSTER.C/RECONST.ESFINT.ANAL DESGAR.PIR.C	
.03.05D	COLPORRAFIA POSTFR C/RECONST ESFINT ANAL DESGAR PIR C	
.03.06A	COLPOPEXIA POR VIA ABDOMINAL	
.03.06B	COLPOPEXIA POR VIA ABDOMINAL	
03,06C	COLPOPEXIA POR VIA ARDOMINAL	
.03,06D 03,07A	COLPOPEXIA POR VIA ABDOMINAL	
.03.07A .03.07B	COLPOPEXIA COMBINADA-P/VIA ABDOMINAL VAGINAL COLPOPEXIA COMBINADA-P/VIA ABDOMINAL VAGINAL	*
VJ.VID		

11.03.07B COLPOPEXIA.COMBINADA-P/VIA ARDOMINAL.VAGINAL COLPOPEXIA COMBINADA-P/VIA ABDOMINAL VACINAL COLPOPEXIA COMBINADA-P/VIA ABDOMINAL VACINAL COLPOCLEISIS COMPLETA O PARCIAL 11.03.07C 11.03.07D 11,03,08A COLPOCLEISIS COMPLETA O PARCIAL
COLPOCLEISIS COMPLETA O PARCIAL
COLPOCLEISIS COMPLETA O PARCIAL
COLPOCLEISIS COMPLETA O PARCIAL
COLPOCLEISIS COMPLETA O PARCIAL
COLPOTOMIA-VAGINOTOMIA DE DRENAIE-ABSCESO PEVIANO
COLPOTOMIA-VAGINOTOMIA DE DRENAIE-ABSCESO PEVIANO
VAGINISMO-OP POZZEPESECC. DE TABIQUE VAGINAL
VACENISMO OP DOZZEPESECCO DE TABIQUE VAGINAL 11.03.08B 11.03.08C 11.03.08D 11.03.09A 11.03.09D 11.03.10A 11.03.10B VAGINISMO-OP POZZILESECC. DE TABIQUE VAGINAL.
VAGINISMO-OP POZZI-RESECC. DE TABIQUE VAGINAL
VAGINISMO-OP POZZI-RESECC. DE TABIQUE VAGINAL
VAGINISMO-OP POZZI-RESECC. DE TABIQUE. VAGINAL
VAGINISMO-OP POZZI-RESECC. DE TABIQUE. VAGINAL
BIOPSIA VAGIN PUNC. VAG. DIAGNOST EXPLOR PUNS. FDO. SA. D
BIOPSIA - PUNCION DE VAGINA DIAGNOSTICA-EXPLORADORA
ESCISION LABIOS MAYORES MENORES. GLAND. BATHOLINO SKE
ESCISION LABIOS MAYORES MENORES. GLAND. BARTHOLINO SKE
ESCISION LABIOS MAYORES MENORES. GLAND. BARTHOLINO SKE
ESCISION LABIOS MAYORES MENORES. GLAND. BARTHOLINO SKE
HIMENOT. INC. YDREN. VULVA GLANDULA BARTHOLINO
EPISIORRAFIA-PERINEORRAFIA FUERA DEL PARTO O AMBAS 11.03.10C 11.03.10D

New Nonois

OLGA TERESITA PAREDES Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión M.S.

Copia

es 18 de Octubre de 1999

11.03.1]A 11.03.11D

11.03.14A 11.03,14B 11.03.14C 11.03,14D 11.03,15A 11.03.15D 11.03.16A

REID ERSOHAL HARITIM

MARIO JOSÉ GODOX TESORERO OBRA SOCIAL PERSONAL MARITIMO

Pagina 16 de 27 Challeng ! CONSIGNATION IN



11.03.16B EPISIORRAFIA-PERINEORRAFIA FUERA DEL PARTO O AMBAS EPISIORRAFIA-PERINEORRAFIA FUERA DEL PARTO O AMBAS EPISIORRAFIA-PERINEORRAFIA FUERA DEL PARTO O AMBAS 11.03,16C 11.03.160 PERIONEOPLASTIA EPISIOPERINEOPLASTIA 11,03,17A 11.03.17B PERIONEOPLASTIA EPISIOPERINEOPLASTIA PERIONEOPLASTIA EPISIOPERINEOPLASTIA
PERIONEOPLASTIA EPISIOPERINEOPLASTIA 11.03,17C 11.03,17D GRUPO OPERACIONES OBSTETRICAS Código Descripcón 11.04.01A PARTO NORMAI PARTO NORMAL 11.04.01D 11.04.02A EVACUAC,UTERINA 2DO,TRIMEST,EMBARAZO C/MECAN,PARTO EVACUAC,UTERINA 2DO.TRIMEST.EMBARAZO C/MECAN.PARTO 11.04.03A OPERACION CESAREA CLASICA EXTRAPERITONEAL - VAGINAL 11.04.03B OPERACION CESAREA CLASICA EXTRAPERITONEAL - VAGINAL OPERACION CESAREA CLASICA EXTRAPERITONEAL - VAGINAL L1.04.03C 11.04.03D OPERACION CESAREA CLASICA EXTRAPERITONEAL VAGINAL ATENCION ALUMBRAM.O PUERP.Y/O SUS COMPLIC.CDO.PAR.N.A 11.04.04A 11.04.04D ATENCION ALUMBRAM.O PUERP.Y/O SUS COMPLIC.CDO.PAR.N.A 11.04.054 AMNIOCENTESIS TRANSABDOMINAL O VIA VAGINAL 11.04.05D AMNIOCENTESIS TRANSABDOMINAL O VIA VAGINAL **CAPITULO** 12 OPERACIONES EN EL SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO GRUPO 12-02 FRACT.C/DESPLAZ-OSTEOPLASTIA Código Descripcón 12.02.02A ESTERNON-ESCAPULA-HUM.-EXCEP, SUPRAC.CUBLCARP.PERO.U. ESTERNON-ESCAPULA-HUM.-EXCEP,SUPRAC,CUBLCARP.PERO,U. 12.02.02C 12.02.02D ESTERNON-ESCAPULA-HUM.-EXCEP,SUPRAC,CUBLCARP,PERO,U, 12.02.03A PELVIS-FEMUR-TIBIA-PERONE-ASTRAGALO-CALCANEO-SUPR.HUM PELVIS-FEMUR-TIBIA-PERONE-ASTRAGALO-CALCANEO-SUPR HUM 12,02,03C 12.02.03D PELVIS-FEMUR-TIBIA-PERONE-ASTRAGALO-CALCANEO-SUPR.HUM CLAVICULA, COSTILLA, ROTULA, METACARPIANO, METATARZO 12.02.04A GRUPO TRAT.QUIRURG.DE FRACTURAS 12-03 Código Descripcón 12.03.02A HUMERO-FEMUR-TIBIA-PERONE CUBITO-RADIO. 12.03.02B HUMERO-FEMUR-TIBIA-PERONE CUBITO-RADIO, HUMERO-FEMUR-TIBIA-PERONE CUBITO-RADIO. 12.03.02C 12.03.02D TIBIA-PERONE CUBITO-RADIO. .c.INF/1 O MAS HUES,CARPO/IER METACARPIO HUMERO-FEI 12,03,03A 12,03,03B CUBITO/RAD/TER.INF/1 O MAS HUES, CARPO/IÈR METACARPIO CUBITO/RAD/TER.INF/1 O MAS HUES, CARPO/IER METACARPIO 12.03.030 CUBITO/RAD/TER.INF/1 O MAS HUES.CARPO/IER METACARPIO ESTERNON-COSTILLAS-CLAVICULA-ESCAPULA Y ROTULA 12,03,03D 12,03,04A 12.03,04B ESTERNON-COSTILLAS-CLAVICULA-ESCAPULA Y ROTULA
ESTERNON-COSTILLAS-CLAVICULA-ESCAPULA Y ROTULA 12.03.040 12,03,04D ESTERNON-COSTILLAS-CLAVICULA-ESCAPULA Y ROTULA METACARPIANO-METATARSIANO-FALANCES ETC. 12,03,05A 12,03,05B METACARPIANO-METATARSIANO-FALANCES ETC. METACARPIANO-METATARSIANO-FALANCES ETC. 12.03.050 12.03.05D METACARPIANO-METATARSIANO-FALANCES ETC. GRUPO INCIS.-RESECC.PARC.EN HUESO 12 - 04Código Descripcón 12.04.02A COXAL-FEMUR-HUMERO COXAL-FEMUR-HUMERO COXAL-FEMUR-HUMERO 12,04,02B 12.04.02C 12,04,02D COXAL-FEMUR-HUMERO 12.04.03A ESTERN.ESCAP.CUBIT.RADIO-CARPO-TIBIA-PERON.TAR ESTERN.ESCAP,CUBIT.RADIO-CARPO-TIBIA-PERON.TAR. ESTERN.ESCAP,CUBIT.RADIO-CARPO-TIBIA-PERON.TAR. 12.04.03B 12.04.03C 12.04.03D ESTERN.ESCAP.CUBIT.RADIO-CARPO-TIBIA-PERON.TAR. 12,04,04A COSTILLA-CLAVICULA-METATARPIANO-FALANGE-ROTULA
COSTILLA-CLAVICULA-METATARPIANO-FALANGE-ROTULA 12.04.04B 12.04.04C COSTILLA-CLAVICULA-METATARPIANO-FALANGE-ROTULA
COSTILLA-CLAVICULA-METATARPIANO-FALANGE-ROTULA 12.04 0470 12,04,06 PUNCION BIOPSIA DE CUALQUIER OTRO HUESO GRUPO 12 - 06OSTEOTOMIAS CORRECTIVAS Código Descripcón reso- Nouvers 12,06,01A FEMUR-TIBIA-TIBIA Y PERONE. 12,06,01B FEMUR-TIBIA-TIBIA Y PERONE. FEMUR-TIBIA-TIBIA Y PERONE, FEMUR-TIBIA-TIBIA Y PERONE. 12,06,01C 12.06.01D 12.06.02A HUMER.CUB.Y/O RAD.-ASTRAG.Y/O CALCA.OT.HUE.TARS. HUMER.CUB.Y/O RAD.-ASTRAG.Y/O CALCA.OT.HUE.TARS. OLGA TERESITA PAREDES 12.06.02B Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión M.S. 12,06,02C HUMER.CUB.Y/O RAD.-ASTRAG.Y/O CALCA.OT.HUE.TARS. HUMER.CUB.Y/O RAD.-ASTRAG.Y/O CALCA.OT.HUE.TARS. 12.06.0213 12.06.03A METACARPIANO-METARTARSIANO-FALANCES-DE UN MISMO DEDO METACARPIANO-METARTARSIANO-FALANCES-DE UN MISMO DEDO 12.06.03B 12.06.03C METACARPIANO-METARTARSIANO-FALANCES-DE UN MISMO DEDO METACARPIANO-METARTARSIANO-FALANCES-DE UN MISMO DEDO 12,06,0313 GRUPO 12-07 REPARACIONES EN LOS HUESOS Código Descripcón 12.07.01A CLAVICULA 12.07.01B CLAVICULA 18 de Octubre de 1999 Página 17/de 27

RESO

PRST

CMITH

MARIO JOSE GODOY TESORERO OBRA SOCIAL PERSONAL MARITIMO

- 13 C 3.50 contaio di principi



```
12.07.01C
                                                      CLAVICULA
                                                      CLAVICULA
HUMERO
                             12.07.01D
                             12.07.02A
                             12.07.02B
                                                      HUMERO
                             12.07.02C
                             12.07.02D
                                                      HUMERO
                             12.07.03A
                                                      CUBITO-RADIO-CARPO-HUESOS DE LA CARA
                                                      CUBITO-RADIO-CARPO-HUESOS DE LA CARA
CUBITO-RADIO-CARPO-HUESOS DE LA CARA
CUBITO-RADIO-CARPO-HUESOS DE LA CARA
CUBITO-RADIO-CARPO-HUESOS DE LA CARA
                             12.07.03B
                            12,07,030
                             12.07.03D
                            12-07-04A
                                                      METACARPIANO.
                             12.07.04B
                                                      METACARPIANO.
                            12.07.04C
                                                      METACARPIANO
                             12.07,04D
                                                      METACARPIANO.
                                                     MELACARPIANO.

UNA O MAS FALANGES DE UN MISMO DEDO

                           12.07.05A
                            12.07,05B
                            12,07,05C
                            12.07.05D
                                                     FEMUR-TIBIA-PERONE
FEMUR-TIBIA-PERONE
                            12.07.06A
                            12.07.06
                                                     FEMUR-TIBIA-PERONE
FEMUR-TIBIA-PERONE
                            12,07,06C
                           12.07,06D
12.07.07A
                                                    FEMUR-TIBIA-PERONE
ASTRAGALO-CALCANEO-OTROS HUESOS DEL TARSO
ASTRAGALO-CALCANEO-OTROS HUESOS DEL TARSO
ASTRAGALO-CALCANEO-OTROS HUESOS DEL TARSO
ASTRAGALO-CALCANEO-OTROS HUESOS DEL TARSO
METATARSIANO UNA O MAS FALANCES DE UN MISMO DEDO
METATARSIANO UNA O MAS FALANCES DE UN MISMO DEDO
METATARSIANO UNA O MAS FALANCES DE UN MISMO DEDO
                            12.07.07B
                            12.07.07C
                           12.07.07D
                           12.07.08A
                           12.07.0#R
                                                    METATARSIANO UNA O MAS FALANCES DE UN MISMO DEDO
METATARSIANO UNA O MAS FALANCES DE UN MISMO DEDO
                           12,07,080
                           12.07.08D
  GRUPO
                                                                         ARTROCENTESIS
                          Código
                                                    Descripcón
                          12,08,01
                                                     ARTROCENTESIS (DIAGNOSTICA TERAPEUTICA P/ARTROGRAFIA)
  GRUPO
                                              12-09
                                                                         ARTROTOMIAS
                          Código
                                                    Descripcón
                                                    CONDRO-COST-COND-ESTERNAL-CLAV.COD/MUÑ.C
CONDRO-COST-COND-ESTERNAL-CLAV.COD/MUÑ.C
                          12.09.01B
                           12.09.01C
                                                    CONDRO-COST-COND-ESTERNAL-CLAV.COD/MUÑ.C
CONDRO-COST-COND-ESTERNAL-CLAV.COD/MUÑ.C
HOMBRO-CAD-TRA-RODILLA
                          12,09,010
                          12.09.02A
12.09.02B
                                                                              A-RODILLA
                                                    HOMBRO-CA
                          12.09.020
                                                    HOMBRO-CALLIKA-RODILLA
                                                   HOMBRO-CADERA-RODILLA
METACARPO O METACARSO-FALANCICA-INTERFALANCICA
METACARPO O METACARSO-FALANCICA-INTERFALANCICA
METACARPO O METACARSO-FALANCICA-INTERFALANCICA
METACARPO O METACARSO-FALANCICA-INTERFALANCICA
                          12.09,020
                          12.09.03A
                          12.09.03B
                          12-09-03C
                          12.09.03D
                                                    ADEDICAL ARTERIA LA CONTROL O OCTADA TEM
 GRUPO
                                              12-10
                                                                        ARTROPLASTIAS
                         Código
                                                    Descripcón
                          12.10.01A
                                                   CADERA
                         12.10.01B
                                                   CADERA
                         12.10.01C
                                                   CADERA
                         12-10.017
                                                   CADERA
                         12,10,02A
                                                  RODILLA
                         12.10.02B
                                                   RODILLA
                         12.10.02C
                                                  RODILLA
                         12.10.020
                                                  CUELLO DE PIE, TEMPORO MAXILAR
HOMBRO, CODO, MUÑECA, CUELLO DE PIE TEMPORO MAXILAR
HOMBRO, CODO, MUÑECA, CUELLO DE PIE TEMPORO MAXILAR
HOMBRO, CODO, MUÑECA CUELLO DE PIE TEMPORO MAXILAR
                         12.10.03A
                         12,10.03B
                         12.10.03C
                         12.10.03D
                                                  ESTERNO-CLAVICULAR-CARPO-TARSO-METATATARSIANA
ESTERNO-CLAVICULAR-CARPO-TARSO-METATATARSIANA
                         12.10.04A
                         12.10.04B
                                                  ESTERNO-CLAVICULAR-CARPO-TARSO-METATATARSIANA
ESTERNO-CLAVICULAR-CARPO-TARSO-METATATARSIANA
ESTERNO-CLAVICULAR-CARPO-TARSO-METATATARSIANA
ESTERNO-CLAVICULAR-CARPO-TARSO-METATATARSIANA
ACROMIO CLAVIC.METAC.-FALANG.METATARSO FALANG.-INTERF
ACROMIO CLAVIC.METAC.-FALANG.METATARSO FALANG.-INTERF
ACROMIO CLAVIC.METAC.-FALANG.METATARSO FALANG.-INTERF
ACROMIO CLAVIC.METAC.-FALANG.METATARSO FALANG.-INTERF
                         12_10.040
                         12.10.04D
                         12.10.05A
                        12.10.05B
                        12.10.05C
                                                  ACROMIO CLAVIC METAC. FALANG METATARSO FALANG INTERF
                        12.10.05D
GRUPO
                                            12-11
                                                                      ARTRODESIS ARTRORRISIS
                        Código
                                                  Descripcón
                        12.11.02A
12.11.02B
                                                  COLUMNA CERV/DORSAL/LUMBAR-CADERA RODILLA + 3 VERTEB
                                                 COLUMNA CERV/DORSAL/LUMBAR-CADERA-RODILLA +3 VERTEB
COLUMNA CERV/DORSAL/LUMBAR-CADERA-RODILLA +3 VERTEB.
                                                                                                                                                                              Uso. Nonge
                        12.11.02C
                        12.11,02D
                                                  COLUMNA CERV./DORSAL/LUMBAR-CADERA-RODILLA +3 VERTEB.
                        12.11.03A
                                                  HOMBRO-CODO
                        12.11,03B
                                                  HOMBRO-CODO
                                                                                                                                                                                       OLGA TERESITA PAREDES
                        12.11.030
                                                  HOMBRO-CODO
                                                                                                                                                                                    Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión
M.S.
                        12.11.03D
                                                  HOMBRO-CODO
                        12.11.04A
                                                 ESTERNO-CLAV MUNECA-TARSO-SIMP.TIBIOT.TARSO METAT.
                        12.11.04B
                                                 ESTERNO-CLAV MUNECA-TARSO-SIMP, TIBIOT, TARSO METAT. ESTERNO-CLAV MUNECA-TARSO-SIMP, TIBIOT, TARSO METAT. ESTERNO-CLAV MUNECA-TARSO-SIMP, TIBIOT, TARSO METAT.
                        12.11.04C
                        12.11.04D
                                                DOBLE ARTRODESIS-CHOPART-SUBASTRAGALINA
DOBLE ARTRODESIS-CHOPART-SUBASTRAGALINA
DOBLE ARTRODESIS-CHOPART-SUBASTRAGALINA
DOBLE ARTRODESIS-CHOPART-SUBASTRAGALINA
DOBLE ARTRODESIS-CHOPART-SUBASTRAGALINA
TRIPLE ARTRODESIS-TIBIOTARSIANA-CHOPART-SUBASTRAGALIN
TRIPLE ARTRODESIS-TIBIOTARSIANA-CHOPART-SUBASTRAGALIN
                       12.11.05A
                                                                                                                                                                          Es Copia
                       12.11.05B
                        12.11.05C
                       12.11.05D
                        12.11.06A
                       12,11,06B
    Ses \8 de Octubre de 1999
                                                                                                                                                                                          Página 18 de 27
```

hr PRESID PRESID OBEAS TUM D AL MAE

MARIO JOSE GO ASTUMERO GODOY PERSONAL MARITIMO CAPLOS ALBERTO GATICA
PRESIDENTE
CONSEIO DE ADMINISTRACION
H.R.U

	12,11.06C 12,11.06D	TRIPLE ARTRODESIS-TIBIOTARSIANA-CHOPART-SUBASTR TRIPLE ARTRODESIS-TIBIOTARSIANA-CHOPART-SUBASTR	A CAT DI
	12.11.00D	METACARPO-FALANGICA-METATARSO-FALANGICA-INTE	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
•	12.11.07B	METACARPO-FALANGICA-METATARSO-FALANGICA-INTE METACARPO-FALANGICA-METATARSO-FALANGICA-INTE	
	12,11.07C 12.11.07D	METACARPO-FALANGICA-METATARSO-FALANGICA-INTE	
GRUPO		12-12 SUTURA ARTICESC.BOLSA SEROSAS	
	Código	Descripcón	
•	12,12,01A	ESTERNO-CLAVIC,-ACROMIO-CLAVIC,CODO-MUNECA CAI	RPO META
	12,12.01B	ESTERNO-CLAVICACROMIO-CLAVIC.CODO-MUNECA CAI	
•	12,12,01C 12,12,01D	ESTERNO-CLAVIC,-ACROMIO-CLAVIC,CODO-MUNECA CAI ESTERNO-CLAVIC,-ACROMIO-CLAVIC.CODO-MUNECA CAI	
	12.12.02C	HOMBRO-CADERA-RODILLA TEMPORO MAXILAR	
	12.12.03A 12.12.03B	METACARPO O METATARSO-FALANGICA-INTERFALANGIC METACARPO O METATARSO-FALANGICA-INTERFALANGIC	
·	12.12.03C	METACARPO O METATARSO-FALANGICA-INTERFALANGIO	
	12.12.03D 12.12.04A	METACARPO O METATARSO-FALANGICA-INTERFALANGIC ESCIS,O INCIS,-BIOP,-DREN,O EXTRAC, DEPOSIT,CALC.B,SI	
	12,12,04B	ESCIS,O INCIS,-BIOP,-DREN,O EXTRAC, DEPOSIT,CALC.B.S	E
	12,12,04C 12,12,04D	ESCIS,O INCIS,-BIOP,-DREN,O EXTRAC, DEPOSIT,CALC.B.SI ESCIS,O INCIS,-BIOP,-DREN,O EXTRAC, DEPOSIT,CALC,B.SI	
GRUPO	1211213 12	12-13 LUXACIONES	-
	Código	Descripcón	
		COLLA OLI CERNICALI DORRAL OLI DELLA	to the second of
	12.13.01 12.13.02	COLUMNA CERVICAL, DORSAL O LUMBAR CADERA, RODILLA	•
	12,13,03	CLAVICULA, HOMBRO, CODO, MUÑECA, TOBILLO, TARSO,	
	12.13.04 12.13.06A	METACARPO O METATARSO-FALANG, 1 O + LUXAC MISMO CADERA-RODILLA	O MEMB
	12.13,06B	CADERA-RODILLA	
•	12.13.06C 12.13.06D	CADERA-RODILLA CADERA-RODILLA	
	12,13,07A	CLAVICULA-HOMBRO-CODO-MUÑECA-TOBILLO-TARSO-M	
	12.13,07B 12.13,07C	CLAVICULA-HOMBRO-CODO-MUÑECA-TOBILLO-TARSO-M CLAVICULA-HOMBRO-CODO-MUÑECA-TOBILLO-TARSO-M	
	12,13,07D	CLAVICULA-HOMBRO-CODO-MUÑECA-TOBILLO-TARSO-M	
	12,13,08A 12,13,08B	METACARPO O METATARSO-FALANGICA METACARPO O METATARSO-FALANGICA	
	12.13.08C	METACARPO O METATARSO-FALANGICA	
GRUPO	12,13,08D	METACARPO O METATARSO-FALANGICA 12-14 ERACIONES EN LOS MUSCULOS	
GRUFQ	Código	Descripcón	
•	12.14.01A 12.14.01B	MIECTOMIAS C/VACIAM. CELDA O EXTIRPAC GRUPO MU: MIECTOMIAS C/VACIAM. CELDA O EXTIRPAC GRUPO MU:	
	12.14.01C	MIECTOMIAS C/VACIAM. CELDA O EXTIRPAC GRUPO MUS	SCULAR
	12.14.01D 12.14.02A	MIECTOMIAS C/VACIAM, CELDA O EXTIRPAC GRUPO MUS INSCISION MUSCULOS/ESCIS LESION LOC/EXPL-EXTRACO	
	12.14.02B	INSCISION MUSCULOS/ESCIS LESION LOC/EXPL-EXTRACC	C-BP
	12,14,02C 12,14,02D	INSCISION MUSCULOS/ESCIS LESION LOC/EXPL-EXTRACO	
GRUPO		12-15 OP.TENDON, VAINAS TENDIN/FASCIA	S
	Código	Descripcón	
	12,15.01A	EXPLOR.DREN.EXTRAC,INCIS.ESCIS.BP,TENOTOM.FASCIO	
	12.15.01B 12.15.01C	EXPLOR.DREN,EXTRAC, INCIS, ESCIS, BP, TENOTOM, FASCIC EXPLOR, DREN, EXTRAC, INCIS, ESCIS, BP, TENOTOM, FASCIC	
	12,15,01C 12,15,01D	EXPLORENEXTRACINCIS ESCIS BP. TENOTOM.FASCIO	
	12,15,02A 12,15,02B	REPARAC/SUTURA TENORRAFIA TENDON FLEXOR MUÑE REPARAC/SUTURA TENORRAFIA TENDON FLEXOR MUÑE	
•	12.15.02B 12.15.02C	REPARACISUTURA TENORRAFIA TENDON FLEXOR MUÑE	
	12.15.02D	REPARAC/SUTURA TENORRAFIA TENDON FLEXOR MUÑE REPARAC/SUTURA TENORRAF TENDON EXTENSOR MUÑI	
	12.15.04A 12.15.04B	REPARAC/SUTURA TENORRAF TENDON EXTENSOR MUNI REPARAC/SUTURA TENORRAF TENDON EXTENSOR MUNI	ECA O DEDO
	12.15.04C	REPARAC/SUTURA TENORRAF TENDON EXTENSOR MUÑI REPARAC/SUTURA TENORRAF TENDON EXTENSOR MUÑI	
e .	12.15.04D 12.15.06A	REPARAC/SUTURA-TENORRAF TENDON Q'NO SEA DE DEI	
	12.15.06B	REPARAC/SUTURA-TENORRAF TENDON QNO SEA DE DEL	DO/MUÑEC
	12,13,06C 12,15,06D	REPARAC/SUTURA-TENORRAF TENDON Q'NO SEA DE DEL REPARAC/SUTURA TENORRAF TENDON Q'NO SEA DE DEL	
•	12.15.09	ESCISION GANGLION	
	12,15,09A 12,15,09D	ESCISION GANGLION ESCISION GANGLION	
GRUPO	12,12,000	12-16 AMPUTACIONES Y DESARTICULACION	ONES
	Código	Descripcón	4
	12,16,02A	HOMBRO	pero. Nonous
	12,16,02B	HOMBRO	Julio Fillion Fillion
	12.16.02C 12.16.02D	HOMBRO HOMBRO	<i>y</i>
	12,16.03A	BRAZO-CODO-ANTEBRAZO-MUNECA-MANO	CLGA TERESITA PAREDES
	12,16,03B 12,16,03C	BRAZO-CODO-ANTEBRAZO-MUNECA-MANO BRAZO-CODO-ANTEBRAZO-MUNECA-MANO	Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión M.S.
	12.16.03D	BRAZO-CODO-ANTEBRAZO-MUNECA-MANO	H. C.
	12,16,05A 12,16,05B	CADERA CADERA	
	12.16.05C	CADERA	Es Copia
	12.16.05D 12.16.06A	CADERA MUSLO O RODILLA	
	12.16.06B	MUSLO O RODILLA	
	12.16.06C	MUSLO O RODILLA	
Lumes 1,8 de	Octubre de 19	99	Página 19 de 27

PRESIDENCE DESTINATION AREA DESTINATION

MARIO VOSE GODOY TESONARO OBRASOCIAL PERSONAL MARITIMO Pagma 19 de 27



12.16.0603 MUSLO O RODILLA 12.16,07A PIE O PIERNA PIE O PIERNA PIE O PIERNA 12.16.07B 12.16.07C PIE O PIERNA DEDO DE LA MANO 12.16,07D 12.16.08A 12,16,08B DEDO DE LA MANO DEDO DE LA MANO 12.16,08C 12.16.08D DEDO DE LA MANO 12.16.09A DEDO DEL PIE 12.16.09B DEDO DEL PIE 12,16,09C DEDO DEL PIE 12,16.09D DEDO DEL PIE

GRUPO

12-17 TRATAMIENTO QUIRURGICO PROC.COMB.MISCELANEAS

Código Descripcón 12.17.04A TENOTOMIAS Y/O FASCIOTOMIAS UNICA O MULTIPLE TTO TORT 12.17.04B TENOTOMIAS Y/O FASCIOTOMIAS UNICA O MULTIPLE TTO TORT TENOTOMIAS Y/O FASCIOTOMIAS UNICA O MULTIPLE TTO TORT TENOTOMIAS Y/O FASCIOTOMIAS UNICA O MULTIPLE TTO TORT 12.17,04C 12.17.04D TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD DE DUPUYTREN TRAMIENTO QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD DE DUPUYTREN 12,17,06A 12.17.06B TRATAMENTO QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD DE DUPUYTREN TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA EFERMEDAD DE DUPUYTREN 12.17.06C 12.17.06D APONEUROTOMIA, FASCIOTOMIA SUBCUTANEA APONEUROTOMIA, FASCIOTOMIA SUBCUTANEA 12.17.07B APONEUROTOMIA, FASCIOTOMIA SUBCUTANEA APONEUROTOMIA, FASCIOTOMIA SUBCUTANEA 12,17,07C 12,17,07D 12,17.08A APONEUROTOMIA PARCIAL O TOTAL 12.17.08B APONEUROTOMIA PARCIAL O TOTAL APONEUROTOMIA PARCIAL O TOTAL 12,17,08C 12.17.08D APONEUROTOMIA PARCIAL O TOTAL DE UN ESPACIO DIGITAL SIN INJERTO (SINDACTILIA) 12.4 DE UN ESPACIO DIGITAL SIN INJERTO (SINDACTILIA) 12,17,10C DE UN ESPACIO DIGITAL SIN INTERTO (SINDACTILIA) 12.17.10D 12.17.14A DE UN ESPACIO DIGITAL SIN INTERTO (SINDACTILIA) LUXAC.CONGENIT.CADERA REDUCINCRUE.EXTEMP.PETIT EPIFISIOLISIS DE CADERA-COXA VARA ADOSLEC.-TTO QCO EPIFISIOLISIS DE CADERA-COXA VARA ADOSLEC.-TTO QCO 12.17**.**17A 12.17.17B EPIFISIOLISIS DE CADERA-COXA VARA ADOSLEC.-TTO QCO EPIFISIOLISIS DE CADERA-COXA VARA ADOLESC.-TTO QCO 12,17,17C 12,17,17D LUXACION RECIDIVANTE DE ROTULA LUXACION RECIDIVANTE DE ROTULA 12.17.20A 12.17.20B 12.17.20C LUXACION RECIDIVANTE DE ROTULA 12,17,20D LUXACION RECIDIVANTE DE ROTULA 12.17.21A PIE ZAMBO-VARO EQUINO SUPINADO-TRATAMIENTO QUIRURGICO 12.17.21B PIE ZAMBO-VARO EOUINO SUPINADO-TRATAMIENTO OUIRURGICO PIE ZAMBO-VARO EQUINO SUPINADO-TRATAMIENTO QUIRURGICO 12,17,21C 12.17.21D PIE ZAMBO-VARO EQUINO SUPINADO-TRATAMIENTO QUIRURGICO PIE EQUINO TRATAMIENTO QUIRURGICO 12.17.22A 12.17.22B PIE EOUINO TRATAMIENTO OUIRURGICO PIE EQUINO TRATAMIENTO QUIRURGICO 12.17.220 PIE EQUINO TRATAMIENTO QUIRURGICO PIE PLANO O PIE CAVO-TRATAMIENTO QUIRURGICO 12,17.22D 12.17.23A PIE PLANO O PIE CAVO-TRATAMIENTO QUIRURGICO PIE PLANO O PIE CAVO-TRATAMIENTO QUIRURGICO 12,17,23B 12.17.23C PIE PLANO O PIE CAVO-TRATAMIENTO QUIRURGICO SEUDOEXOSTOSIS DE HAGLUND 12,17.23D 12,17,24A SEUDOEXOSTOSIS DE HAGLUND 12,17,24B 12.17.24C SEUDOEXOSTOSIS DE HAGLUND SEUDOEXOSTOSIS DE HAGLUND 12.17.24D 12.17.25A TRATAMIENTO OURURGICO DEL PIE HENDIDO 12,17.25B TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL PIE HENDIDO 12.17.25C TRATAMIENTO OUIRURGICO DEL PIE HENDIDO TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL PIE HENDIDO 12.17.25D TRAT.QUIR. COMPL. HALLUS VALGUS SIMP.Y/O METAT.VAR.PR TRAT.QUIR. COMPL. HALLUS VALGUS SIMP.Y/O METAT.VAR.PR TRAT.QUIR. COMPL. HALLUS VALGUS SIMP.Y/O METAT.VAR.PR 12.17.26A 12,17,26B 12.17.26C TRAT.QUIR. COMPL, HALLUS VALGUS SIMP.Y/O METAT.VAR.PR 12.17.26D TRAT,QUIR. DEDO EN GARRA-MARTILLO 5TO.SUPERD.JUANETIL TRAT,QUIR. DEDO EN GARRA-MARTILLO 5TO.SUPERD.JUANETIL 12.17.27A 12.17.27B TRAT.QUIR. DEDO EN GARRA-MARTILLO 5TO SUPERD JUANETIL 12.17.27C TRAT.OUR. DEDO EN GARRA-MARTILLO 5TO SUPERD JUANETIL 12.17.27D EXERESIS DEL NEUROMA DE MORTON 12.17.28A EXERESIS DEL NEUROMA DE MORTON EXERESIS DEL NEUMROMA DE MORTON 12.17.28B 12.17.28C EXERESIS DEL NEUROMA DE MORTON 12,17,28D

CAPITULO 12-0 PRACTICAS TRAUMATOLOGICAS

CALIFO	LO	120.0	110110110110 110110110 - 0 0 0 0 0 0 0 0	
GRUPO		12-18	INFILTRACIONES Y MOVILIZACIONES	Aran Dounce
	Código	Descr	ipcón	100.000
GRUPO	12.18.01A 12.18.01D 12.18.02A 12.18.02C 12.18.02D	MUSCU MOVILI MOVILI	LARES-PERIARTICULARES-TENDINOSA/FASCIAS/GANGLIO LARES-PERIARTICULARES-TENDINOSAS/FASCIAS/GANGLIO LARES-PERIARTICULARES-TENDINOSAS/FASCIAS/GANGLIO ZACION FORZADA DE ARTICULACION-BAJO ANESTE, GRAL ZACION FORZADA DE ARTICULACION-BAJO ANEST. GRAL ZACION FORZADA DE ARTICULACION-BAJO ANEST. GRAL YESOS, VENDAJES Y TRACCIONES	GA TERESITA PAREDES Grat. Seg. y Control de Gestión M.S.
	Código	Descr	ірсо́п	
	12,19,03 12,19,04		/A R DE SHANZ ENYESADO DE DE SHANZ	

anes 18 de Octubre de 1999

NRIQUE ON ME SUAVE.
PRESIDENTE
OBJACO ALL
CORPALMANTIN;

MARIO JUNE GODOY TESORERO OBRA SOCIAL PERSONAL MARTIMO CARLOS ALBERTO GATICA
PRESIDENTE
CONSEID DE ADMINISTRACION
H.R.U

Página 20 de 27



```
12.19.06
                                 CORSET
                12,19,07
                                 CORSELETE
                                 CORSET DE RISSER O SIMILARES
                12.19,08
                                 LECHO DE LORENZ HASTA CADERA
LECHO DE LORENZ HASTA PIE
                12.19.09
                12.19.10
                12.19.11
                                 VENDAJE DE CINGULO PARA COSTILLA
                                 VENDAJE EN OCHO ENYESADO
                12,19,12
                                 VENDAJE DE ROBERT JONES (ACROMIO CLAVICULAR)
                12.19,13
                                 VELPEAU DE YESO
VENDAJE DE VELPEAU
                12,19,14
                12.19.15
                12,19,16
                                 YESO TORACOBRANOUIAL
                12.19.17
                                 YESO BRAQUIPALMAR
                12,19,18
                                 YESO COLGANTE
                12,19,19
                                 YESO ANTIBRAQUI PALMAR
                12.19.20
                                 MANO DE YESO
                                 VALVA LARGA MIEMBRO SUPERIOR
                12.19,21
                12.19.22
                                 VALVA CORTA DE MIEMBRO SUPERIOR
                12,19,23
                                 YESO PELVIPEDICO
                 12,19.24
                                 BUCROQUET
                                 CALZA DE YESO (YESO CRURO-PEDICO)
                12,19,25
                                 BOTA LARGA DE YESO
                12.19.26
                12,19,27
                                 BOTA CORTA DE YESO
                                 BOTIN DE YESO
                                 VALVA LARGA DE MIEMBRO INFERIOR
VALVA CORTA DE MIEMBRO INFERIOR
                12.19.29
                12.19.30
                12.19.31
                                 PASTA DE UNNA
                                 TRACCION CONTINUA CUTANEA TRAC.PARTES BLAND,FROND, VEN
                12.19.32
                                 TRACCION CONTINUA TIPO COTRAL (CEFALO-PELVICO)
TRACC, CONTINUA ESQUELETICA MEMBRO SUP. O INF.
                12,19,33
                12.19.36
CAPITULO
                                               OPERACIONES EN LA PIEL
                              13
                                               OPERACIONES PIEL/TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
GRUPO
                              13-01
                \mathbf{C}\iota
                                 Descripcón
                       _,0
                13.01.01B
                                 ESCISION DE OUISTER DERMOIDE O SACROCOXIGEO
                                 ESCISION DE QUISTER DERMOIDE O SACROCOXIGEO ESCISION DE QUISTER DERMOIDE O SACROCOXIGEO
                 13.01,01C
                13.01.01D
                                 ESCIS-AMPLIA LESION PIEL-POR TUMOR MALIGNO-REP PLAST,
ESCIS-AMPLIA LESION PIEL-POR TUMOR MALIGNO-REP PLAST.
                 13.01.02A
                 13,01,02B
                                 ESCIS-AMPLIA LESION PIEL POR TUMOR MALIGNO REP PLAST,
ESCIS-AMPLIA LESION PIEL POR TUMOR MALIGNO REP PLAST.
                 13.01.02C
                 13.01.02D
                 13.01.03A
                                 ESCISION RADICAL DE ANGIOMA CAVERNOSO + 5 CM DIAMETRO
                                 ESCISION RADICAL DE ANGIOMA CAVERNOSO ± 5 CM DIAMETRO
                 13.01.03B
                                 ESCISION RADICAL DE ANGIOMA CAVERNOSO + 5 CM DIAMETRO
                 13.01.03C
                                 ESCISION RADICAL DE ANGIOMA CAVERNOSO + 5 CM DIAMETRO ESCISION LOCAL LESION PIEL O GLANDULA-TUMOR BENIGNO
                 13 01 031)
                 13,01,04
                                 INSICION Y DRENAJE ABSESO SUPERF-PANADISO-FORUNC. ANT
DESTRUCCION LESION PIEL VERRUGA QUERAT FIBROMA NEVUS
                 13.01.05
                 13.01,06
                                 DESTRUCCION LESION PIEL VERRUGA-QUERAT-FIBROMA-NEVUS BIOPSIA DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO-MUSCUL.
                 13,01,07
                 13,01,08
                 13,01,09
                                 ESCISION DE UÑA LECHO O REPLIEGUE UNGUEAL
                 13.01.10
                                 SUTURAS DE HERIDAS
                                 ESCISION DE TUMOR TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO (LIPOMA)
ESCIS LIPOMA GIGANTE C/RECONOCIM-PREVIO DE LA O.SOCIA
                 13.01,12
                 13.01.13A
                                 ESCIS.LIPOMA GIGANTE C/RECONOCIM.PREVIO DE LA O.SOCIA
                 13,01,13B
                                 ESCIS LIPOMA GIGANTE C'RECONOCIM.PREVIO DE LA O.SOCIA ESCIS LIPOMA GIGANTE C'RECONOCIM.PREVIO DE LA O.SOCIA
                 13.01.13C
                 13.01.13D
                 13.01.14
                                 INCISION Y DRENATE ABSESO PROFUNDO SUBAPONEUROTICO
                                 IMPLANTACION DE PELLETS EN TEJIDO SUBCUTANEO
                 13,01.15
                                               TRATAMIENTO DE QUEMADURAS
GRUPO
                              13-03
                 Código
                                  Descripcón
                                  ATENC.PACT, QUEMADO 2-3 GRADO HASTA 5% SUP, CORPORAL
ATENC, PACTE, QUEMADO 2 Y 3 GRADO +5% SUPERF, CORPORAL
                 13,03,01
                 13.03,02
                                 ATENC, PACTE, QUEMADO 2 Y 3 GRADO C/COMPROM ZNA FUNC.
ESCIS.ESCAR.POSTQUEM.Y/O CURAC.PACIENTE QUEMADO QUIRO
                 13.03,03
                 13,03,04A
                 13.03.04B
                                  ESCIS ESCAR POSTQUEM Y/O CURAC PACIENTE QUEMADO QUIRO
                                  ESCIS ESCAR POSTQUEM.Y/O CURAC PACIENTE QUEMADO QUIRO
                 13.03.04C
                                  ESCIS.ESCAR.POSTQUEM.Y/O CURAC.PACIENTE QUEMADO QUIRO
                 13.03.04D
CAPITULO
                                                PRACTICAS ESPECIALIZADAS - ALERGIA
                              14
                                                ALERGIA
GRUPO
                              14-01
                                  Descripcón
                 Código
                                  TESTIFICACION TOTAL
                 14.01.01
                                  TRATAMIENTO DE SENSIBILIZANTE-POR MES DE TRATAMIENTO
                                                PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE ANATOMOPATOLOGIA
CAPITULO
                              15
                                                                                                                       Iso- Hornors
                                                ANATOMIA PATOLOGICA
GRUPO
                              15-01
                 Código
                                  Descripcón
                                                                                                                       <del>OLGA TERESITA PARE</del>DES
                                                                                                                     Dir. Gral, Seg. y Control de Gestión
                 15.01.01
                                  BIOPSIA X INCISION O PUNCION (GANLIO/PIEL/TROZO OVARI
                                                                                                                                  MIS
                                  ESTUDIO MACRO Y MICRO PIEZA OPERATORIA SIMPLE
ESTUDIO MACRO Y MICRO PIEZA DE RESECCION ONCOLOCICA
BIOPSIA X CONGELACION Y ESDUDIO DIFERIDO DEL CORTE
                 15.01.02
                 15.01.03
                 15.01.04
                 15.01.05
                                  ESTUDIO BIOPSICO SERIADO Y SEMISERIADO MINIMO 15-
                                  CITOLOGÍA EXFOLIATIVA ONCOLOGÍCA
                 15,01,06
                                  CITOLOGIA EXFOLIATIVA HORMONAL CADA 4 EXTENDIDOS
                 15.01.07
                                  NECROPSIA DE NEONATO O LACTANTE-C/AUTORIZAC O.SOCIAL
                 15,01,08
                                                                                                                              Página 21 de 27
 Lunes 18 de Octubre de 1999
                           Q_{i,l}
```

MARIO BUE GODOY TESORERO OBRA SCIPAT PERSONAL MARITIMO MARIO

CONSEIO DE ADMINISTRACIOS.

ഹപം

PRESIDENT RSONAL

15.01.09	NECROPSIA DEL JOVEN Y DEL ADULTO-C/AUTORIZAC O.SOCIAL
15.01.10	CITOLOGIA EXFOLIATIVA ONCOLOGICA BRONQUIAL
15.01.11	CITOLOGIA EXFOLIATIVA ONCOLOGICA DE LIQUIDOS



CAPITULO		16	PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE ANESTESIOLOGIA
GRUPO		16-01	ANESTESIOLOGIA
	Código	Descripe	cón
	16.01,01	ANESTESIA	A MINIMA PARA PROCED.DE DIAGNOSTICO O TERAPEU
CAPITU	LO	17.	PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE CARDIOLOGIA
GRUPO		17-01	CARDIOLOGIA
	Código	Descripe	cón
	<u>-</u>		
	17,01.01 17.01.04		ARDIOGRAMA EN CONSULTORIO ARDIOGRAMA DE HOLTER POR 24 HS UN CANAL
	17.01.06	ELECTROC	ARDIOGRAMA CON DERVIVACION INTRAESOFAGICA
	17.01.09 17.01.11	ERGOMET	VE OPERATORIO;INCLUYE CONTROL OSCILOSCOPICO- RIA
	17.01.16 17.01.17	TERMODII.	LUCION "ACION DEL CARDIOPATA ARANCEL GLOBAL X 1 MES
	17.01.18		ARDIOGRAMA DE HOLTER POR 24 HS, DOS CANALES
CAPITU	LO	18	ECOGRAFIAS
GRUPO		18-01	ECOGRAFIAS
	Código	Descripe	cón
	.01.01		OGRAMA: INCLUYE ELECTROCARDIOGRAMA SINCRONICO
	18,01,02 18,01,03		OGRAMA COMPLETO CON REGISTRO CONTINUO OGRAMA COMPLETO CON ECOCOSPIA
	18.01.04	ECOGRAFI	ADECOLOGICA ADECOLOGICA
	18.01,06 18,01,07		A MAMARIA UNI O BILATERAL A CEREBRAL CON MODO B Y A
•	18,01,09	ECOGRAFI	A OFTALMOLOGICA UNI O BILATERAL
	18,01,10 18,01,11		A TIROIDEA A DE TESTICULOS
	18,01,12	ECOGRAFL	A COMPLETA DE ABDOMEN
•	18,01,13 18,01,14		A HEPATICA-BILIAR-ESPLENICA-O TORÁCICA A DE VEJIGA O PROSTATA
	18,01,16		A RENAL BILATERAL
	18,01,17 18,01,18		A DE AORTA ABDOMINAL DINAMICA Y ESTATICA A PANCREATICA O SUPRARENAL
	18,01,21	ECOGRAFI	A PARA LA AMNIOCENTESIS
CAPITU	LO	19	PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE ENDOCRINOLOGIA Y NU
GRUPO		19-01	ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
GRUPO	Código	19-01 Descripe	
	19.01,02	Descripe	
GRUPO	19.01,02	Descripe	cón
	19.01,02	Descripe REGIMEN I	CÓN INDIVIDUAL C/PREPARACION DE MENU DIETETICO
CAPITU	19.01,02	Descripe REGIMEN I 20	ndividual copreparacion de menu dietetico PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA
CAPITU	19.01,02 LO	Descripe REGIMEN I 20 20–01 Descripe	ndividual copreparacion de menu dietetico PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA
CAPITU	19.01.02 LO Código 20.01.13 20.01.15	Descripe REGIMEN I 20 20-01 Descripe LAVADO G COLOCACI	PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA CÓN CASTRICO O ESOFAGICO EN PACIENTES AMBULATORIOS ON DE SONDA BALON DE SENGSTAKEN BLAKE
CAPITU	19.01.02 LO Código 20.01.13 20.01.15 20.01.20 20.01.22	Descripe REGIMEN I 20 20-01 Descripe LAVADO G COLOCACI ESOFAGOF ESOFAGOG	PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA CÓN CASTRICO O ESOFAGICO EN PACIENTES AMBULATORIOS ON DE SONDA BALON DE SENGSTAKEN BLAKE TEROSCOPIA CASTRODUODENOFIBROSCOPIA
CAPITU	19.01.02 LO Código 20.01.13 20.01.15 20.01.20 20.01.22 20.01.26	Descripe REGIMEN I 20 20-01 Descripe LAVADO G COLOCACI ESOFAGOG ESOFAGOG RECTOSIGN	PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA CÓN CASTRICO O ESOFAGICO EN PACIENTES AMBULATORIOS ON DE SONDA BALON DE SENGSTAKEN BLAKE TIBROSCOPIA ASTRODUODENOFIBROSCOPIA MOIDOFIBROSCOPIA
CAPITU	19.01,02 LO Código 20.01,13 20.01,15 20.01,20 20.01,22 20.01,22 20.01,26 20.01,29 20.01,32	Descripe REGIMEN I 20 20–01 Descripe LAVADO G COLOCACI ESOFAGOG ESOFAGOG RECTOSIG DILATACIO GASTROFII	PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA CÓN CASTROENTEROLOGIA CASTROENTEROLOGIA CASTROENTEROLOGIA CON CON CON CON CON CON CON CO
CAPITU	19.01,02 LO Código 20,01,13 20.01,15 20.01,20 20.01,22 20.01,26 20.01,29	Descripe REGIMEN I 20 20–01 Descripe LAVADO G COLOCACI ESOFAGOG RECTOSICE DILATACIC GASTROFII POLIPECTO	PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA CÓN CASTRICO O ESOFAGICO EN PACIENTES AMBULATORIOS ON DE SONDA BALON DE SENGSTAKEN BLAKE 1BBROSCOPIA 6ASTROUODENOFIBROSCOPIA MOIDOFIBROSCOPIA ON ESOFAGICA C/SONDA MERCURIO S/ENDOSC, P/SES
CAPITU	19.01,02 LO Código 20.01,13 20.01,15 20.01,20 20.01,22 20.01,22 20.01,24 20.01,32 20.01,34 20.01,36	Descripe REGIMEN I 20 20–01 Descripe LAVADO G COLOCACI ESOFAGOG RECTOSICE DILATACIC GASTROFII POLIPECTO	PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA CÓN CASTRICO O ESOFAGICO EN PACIENTES AMBULATORIOS ON DE SONDA BALON DE SENGSTAKEN BLAKE IBROSCOPIA CASTRODUODENOFIBROSCOPIA MOIDOFIBROSCOPIA DIN ESOFAGICA C/SONDA MERCURIO S/ENDOSC. P/SES BROSCOPIA DIN ESOFAGICA C/SONDA MERCURIO S/ENDOSC. P/SES BROSCOPIA DINIA ENDOCOPICA GASTRICA
CAPITUI GRUPO	19.01,02 LO Código 20.01,13 20.01,15 20.01,20 20.01,22 20.01,22 20.01,24 20.01,32 20.01,34 20.01,36	Descripe REGIMEN I 20 20-01 Descripe LAVADO G COLOCACI ESOFAGOG RECTOSIGE DILATACIO GASTROFII POLIPECTO ENDOSCOR	PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA CÓN CASTRICO O ESOFAGICO EN PACIENTES AMBULATORIOS ON DE SONDA BALON DE SENGSTAKEN BLAKE TIBROSCOPIA ASTRODUODENOFIBROSCOPIA MOIDOFIBROSCOPIA ON ESOFAGICA C/SONDA MERCURIO S/ENDOSC, P/SES BROSCOPIA OMIA ENDOCOPICA GASTRICA PIA H3 PLACAS EN ACTO ENDOSCOPICO
CAPITU	19.01,02 LO Código 20.01,13 20.01,15 20.01,20 20.01,22 20.01,22 20.01,24 20.01,32 20.01,34 20.01,36	Descripe REGIMEN 1 20 20-01 Descripe LAVADO G COLOCACI ESOFAGOG RECTOSIGE DILATACIC GASTROFIL POLIPECTO ENDOSCOR 22	PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA CÓN CASTROENTEROLOGIA CONTROLOGIA
CAPITU	19.01.02 LO Código 20.01.13 20.01.15 20.01.20 20.01.22 20.01.26 20.01.29 20.01.32 20.01.34 20.01.36 LO Código	Descripe REGIMEN 1 20 20-01 Descripe LAVADO G COLOCACI ESOFAGOG ESOFAGOG RECTOSIG DILATACIG GASTROFII POLIPECTO ENDOSCOP 22 22-01 Descripe	PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA GASTRICO O ESOFAGICO EN PACIENTES AMBULATORIOS ON DE SONDA BALON DE SENGSTAKEN BLAKE IBROSCOPIA GASTRODUODENOFIBROSCOPIA MOIDOFIBROSCOPIA DIMIA ENDOCOPICA GASTRICA PIA H3 PLACAS EN ACTO ENDOSCOPICO PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE OBSTETRICIA Y GINECO GINECOLOGIA CÓN
CAPITU	19.01.02 LO Código 20.01.13 20.01.15 20.01.20 20.01.22 20.01.26 20.01.32 20.01.34 20.01.36 LO Código 22.01.01 22.01.01 22.01.01	Descripe REGIMEN 1 20 20-01 Descripe LAVADO G COLOCACI ESOFAGOG RECTOSIG DILATACIC GASTROFI POLIPECTIC ENDOSCOP 22 22-01 Descripe COLPOSCO TEST DE SI	PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA CÓN CASTRICO O ESOFAGICO EN PACIENTES AMBULATORIOS ON DE SONDA BALON DE SENGSTAKEN BLAKE TEROSCOPIA MOITOFIBROSCOPIA DIN ESOFAGICA CISONDA MERCURIO S/ENDOSC. P/SES BROSCOPIA DIMIA ENDOCOPICA GASTRICA PLA H3 PLACAS EN ACTO ENDOSCOPICO PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE OBSTETRICIA Y GINECO GINECOLOGIA CÓN PEIA TRAQUELOSCOPIA MUSI-HUNER
CAPITU	19.01.02 LO Código 20.01.13 20.01.15 20.01.20 20.01.22 20.01.25 20.01.34 20.01.36 LO Código 22.01.01	Descripe REGIMEN 1 20 20-01 Descripe LAVADO G COLOCACIE ESOFAGOG RECTOSIGE DILATACIG GASTROFII POLIPECTO ENDOSCOF 22 22-01 Descripe COLPOSCO TEST DE SI PERSUFLA	PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA CÓN CASTRICO O ESOFAGICO EN PACIENTES AMBULATORIOS ON DE SONDA BALON DE SENGSTAKEN BLAKE TEROSCOPIA MOITOFIBROSCOPIA DIN ESOFAGICA CISONDA MERCURIO S/ENDOSC. P/SES BROSCOPIA DIMIA ENDOCOPICA GASTRICA PLA H3 PLACAS EN ACTO ENDOSCOPICO PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE OBSTETRICIA Y GINECO GINECOLOGIA CÓN PEIA TRAQUELOSCOPIA MUSI-HUNER
CAPITUI GRUPO	19.01,02 LO Código 20.01,13 20.01,15 20.01,20 20.01,22 20.01,22 20.01,32 20.01,34 20.01,36 LO Código 22.01,01 22.01,03 22.01,05	Descripe REGIMEN I 20 20-01 Descripe LAVADO G COLOCACI ESOFAGOG ESOFAGOG RECTOSICE DILATACIC GASTROFII POLIPECTO ENDOSCOF 22 22-01 Descripe COLPOSCO TEST DE SI PERSUFLA INSTILACIO	PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA CÓN CASTRICO O ESOFAGICO EN PACIENTES AMBULATORIOS ON DE SONDA BALON DE SENGSTAKEN BLAKE TEROSCOPIA CASTRODUODENOFIBROSCOPIA MOIDOFIBROSCOPIA MOIDOFIBROSCOPIA DIMIA ENDOCOPICA GASTRICA PLA H3 PLACAS EN ACTO ENDOSCOPICO PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE OBSTETRICIA Y GINECO GINECOLOGIA CÓN PLA TRAQUELOSCOPIA MASHUNER CION CON REGISTRO QUIMOCRAFICO CON HEIDROTUBACION POR CADA SESSION ON DE SUSTANCIAS RADIOPACA PHISTEROSALPINGO ALMANIA ALMANIA CON LORDO DE SUSTANCIAS RADIOPACA PHISTEROSALPINGO
CAPITU	19.01,02 LO Código 20.01,13 20.01,15 20.01,20 20.01,22 20.01,24 20.01,34 20.01,36 LO Código 22.01,01 22.01,03 22.01,05 22.01,06 22.01,06 22.01,07	Descripe REGIMEN 1 20 20-01 Descripe LAVADO G COLOCACIE ESOFAGOG RECTOSIGE DILATACIG GASTROFII POLIPECTO ENDOSCOF 22 22-01 Descripe COLPOSCO TEST DE SI PERSUFLA PERSUFLA PERSUFLA 1NSTILACIE 22-02	PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA CÓN CASTRICO O ESOFAGICO EN PACIENTES AMBULATORIOS ON DE SONDA BALON DE SENGSTAKEN BLAKE TEROSCOPIA ASTRODUODENOFIBROSCOPIA MOIDOFIBROSCOPIA DIN ESOFAGICA C'SONDA MERCURIO S'ENDOSC, P'SES BROSCOPIA DINIA ENDOCOPICA GASTRICA PLA HI3 PLACAS EN ACTO ENDOSCOPICO PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE OBSTETRICIA Y GINECO GINECOLOGIA CÓN PILA TRAQUELOSCOPIA IMS-HUNER CION CON REGISTRO QUIMOGRAFICO CION CON REGISTRO CON CON CON CON CON CON CON CON CON CO
CAPITUI GRUPO	19.01.02 LO Código 20.01.13 20.01.15 20.01.20 20.01.22 20.01.24 20.01.34 20.01.36 LO Código 22.01.01 22.01.01 22.01.03 22.01.05 22.01.06	Descripe REGIMEN I 20 20-01 Descripe LAVADO G COLOCACI ESOFAGOG ESOFAGOG RECTOSICE DILATACIC GASTROFII POLIPECTO ENDOSCOF 22 22-01 Descripe COLPOSCO TEST DE SI PERSUFLA INSTILACIO	PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROSCOPIA GASTROENDO ES ORAGICO EN PACIENTES AMBULATORIOS ON DE SONDA BALON DE SENGSTAKEN BLAKE HEROSCOPIA MOIDOFIBROSCOPIA MOIDOFIBROSCOPIA MOIDOFIBROSCOPIA MOIDOFIBROSCOPIA DANIA ENDOCOPICA GASTRICA PLA H3 PLACAS EN ACTO ENDOSCOPICO PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE OBSTETRICIA Y GINECO GINECOLOGÍA CÓN CION CON REGISTRO QUIMOGRAFICO CION CON REGISTRO QUIMOGRAFICO CION CON REGISTRO QUIMOGRAFICO CION CON REGISTRO QUIMOGRAFICO CION ELIDROTUBACION POR CADA SESION ON DE SUSTANCIAS RADIOPACA P/HISTEROSALPINGO OBSTETRICIA LIGA HERESHA FAREDES GRAL Seq. y Control de Gastión
CAPITUI GRUPO	19.01,02 LO Código 20.01,13 20.01,15 20.01,20 20.01,22 20.01,26 20.01,29 20.01,34 20.01,36 LO Código 22.01,01 22.01,03 22.01,05 22.01,06 22.01,07 Código 22.02,01	Descripe REGIMEN 1 20 20-01 Descripe LAVADO G COLOCACI ESOFAGOG RECTOSIGE DILATACIO GASTROFII POLIPECTO ENDOSCOF 22 22-01 Descripe COLPOSCO TEST DE SI PERSUFLA INSTILACIO 22-02 Descripe AMNIOSCO	PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA CÓN CASTROENTEROLOGIA CON CON CASTROENTEROLOGIA CON CON REGISTRO QUIMOCRAFICO CION CON CON REGISTRO QUIMOCRAFICO CION CON CON CON CON CON CON CON CON CON C
CAPITUI GRUPO	19.01.02 LO Código 20.01.13 20.01.15 20.01.20 20.01.22 20.01.22 20.01.32 20.01.34 20.01.36 LO Código 22.01.01 22.01.03 22.01.05 22.01.06 22.01.06 22.01.07 Código 22.02.01 22.02.01	Descripe REGIMEN I 20 20-01 Descripe LAVADO G COLOCACI ESOFAGOGE ESOFAGOGE ESOFAGOGE ESOFAGOGE ENDOSCOF 22 22-01 Descripe COLPOSCO TEST DE S PERSUFLA INSTILACI 22-02 Descripe AMNIOSCO MONITORE	PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA CÓN CASTRICO O ESOFACICO EN PACIENTES AMBULATORIOS ON DE SONDA BALON DE SENGSTAKEN BLAKE TIBROSCOPIA MOIDOFIBROSCOPIA MOIDOFIBROSCOPIA DIMIA ENDOCOPICA GASTRICA PLA HIS PLACAS EN ACTO ENDOSCOPICO PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE OBSTETRICIA Y GINECO GINECOLOGÍA CÓN PILA TRAQUELOSCOPIA MISSHUNER CION CON REGISTRO QUIMOGRAFICO CION HIDROTUBACION POR CADA SESION OND ES USTANCIAS RADIOPACA PHIISTEROSALPINGO OBSTETRICIA CÓN JEGA JERESITA FAREDES GIAL SEQ. Y Control de Gestión M.S. MISS
CAPITUI GRUPO	19.01,02 LO Código 20.01,13 20.01,15 20.01,20 20.01,22 20.01,24 20.01,34 20.01,36 LO Código 22.01,01 22.01,03 22.01,05 22.01,06 22.01,07 Código 22.02,01	Descripe REGIMEN I 20 20-01 Descripe LAVADO G COLOCACI ESOFAGOGE ESOFAGOGE ESOFAGOGE ESOFAGOGE ENDOSCOF 22 22-01 Descripe COLPOSCO TEST DE S PERSUFLA INSTILACI 22-02 Descripe AMNIOSCO MONITORE	PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA CÓN CASTRICO O ESOFACICO EN PACIENTES AMBULATORIOS ON DE SONDA BALON DE SENGSTAKEN BLAKE TIBROSCOPIA MOIDOFIBROSCOPIA MOIDOFIBROSCOPIA DIMIA ENDOCOPICA GASTRICA PLA HIS PLACAS EN ACTO ENDOSCOPICO PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE OBSTETRICIA Y GINECO GINECOLOGÍA CÓN PILA TRAQUELOSCOPIA MISSHUNER CION CON REGISTRO QUIMOGRAFICO CIÓN HIDROTUBACION POR CADA SESION OND ES USTANCIAS RADIOPACA PHISTEROSALPINGO OBSTETRICIA CÓN JUGA TERRESITA FAREDES GIAL SEQ. Y CONTIOI de Gastión M.S. MISS. MISS.
CAPITUI GRUPO	19.01.02 LO Código 20.01.13 20.01.15 20.01.20 20.01.22 20.01.22 20.01.32 20.01.34 20.01.36 LO Código 22.01.01 22.01.03 22.01.05 22.01.06 22.01.06 22.01.07 Código 22.02.01 22.02.01	Descripe REGIMEN I 20 20-01 Descripe LAVADO G COLOCACI ESOFAGOGE ESOFAGOGE ESOFAGOGE ESOFAGOGE ENDOSCOF 22 22-01 Descripe COLPOSCO TEST DE S PERSUFLA INSTILACI 22-02 Descripe AMNIOSCO MONITORE	PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA GASTROENTEROLOGIA CÓN MASTRICO O ESOFAGICO EN PACIENTES AMBULATORIOS ON DE SONDA BALON DE SENOSTAKEN BLAKE TIBROSCOPIA MASTRODUODENOFIBROSCOPIA MOIDOFIBROSCOPIA MOIDOFIBROSCOPIA DIMÍA ENDOCOPICA GASTRICA DIMÍA ENDOCOPICA GASTRICA PLA H3 PLACAS EN ACTO ENDOSCOPICO PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE OBSTETRICIA Y GINECO GINECOLOGIA CÓN PLA TRAQUELOSCOPIA TIMÁS HUNER CIÓN CON REGISTRO QUIMOGRAFICO CIÓN HUDROTUBACION POR CADA SESION ON DE SUSTANCIAS RADIOPACA P/HISTEROSALPINGO OBSTETRICIA CÓN JULIA 1 INCRESITA FAREDES GIAL SEQ. Y CONTION de Gestión M.S. DEIA DEIA DEIA DEIA DEIA DEIA DEIA DEI

Lunes 18 de Octubre de 1999

ARIGUE JAMAN SLAINE PRESIDENTE OBRIS 2021AI ORSONAL MADERIA

MARIO VOSE GODOY TESTURO OBRASCCIAL PERSONAL MARTITIMO Página 22 de 27

contain of the first

FOLIO PARTIES OF STATE OF STAT

	CAPITULO		23 PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE HEMATOLOGIA E INMU		
GRUPO		23-01	HEMATOLOGIA		
	Código	Descrip	cón		
	23.01,04	INVESTIC	AGLUTTINAS/MEDIO ALBUMINOSO/PBA, COMPATIB,		
	23.01,14	BILIRRUB	INEMIA TOTAL DIRECTA INDIRECTA		
	23,01,18 23,01,19		.CION Y SANGRIA, TIEMPO DE D, RETRACCION DE		
•	23.01,20		DIRECTA, PRUEBA DE		
	23.01.21	COOMBS	NDIRECTA, PRUEBA DE - CUALITATIVA		
	23.01.22 23.01.23	COOMES :	INDIRECTA,PRUEBA DE CUANTITATIVA		
•	23,01,32		LOS, RECUENTO DE		
	23,01,33	ERITROSE	DIMENTACION		
	23.01.34 23.01.39		DESCRIPTION OF THE PROPERTY OF		
	23,01,40		DE COAGULACION II EN PLASMA O SUERO-PROT, DUCK DE COAGULACION V.		
	23.01.50		A.SIDEREMIA		
	23.01.51 23.01.54		ENO (SANGRE)		
	23.01.54		. LEUCOCITARIA SA ALCALINA LEUCOSITARIA (CITOQUIMICA)		
	23.01.56		VA GAMMA (SUERO)		
	23,01,58		S BLANCOS, RECUENTO.		
	23.01.59 23.01.62	GLOBULO GOTA GRU	S ROJOS,RECUENTO TESA		
	23,01,63		NGUINEO ABO		
	23,01,65		ERPOS DE		
	23,01,66 23,01,68	HEMATIC	S, RESISTENCIA GLOBULAR OSMOTICA DE LOS		
•	23,01,71		JUTINOGENOS-SUBTIPOS DEL SISTEMA ABO C/DETERMIN		
	? 72	HEMOAG	UTINOGENOS DU		
	23,01.78		BINA EN PLASMA.		
	23.01.78		MA.INCLUYE RECUENTO DE HEMATIES,LEUCOC. HTO, LECTROFORESIS		
	23,01,89	LATEX LE			
	23,01,90		A PRUEBA DE	•	
	23.01.96 23.01.98		D-SANGRE CLEOSIS INFECCIOSA, REACCION PARA MONOTEST		
	23.01.99		S HEMATICOS	•	
. •	23,02,02	PEROXIDA			
	23,02.06 23,02,08		DUCTO DE DECRADACION FIBRINOCENO-FIBRINA) BINA (WARE-SEECERS)		
	23,02,12		CURVA DE		
•	23,02,16		R D (MAYUSCULA)		
GRUPO	C(E)	23-02	INMUNOLOGIA		
	Código	Descrip	con		
	23,02,01		JELL, REACCION DE		
	23,02,03 23,02,10		AS RECUENTO DE BINA, TIEMPO DE - QUIK		
	23,02,10	RH	BINA, TEMPO DE - QOIX		
	23,02,14		R C (MAYUSCULA)		
	23.02,15		PR C (MINUSCULA)		
	23.02.17 23.02.18		R E (MAYUSCULA) PR E (MINUSCULA)		
	23.02.19	RETICULO	•		
	23,02,29		LASTINA, TIEMPO DE-PARCIAL		
	23,02,29	TROMBOI			
CAPITUI		24 .	PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE HE	EMOTERAPIA	
			PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE HE HEMOTERAPIA	EMOTERAPIA	
		24	HEMOTERAPIA	EMOTERAPIA	
	Código	24 24-01 Descrip	HEMOTERAPIA cón	EMOTERAPIA	
		24 24-01 Descrip	HEMOTERAPIA	EMOTERAPIA	
	Código 24.01.01 24.01.02 24.01.03	24-01 Descrip TRANSFU TRANSFU TRANFUS	HEMOTERAPIA CÓN SION DE SANGRE TOTAL POR UNIDAD HASTA 500 CC. SION DE PLASMA, POR UNIDAD HASTA 300 CC. ION HEMATIES SEDIMENTADOS HASTA 300 CC.	EMOTERAPIA	
	Zódigo 24,01,01 24,01,02 24,01,03 24,01,04	24 24-01 Descrip TRANSFU TRANSFU TRANSFU TRANSFU	HEMOTERAPIA CÓN SION DE SANGRE TOTAL POR UNIDAD HASTA 500 CC. SION DE PLASMA, POR UNIDAD HASTA 300 CC. ION HEMATIES SEDIMENIADOS HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROJOS LAVADOS HASTA 300 CC.	EMOTERAPIA	
	24.01.01 24.01.02 24.01.03 24.01.04 24.01.05	24-01 Descrip TRANSFU TRANSFU TRANSFU PLASMAF	HEMOTERAPIA CÓN SION DE SANGRE TOTAL POR UNIDAD HASTA 500 CC. SION DE PLASMA, POR UNIDAD HASTA 300 CC. ION HEMATIES SEDIMENTADOS HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROJOS LAVADOS HASTA 300 CC. ERESIS O HERITROFERESIS C/PROCES. 500CC SANGRE	EMOTERAPIA	
	Zódigo 24,01,01 24,01,02 24,01,03 24,01,04	24-01 Descrip TRANSFU TRANSFU TRANSFU PLASMAF TRANSF. S	HEMOTERAPIA CÓN SION DE SANGRE TOTAL POR UNIDAD HASTA 500 CC. SION DE PLASMA, POR UNIDAD HASTA 300 CC. ION HEMATIES SEDIMENIADOS HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROJOS LAVADOS HASTA 300 CC.	EMOTERAPIA	
	24.01.01 24.01.02 24.01.03 24.01.04 24.01.05 24.01.06 24.01.07 24.01.08	24-01 Descrip TRANSFU TRANSFU TRANSFU TRANSFI PLASMAF TRANSF, S TRANSFU EXANGUE	HEMOTERAPIA SION DE SANGRE TOTAL POR UNIDAD HASTA 500 CC. SION DE PLASMA, POR UNIDAD HASTA 300 CC. ION HEMATIES SEDIMENTADOS HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROJOS LAVADOS HASTA 300 CC. SERESIS O HERITROFERESIS C/PROCES. 500CC SANGRE JANGRE S/LEUCOCITOS C/SIN PLAQ. HASTA 500 CC. SION DE PLAQUETAS Y/O LEUCOCITOS HASTA 500CC NEO-TRANSFUSION, POR LA PRIMERA UNIDAD 500CC.	EMOTERAPIA	
	24.01.01 24.01.02 24.01.03 24.01.04 24.01.05 24.01.06 24.01.07 24.01.08 24.01.09	24-01 Descrip TRANSFU TRANSFU TRANSFU PLASMAF TRANSFS TRANSFS EXANGUE EXANGUE	HEMOTERAPIA SION DE SANGRE TOTAL POR UNIDAD HASTA 500 CC. SION DE PLASMA, POR UNIDAD HASTA 300 CC. SION HEMATIES SEDIMENTADOS HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROJOS LAVADOS HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROJOS LAVADOS HASTA 300 CC. SERESIS O HERITROFERESIS C/PROCES. 500CC SANGRE SANGRE S/LEUCOCITOS C/SIN PLAQ, HASTA 500 CC. SION DE PLAQUETAS Y/O LEUCOCITOS HASTA 500CC NEO-TRANSFUSION, POR LA PRIMERA UNIDAD 500CC. NEO TRANSFUSION UNIDADES SUBSIGUIENTES 500CC	EMOTERAPIA	
	24.01.01 24.01.02 24.01.03 24.01.04 24.01.05 24.01.06 24.01.07 24.01.08	24-01 Descrip TRANSFU TRANSFU TRANSFU PLASMAF TRANSFS TRANSFS EXANGUI EXANGUI SANGRIA	HEMOTERAPIA SION DE SANGRE TOTAL POR UNIDAD HASTA 500 CC. SION DE PLASMA, POR UNIDAD HASTA 300 CC. ION HEMATIES SEDIMENTADOS HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROJOS LAVADOS HASTA 300 CC. SERESIS O HERITROFERESIS C/PROCES. 500CC SANGRE JANGRE S/LEUCOCITOS C/SIN PLAQ. HASTA 500 CC. SION DE PLAQUETAS Y/O LEUCOCITOS HASTA 500CC NEO-TRANSFUSION, POR LA PRIMERA UNIDAD 500CC.	EMOTERAPIA	
	24.01.01 24.01.02 24.01.03 24.01.03 24.01.05 24.01.06 24.01.07 24.01.08 24.01.09 24.01.11 24.01.13 24.01.14	24-01 Descrip TRANSFU TRANSFU TRANSFU PLASMAF TRANSFU EXANGUI EXANGUI SANGRIA TRANSFU VDRL EN	HEMOTERAPIA SION DE SANGRE TOTAL POR UNIDAD HASTA 500 CC. SION DE PLASMA, POR UNIDAD HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROYOS LAVADOS HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROYOS LAVADOS HASTA 300 CC. ERESIS O HERITROFERESIS C/PROCES. 500CC SANGRE SANGRE S/LEUCOCITOS C/SIN PLAQ. HASTA 500 CC. SION DE PLAQUETAS Y/O LEUCOCITOS HASTA 500CC NEO-TRANSFUSION, POR LA PRIMERA UNIDAD 500CC. NEO TRANSFUSION UNIDADES SUBSIGUIENTES 500CC POR RECOLECCION CON EQUIPO AL VACTO SION DE CRIOPRECIPITADOS GH 500CC DADOR	EMOTERAPIA	
	24.01.01 24.01.02 24.01.03 24.01.04 24.01.05 24.01.06 24.01.07 24.01.08 24.01.09 24.01.11 24.01.13 24.01.14 24.01.15	24-01 Descrip TRANSFU TRANSFU TRANSFU PLASMAF TRANSFU EXANGUI EXANGUI SANGRIA TRANSFU VDRLEN HUDDLES	HEMOTERAPIA SCÓN SION DE SANGRE TOTAL POR UNIDAD HASTA 500 CC. SION DE PLASMA, POR UNIDAD HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROJOS LAVADOS HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROJOS LAVADOS HASTA 300 CC. ERESIS O HERITROFERESIS C/PROCES, 500CC SANGRE SANGRE S/LEUCOCITOS C/SIN PLAQ, HASTA 500 CC, SION DE PLAQUETAS Y/O LEUCOCITOS HASTA 500CC NEO-TRANSFUSION,POR LA PRIMERA UNIDAD 500CC. NEO TRANSFUSION UNIDADES SUBSIGUIENTES 500CC POR RECOLECCION CON EQUIPO AL VACIO SION DE CRIOPRECIPITADOS GH 500CC DADOR SON EN DADOR	EMOTERAPIA	
	24.01.01 24.01.02 24.01.03 24.01.04 24.01.05 24.01.06 24.01.07 24.01.08 24.01.09 24.01.11 24.01.13 24.01.14 24.01.15 24.01.18	24-01 Descrip TRANSFU TRANSFU TRANSFU PLASMAF TRANSFS TRANSFS TRANSFU EXANGUI EXANGUI SANCRIA TRANSFU VDRLEN HUDDLES CHAGAS I	HEMOTERAPIA SION DE SANGRE TOTAL POR UNIDAD HASTA 500 CC. SION DE PLASMA, POR UNIDAD HASTA 300 CC. SION HEMATIES SEDIMENTADOS HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROJOS LAVADOS HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROJOS LAVADOS HASTA 300 CC. SION EN ESTRE SALEUCOCITOS C/SIN PLAQ, HASTA 500 CC. SION DE PLAQUETAS Y/O LEUCOCITOS HASTA 500 CC. SION DE PLAQUETAS Y/O LEUCOCITOS HASTA 500CC NEO-TRANSFUSION, POR LA PRIMERA UNIDAD 500CC. NEO TRANSFUSION UNIDADES SUBSIGUIENTES 500CC POR RECOLECCION CON EQUIPO AL VACIO SION DE CRIOPRECIPITADOS GH 500CC DADOR SON EN DADOR HEMOAGLUTINACION EN DADOR	EMOTERAPIA	
	24,01,01 24,01,02 24,01,03 24,01,04 24,01,05 24,01,06 24,01,07 24,01,08 24,01,09 24,01,11 24,01,13 24,01,14 24,01,15 24,01,18 24,01,19 24,01,20	24-01 Descrip TRANSFU TRANSFU TRANSFU PLASMAF TRANSFS TRANSFS EXANGUI EXANGUI SANGRIA TRANSFU VDRL EN HUDDLEN CHAGAS I ANTIGEN ANTICUE	HEMOTERAPIA SION DE SANGRE TOTAL POR UNIDAD HASTA 500 CC. SION DE PLASMA, POR UNIDAD HASTA 300 CC. SION HEMATIES SEDIMENTADOS HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROJOS LAVADOS HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROJOS LAVADOS HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROJOS LAVADOS HASTA 300 CC. SION DE PLAQUETAS Y/O LEUCOCITOS HASTA 500 CC. SION DE PLAQUETAS Y/O LEUCOCITOS HASTA 500 CC. NEO-TRANSFUSION, POR LA PRIMERA UNIDAD 500CC. NEO-TRANSFUSION UNIDADES SUBSIGUIENTES 500CC POR RECOLECCION CON EQUIPO AL VACIO SION DE CRIOPRECIPITADOS GH 500CC DADOR SON EN DADOR JEMOAGLUTINACION EN DADOR O DE HEPATITIS B EN DADOR RPO ANTI HIV (METODO DE ELISA)	EMOTERAPIA	
GRUPO	24.01.01 24.01.02 24.01.03 24.01.04 24.01.05 24.01.06 24.01.07 24.01.08 24.01.11 24.01.13 24.01.14 24.01.18 24.01.18 24.01.19 24.01.19 24.01.20 24.01.20	24-01 Descrip TRANSFU TRANSFU TRANSFU PLASMAF TRANSFU EXANGUT SANGUT SANGUT SANGUT SANGUT ANTIGEN ANTIGEN ANTIGEN ANTIGUE	HEMOTERAPIA SION DE SANGRE TOTAL POR UNIDAD HASTA 500 CC. SION DE PLASMA, POR UNIDAD HASTA 300 CC. SION DE PLASMA, POR UNIDAD HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROJOS LAVADOS HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROJOS LAVADOS HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROJOS LAVADOS HASTA 300 CC. SION DE PLAQUETAS Y/O LEUCOCITOS HASTA 500 CC. SION DE PLAQUETAS Y/O LEUCOCITOS HASTA 500 CC. NEO TRANSFUSION POR LA PRIMERA UNIDAD 500CC. NEO TRANSFUSION UNIDADES SUBSIGUIENTES 500CC POR RECOLECCION CON EQUIPO AL VACIO SION DE CRIOPRECIPITADOS GH 500CC DADOR SON EN DADOR HEMOAGLUTINACION EN DADOR O DE HEPATITIS B EN DADOR RPO ANTI HIV (METODO DE ELISA) RPOS ANTI VIH (METODO DE AGLUTINAC, PART, GEL)		
GRUPO .	24.01.01 24.01.02 24.01.03 24.01.04 24.01.05 24.01.06 24.01.07 24.01.08 24.01.11 24.01.13 24.01.14 24.01.18 24.01.18 24.01.19 24.01.19 24.01.20 24.01.20	24-01 Descrip TRANSFU TRANSFU TRANSFU PLASMAF TRANSFI EXANGUI EXANGUI SANGRIA TRANSFU VDRLEN HUDDLES CHAGAS I ANTIGEN ANTICUE	HEMOTERAPIA SION DE SANGRE TOTAL POR UNIDAD HASTA 500 CC. SION DE PLASMA, POR UNIDAD HASTA 300 CC. SION DE PLASMA, POR UNIDAD HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROJOS LAVADOS HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROJOS LAVADOS HASTA 300 CC. ERESIS O HERTIROFERESIS C/PROCES. 500CC SANGRE SANGRE S/LEUCOCITOS C/SIN PLAQ, HASTA 500 CC. SION DE PLAQUETAS Y/O LEUCOCITOS HASTA 500 CC. NEO-TRANSFUSION, POR LA PRIMERA UNIDAD 500CC. NEO TRANSFUSION UNIDADES SUBSIGUIENTES 500CC POR RECOLECCION CON EQUIPO AL VACTO SION DE CRIOPRECIPITADOS GH 500CC DADOR SON EN DADOR HEMOAGLUTINACION EN DADOR O DE HEPATITIS B EN DADOR RPO ANTI HIV (METODO DE ELISA) RPOS ANTI VIH (METODO DE AGLUTINAC, PART, GEL) PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE FO	ONO Y KINESIOLOGIA	
GRUPO .	24.01.01 24.01.02 24.01.03 24.01.04 24.01.05 24.01.06 24.01.07 24.01.08 24.01.09 24.01.11 24.01.13 24.01.14 24.01.18 24.01.19 24.01.20 24.01.20	24 24-01 Descrip TRANSFU TRANSFU TRANSFU PLASMAF TRANSFS EXANGUI SANGRIA TRANSFU EXANGUI SANGRIA TRANSFU VDRL EN HUDDLES CHAGAS I ANTIGEN ANTICUE ANTICUE 25	HEMOTERAPIA SCÓN SION DE SANGRE TOTAL POR UNIDAD HASTA 500 CC. SION DE PLASMA, POR UNIDAD HASTA 300 CC. ION HEMATIES SEDIMENTADOS HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROJOS LAVADOS HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROJOS LAVADOS HASTA 300 CC. ERESIS O HERITROFERESIS C/PROCES. 500CC SANGRE SANGRE S/LEUCOCITOS C/SIN PLAQ, HASTA 500 CC. SION DE PLAQUETAS Y/O LEUCOCITOS HASTA 500CC NEO-TRANSFUSION, POR LA PRIMERA UNIDAD 500CC. NEO-TRANSFUSION UNIDADES SUBSIGUIENTES 500CC POR RECOLECCION CON EQUIPO AL VACIO SION DE CRIOPRECIPITADOS GH 500CC DADOR SON EN DADOR HEMOAGLUTINACION EN DADOR O DE HEPATITIS B EN DADOR RPO ANTI HIV (METODO DE ELISA) RPOS ANTI VIH (METODO DE AGLUTINAC, PART, GEL) PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE FO	ONO Y KINESIOLOGIA Mod Momo	
CAPITUI GRUPO CAPITUI GRUPO	24.01.01 24.01.02 24.01.03 24.01.04 24.01.05 24.01.06 24.01.07 24.01.08 24.01.11 24.01.13 24.01.14 24.01.18 24.01.18 24.01.19 24.01.19 24.01.20 24.01.20	24-01 Descrip TRANSFU TRANSFU TRANSFU PLASMAF TRANSFI EXANGUI EXANGUI SANGRIA TRANSFU VDRLEN HUDDLES CHAGAS I ANTIGEN ANTICUE	HEMOTERAPIA SCÓN SION DE SANGRE TOTAL POR UNIDAD HASTA 500 CC. SION DE PLASMA, POR UNIDAD HASTA 300 CC. ION HEMATIES SEDIMENTADOS HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROJOS LAVADOS HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROJOS LAVADOS HASTA 300 CC. ERESIS O HERITROFERESIS C/PROCES. 500CC SANGRE SANGRE S/LEUCOCITOS C/SIN PLAQ, HASTA 500 CC. SION DE PLAQUETAS Y/O LEUCOCITOS HASTA 500CC NEO-TRANSFUSION, POR LA PRIMERA UNIDAD 500CC. NEO-TRANSFUSION UNIDADES SUBSIGUIENTES 500CC POR RECOLECCION CON EQUIPO AL VACIO SION DE CRIOPRECIPITADOS GH 500CC DADOR SON EN DADOR HEMOAGLUTINACION EN DADOR O DE HEPATITIS B EN DADOR RPO ANTI HIV (METODO DE ELISA) RPOS ANTI VIH (METODO DE AGLUTINAC, PART, GEL) PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE FO	ONO Y KINESIOLOGIA MO- NOMO NOA TERESITA PARFOES	
GRUPO .	24.01.01 24.01.02 24.01.03 24.01.04 24.01.05 24.01.06 24.01.07 24.01.08 24.01.09 24.01.11 24.01.13 24.01.14 24.01.18 24.01.19 24.01.20 24.01.20	24-01 Descrip TRANSFU TRANSFU TRANSFU PLASMAF TRANSFI EXANGUI EXANGUI SANGUI SANGUI SANGUI ANTICUE ANTICUE ANTICUE 25 25-01 Descrip	HEMOTERAPIA SCÓN SION DE SANGRE TOTAL POR UNIDAD HASTA 500 CC. SION DE PLASMA, POR UNIDAD HASTA 300 CC. ION HEMATIES SEDIMENTADOS HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROJOS LAVADOS HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROJOS LAVADOS HASTA 300 CC. ERESIS O HERITROFERESIS C/PROCES. 500CC SANGRE SANGRE S/LEUCOCITOS C/SIN PLAQ, HASTA 500 CC. SION DE PLAQUETAS Y/O LEUCOCITOS HASTA 500CC NEO-TRANSFUSION, POR LA PRIMERA UNIDAD 500CC. NEO-TRANSFUSION UNIDADES SUBSIGUIENTES 500CC POR RECOLECCION CON EQUIPO AL VACIO SION DE CRIOPRECIPITADOS GH 500CC DADOR SON EN DADOR HEMOAGLUTINACION EN DADOR O DE HEPATITIS B EN DADOR RPO ANTI HIV (METODO DE ELISA) RPOS ANTI VIH (METODO DE AGLUTINAC, PART, GEL) PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE FO	ONO Y KINESIOLOGIA Mod Momo	
GRUPO .	24.01.01 24.01.02 24.01.03 24.01.04 24.01.05 24.01.06 24.01.08 24.01.09 24.01.11 24.01.13 24.01.14 24.01.18 24.01.19 24.01.20 24.01.20	24-01 Descrip TRANSFU TRANSFU TRANSFU PLASMAF TRANSF. TRANSF. TRANSF. TRANSFU EXANGUI SANCRIA TRANSFU VDRL EN HUDDLES CHAGAS I ANTIGEN ANTICUE ANTICUE 25 25-01 Descrip AGENTE I TERAPIA	HEMOTERAPIA SCÓN SION DE SANGRE TOTAL POR UNIDAD HASTA 500 CC. SION DE PLASMA, POR UNIDAD HASTA 300 CC. ION HEMATIES SEDIMENTADOS HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROJOS LAVADOS HASTA 300 CC. SION DE GLOBULOS ROJOS LAVADOS HASTA 300 CC. SERESIS O HERITROFERESIS C/PROCES. 500CC SANGRE SANGRE S/LEUCOCITOS C/SIN PLAQ, HASTA 500 CC. SION DE PLAQUETAS Y/O LEUCOCITOS HASTA 500 CC. NEO-TRANSFUSION, POR LA PRIMERA UNIDAD 500CC. NEO-TRANSFUSION UNIDADES SUBSIGUIENTES 500CC POR RECOLECCION CON EQUIPO AL VACIO SION DE CRIOPRECIPITADOS GH 500CC DADOR SON EN DADOR BEMOAGLUTINACION EN DADOR O DE HEPATITIS B EN DADOR RPO ANTI HIV (METODO DE ELISA) RPOS ANTI VIH (METODO DE ACLUTINAC, PART, GEL) PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE FORESTA DE COMBREMA DE	DNO Y KINESIOLOGIA MO- MOMO DIGA TERESITA PAREDES Gral, Seg. y Control de Gestión	

Lunes 18 de Octubre de (999

RIGUE OMNIK SUA PREADENTE DBA SICHA ERSONAL MARITIM MARIO JOHE GODOY TESTRERO OBRA SOCIAL TERSONAL MARITIMO Página 23 de 27

CADU DA CADU DA HARA

CAPITUL	<u>o</u>	26	PRACTICA ESPECIALIZADA DE MEDICINA NUCLEAR
GRUPO		26-03	DETERMINACIONES POR RADIOINMUNOENSAYO-RIE
	Código	Descripe	ón
	26.03.03	ALFAFETOI	POTENIAS
	26.03.06		DE LA HEPATITIS B
	26.03.09		CINOMA EMBRIOGENICO)
	26.03.10	CORTISOL	
	26.03.12 26.03.13	DIGOXINA ESTRADIOL	
-	26.03.18	FSH	
	26.03,21	LH	
	26.03.22	DOUTMAI	OBULINA
	26.03.23 26.03,29	INSULINA PROGESTER	ONA
•	26,03,30	PROLACTIN	
	26.03.35		LASMATICA (T4)
	26.03.37		RONINA (T3)
GRUPO	26.03,38	TIROTROFI	
	0(1)	26-04	PRUEBAS A DETERMINAR EL RETROMECANISMO HORMON
	Código	Descripcón Descripcón	
	26.04.03	PRUEBAS D	E ESTIMULO HIPOTALAMO HIPOFISIARIA (FSH)
	26,04,04	PRUEBA DE	ESTIMULO HIPOTALAMO HIPOFISIARIA (LH)
	26.04.07	PRUEBA DE	ESTIMULO CON TRH (C/DET TSH-TIROXINA PL T4)
	26.04,08 26.04,11	PRUEBA DE	ESTIMULO CONTRH (C/DETERMINAC DE TSH)
	26.04.11	ESTUDIO DI	HIBICION DE MUQUET O SIMILARES C/DET CORTIS EL RITMO CIRCADIANO DE CORTISOL
	26.04.13		TIMULO HIPOTALAMICA-HIPOFISIARIA C/DET PROLA
	26.04.14	PRUEBA DE	INHIBICION HIPOTALAMICA-HIPOFISIARIA C/PROL
CAPITUL	0	27	PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE NEFROLOGIA
GRUPO		27-01	NEFROLOGIA
	Código	Descripc	ón
	27.01.01	WEMODIAL I	SIC CODMON ADOTT TALINGUITO A CUTA MORGON
	27.01.02		SIS C/RINON ARTIF EN INSUFIC. AGUDA P/SESION SIS C/RINON ARTIF, EN INSUF,CRONICA P/SESION
	27.01.03	DIALISIS PE	
CAPITUL	0	28	PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE NEUMONOLOGIA
GRUPO		28-01	NEUMONOLOGIA
•	Código	Descripc	ón
	28,01,01 28,01,03		RIA CAPAC, VITAL FORZADA FLUJO ESPITATORIO
	28.01.03 28.01.04	BRONCOESF TRAQUEOSO	
	28,01,06	BRONCOFIB	
	28.01.07	CURVA DE E	LUIO VOLUMEN-CON O SIN ESPIROMETRIA
	28.01.10	ANALISIS G	ASES EN AIRE ESPIRADO Y EN SANGRE ARTERIOVE
CAPITUL	0	29	PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE NEUROLOGIA
GRUPO		29-01	NEUROLOGIA
	Código	Descripce	ón
	29,01,01	EI ECTROES	CEFALOGRAFIA C/ACTIVACION SIMPLE
	29,01,01 29,01,02		CEFALOGRAFIA C/ACTIVACION SIMPLE CEFALOGRAFIA C/ACTIVACION COMPLEJA
	29.01.04		OCRAFIA DE MIEMBROS SUP.O INF. O FACIAL
	29.01.05		OCRAFIA DE LOS 4 MIEMBROS
	29,01,06 29,01,09	ELECTROMI ELECTRODL	OGRAFIA C/VELOCIDAD DE CONDUCCION AGNOSTICO
CAPITUL		30	PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE OFTALMOLOGIA
GRUPO		30-01	OFTALMOLOGIA
•	Código	Descripce	
_			
	30.01.02		JAL-CAMPIMETRIA Y OPERIMETRIA BILATERAL
	30.01.06 30.01.08		A EN NIÑOS CON ANESTESIA ŒNERAL BILATERAL IA BILATERAL
	30,01.09	GONIOSCOPIA BILATERAL CURVA TENSIONAL BILATERAL	
	30,01,10	TONOGRAFIA-CON TONOGRAFO ELECTRONICO BILATERAL	
	30.01.13		DRESCEINOGRAFIA-UNILATERAL
	30.01.16 30.01.18		N DE CUERPO ESTRAÑO EN CORNEA UNILATERAL I DEL CONDUCTO LACRIMO NASAL CINTUB, UNILAT
	30.01.19		OPIA INDIRECTA BINOCULAR CON ESQUEMA FDO OJO
	30.01.20	and the second s	FUACION EN EL ESTRABISMO BILATERAL
		ይፈ∪ይ ቤ¥1 ⊁ <i>4</i> 0	II (KGIA INCTITYE PRESCRIPCIONING CONCEATES CONCEAN // 1 A 11 V / 7
	30.01.22	EXOFTALMO	PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE OTORRINOLARINO

MARIO JOSE GODOY TESONERO OBRA SOCIAL TERSONAL MARITIMO

CAMUS PLO PRO PRO DE A HALL



GRUPO		31-01 OTORRINOLARINGOLOGIA	(a)		
	Código	Descripcón	—— \		
			`		
	31.01.01	EXAMEN FUNCIONAL LABERINTICO			
	31.01.02 31.01.03	AUDIOMETRIA LOGOAUDIOMETRIA			
	31.01.04	PRUEBAS SUPRALIMINARES CADA UNA			
	31.01.05	SELECCION DE OTOAMPLIFONOS			
	31,01,07 31,01,09	TECNICA DE PROESTZ HASTA DIEZ SESIONES			
	31,01,09	IMPEDANCIOMENTRIA EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN OIDO O TAPON CERUMEN			
•	31,01,12	TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR			
	31.01.13 31.01.15	TAPONAMIENTO NASAL ANTERO POSTERIOR			
	31.01.18	CAUTERIZACION DE NARIZ LARINGOSCOPIA DIRECTA			
	31.01.20	EXTRACCION DE CALCULO SALIVAL SIN INCISION CATETERIZ.			
	31.01.22	OTOMICROSCOPIA			
CAPITU	LO	32 PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE PEDIATRIA	-		
		DE LEDUKTRIA			
GRUPO.		32-01 PEDIATRIA			
	Código	Descripcón			
	Courgo	Descripcon			
•	32,01,04	ATENCION RECIEN NACIDO NORMAL O PATOLOGICO SALA PARTO			
CARTET	T 0		•		
CAPITU	LU	33 PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE PSIQUIATRIA			
GRUPO		33-01 PSIQUIATRIA			
GROFO	-				
	Código	Descripcón			
	30.00				
	33.01.01 33.01.02	PSICOTERAPIAS INDIVIDULAES NIÑOS O ADULTOS PSICOTERAPIAS GRUPALES O COLECTIVAS NIÑOS O ADULTOS			
	33,01,03	PSICOTERAPIA DE PAREJA O FLIA POR SESION MINIMO 5 MIN			
	33.01.11	PRUEBAS PSICOMETRICAS BATERIA MINIMO 4 TEST			
	33.01.12	PRUEBAS PROYECTIVAS PERFIL DE PERSONALIDAD			
CAPITU	LO	34 RADIOLOGIA			
GRUPO.		34-01 RADIOSCOPIAS			
	Código	Descripcón	<u> </u>		
	34,01,01	RADIOSCOPIA SIMPLE UNICO ESTUDIO			
	34.01.02 34.01.03	RADIOSCOPIA CON INTESIFICADOR DE IMAGENES RADIOSCOPIA CON CIRCUITO CERRADO DE TELEVISION			
GRUPO		34-02 APARATO ESQUELETICO			
	Código	Descripcón			
	Courgo	резспреда			
•	34.02.01	RX CRANEO CARA SENOS PARANASALES CAVUN IRA EXP.			
	34,02,02	EXPOSICION SUBSIGUIENTE CRANEO			
	34,02,03 34,02,04	HUESO TEMPORAL O AGUIEROS OPTICOS COMPARAT, Y POR PAR			
	34,02,03	ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR 3 POSICIONES COMPARAT. ORTOPANTOMOGRAFIA-RX PANORAMICA DE CRANEO O CARA			
	34,02.06	POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE			
	34,02.07 34,02,08	TELERADIOGRAFIA DE CRANEO O PERFIL FACIAL C/CEFALOST. POR EXPOSICION SUBSIGNIENTE			
	34,02,08	RADIOGRAFIA DE RAQUIS-COLUMNA IRA EXP.			
	34.02.10	POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE			
	34.02.11	RX DE HOMBRO HUMERO PELVIS CADERA FEMUR 1RA. EXP.			
	34,02,12 34,02,13	POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE RX CODO ANTEBRAZO MUÑECA MANO DEDO RODILLA PIERNA PIE			
	34,02,14	MEDICION COMPARATIVA MIEMBROS INFERIORES			
	34,02,15	RX AMPLIADA O MACRORADRIOGRAFIA			
	34,02.16 34,02,17	ARTROGRAFIA S/HORARIO ESPECIALISTA 1RA. EXP. POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE			
	34.02.18	UNA PLACA -APICAL			
	34,02,19	UNA PLACA OCLUSAL.			
	34,02,20 34,02,21	SEMISERIADA HASTA 7 PLACAS SERIADA DE 7 A 14 PLACAS			
GRUPO		34-03 APARATO RESPIRATORIO			
	Código	Descripcón			
	Courgo	Descripcon			
	34,03,01	RX O TELERADIOGRAFIA DE TORAX 1RA. EXP.			
	34,03,02	POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE			
	34.03.03 34.03.04	BRONCOGRAFIA S/ENDOSCOPIA S/ANESTESIA GRAL. C/PULMON NEUMODIASTINO FRENTE Y PERFIL-SIN HONORARIO			
GRUPO	5 110310 1	34-04 APARATO DIGESTIVO Y CAVIDAD ABDOMINAL			
•	Código	Descripción //			
	Courgo	Descripcón // in // Or	wer		
	34,04,02	PROPERTY OF PRINCE OF A DISCUSSION OF THE PROPERTY OF THE PROP	,		
•	34,04,03	ESTOMAGO Y DUODENO ESTUDIO SERIADO MINIMO 10 EXP.	A PAREDES atrol de Gestión		
	34.04.04 34.04.05	ESTOMAGO/DUODENO CON TECNICA DOBLE CONTRASTE 1. Seg. y Loi ESTUDIO SERIADO ESOFAGOGASTRODUODENAL M.S.			
	34,04,03 34,04,07	TRANSITO INTESTINO DELGADO O DE COLON			
	34.04.08	ESTUDIO RADIOLOGICO SERIADO ILEOCECOAPENDICULAR			
	34.04,09	COLON X ENEMA Y EVACUADO MINIMO 3 PLACAS P/ESTUDIO COLON X ENEMA Y EVACUADO MINIMO 5 PLACAS P/ESTUDIO	engeroegy (filosofie) angeroegy (filosofie)		
	34.04.10 34.04.11	COLON X ENEMA Y EVACUADO MINIMO 5 PLACAS P/ESTUDIO COLON POR ENEMA EVACUADO E INSUFLADO	නැනෑ ස		
	34.04.12	COLON POR ENEMA EVACUADO DOBLE Y CONTRATE			
Jun & 18 da	Octubre de 199	99	28 de 27		
2000		Tagma	w 41		

TESORARO
OBRA SOLVAL
PERSONAL MARITIMO



	34.04,13 34,04,14	COLECISTOGRAFIA ORAL INCLUYE PRUEBA EVACUACION COLECISTOGRAFIA ENIXOVENOSA INCLUYE PBA DE EVACUACION	
	34.04.15	COLANGIOGRAFIA ENDOVENOSA MINIMO 5 PLACAS PJESTUDIO	Herry
	34.04.16	COLANGIOGRAFIA OPERATORIA 1RA PLACA	•
	34,04,17 34,04,18	COLANGIOGRAFIA OPERATORIA X C/PLACA SUBSIGNIENTE	
	34.04.19	FISTULOCOLANGIOGRAFIA/COLANGIOGIOGRAFIA POST/OPERAT COLANGIOGRAFIA RETROGRADA POR FIBROSCOPIA-MIN, 3 PLAC	
	34,04,20	NEUMOPERITONEOCRAFIA RETRONEUMOPERITONEOCRAFIA	
	34.04,21 34.04,22	RADIOGRAFIA SIMPLE ABDOMEN IRA EXPOSCION	
GRUPO	34,04,22	POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE 34-05 APARATO URINARIO	
•	Código	Descripcón	- -
	34.05.01	RADIOGRAFIA SIMPLE DE ARBOL URINARIO	
•	34,05,02 34,05,03	UROCRAMA EXCRETOR PIELOCRAFIA DESCENDENTE	
	34.05.04	UROGRAMA EXCRETOR CÆSTUDIO VESICAL PRE Y POST MICC. UROGRAMA MINUTADO O X GOTEO PIELOGRAFIA X PERFUSION	
	34,05.05	PIELCGRAFIA ASCEND. S/HONORARIO ESPECIALISTA IRA EXP.	
	34,05,06 34,05,07	POR EXPOSICION SUBSIGNIENTE CISTOURETROXRAFIA MICCIONAL-ASCEND P/ESTUDIO 2 PLACAS	
	3-4,05,08	CISTOURETROGRAFIA X ESTDIO DE INCONTINENCIA	
GRUPO		34-06 APARATO GENITAL FEMENINO	
	Código	Descripcón	
	34,06,01	MAMOGRAFIA-SENOGRAFIA UNICA C/MAMOGRAFO	
	34,06,02 34,06,04	MAMOGRAFIA PROYECCION AXILAR UNICAMENTE C/MAMOGRAFO HISTEROSALPINGOGRAFIA C/PRUEBA DE COTTE	
	34,06,05	PELVINEUMOGRAFIA S/HONORARIOS ESPECIALISTA	
	34,06,06 34,06,07	GINECOGRAFIA SIN HONORARIO DEL ESPECIALISTA PELVIMETRIA RADIOLOGICA MINIMO 2 PLACAS POR ESTUDIO	
	34,06,07	RX DEL EMBARAZO DIRECTA DE ABDOMEN	
GR'		34-07 NEURORADIOLOGIA	_
	Código	Descripcón	-
GRUPO	34,07,03	ARTERIOCRAFIA CEREBRAL X CATETERISMO POR ESTUDIO 34-08 ANGIOCARDIORADIOLOGIA	
	Código	Descripcón	-
-	34,08,01	CONTROL RADIOSCOPICO P/COLOCACION DE MARCAPASOS TRANS	
	34,08,02	CONTROL RADIOSCOPICO P/COLOCACION DE MARCAPASOS DEFIN	
	34,08,03 34,08,06	CONTROL RADIOSCOPICO PARA CATETERISMO DERECHO/IZQUIER INVESTIGACION DE FISTULA VASCULARES PULMONAR	
•	34.08.07	PANARTERIOGRAFIA DEL CAYALXO AORTICO Y VASOS DEL CUELL	
	34,08,08 34,08,09	AORTOGRAFIA POR PUNCION LUMBAR 1RA EXPOSICION AORTOGRAFIA X PUNCION LUMBAR X CÆXPOSICION SUBSIG.	
	34,08,12	ARTERICARAFIA PERIFERICA DE LOS MIEMBROS PRIMERA EXP.	
	34,08,13	ARTERIOGRAFIA PERIFERICA DE LOS MIEMBROS PÆXP, SUBSIG	
	34,08,20 34,08,21	FLEBOGRAFIA MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR PRIMERA EXPOS FLEBOGRAFIA MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR PÆXP, SUBSIG	
	34.08.22	LINFOGRAFIA POR EXPOSICION	
GRUPO		34-09 PROCEDIMIENTOS RADIOLOGICOS	_
	Código	Descripcón	•
	34,09,01	TOMOGRAFIA LINEAL CUALQUIERA SEA LA ZONA O SISTEMA	
	34,09,02 34,09,03	TOMOGRAFIA HIPOCICLOIDAL POLITOMOGRAFIA POR ESTUDIO FISTULOCRAFIA ESTUDIO COMPLETO MINIMO 2 PLACAS	
	34,09,04	DACRIOCISTOGRAFIA MINIMO 3 PLACAS X ESTUDIO	
	34,09,05	RADIOGRAFIA EN QUIROFANO O HABITACION	
	34,09,06 34,09,07	RX EN QUIROFANO O HABITACION EXPOSICIONES SUBSIGUIENT RADIOSCOPIA EN QUIROFANO C/AMPLIFICADO	_
CAPITU	LO	36 UROLOGIA	.
GRUPO		36-01 UROLOGIA	_
	Código	Descripcón	_
	36.01.03 36.01.04	SONDAJE VESICAL (EVACUADOR PARA INSTILACION TERAPEUT) SONDAJE VESICAL (PARA SISTOCRAFIA, URETROSISTOCRAFIA)	
CAPITU		37 SINDROMES CLINICOS	_
GRUPO		37-01 SINDROMES CLINICOS AGUDOS	•
	Código	Descripcón	
	37.01.01	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA GRAVE-NEUMOTORAX HTA	
	37.01.02	INSUFIC, CIRCULAT, AGUDA GRAVE-EDEMA PULMON/EMBOLIA/	
	37.01.03 37.01.04	INSUFICIENCIA SUPRARENAL AGUDA SDME, SIQUIAT, AGUDO GRAVE-DELIRIUM TREMENSÆSQUIZOF.	.0./
	37,01.05	ENVENENAMENTOS AGUDOS CRAVES / WW. / 1.000	W/S
CAPITU	37.01.06	PANCREATITIS AGUIDA-HEMORRAGIA DIGESTIVA 40 PRACTICAS ESPECIALIZADAS EN INTERNACION ÉSITA PAREDI "ISI Seg. y Control de Ge- M.S.	ËS etión
		40-01 TERAPIA INTENSIVA 40-01 TERAPIA INTENSIVA	
GRUPO	Código	10 01	
•	40,01.01	TERAPIA INTENSIVA-ARANC GLOBAL POR CADA 24 HS ATENCIO	Entrologi Distriction
			= ,
Lunes 18 de	Octubre de 1	Página 26 dé 2	7
	\sim		

VRIQUE PMAN PAREZ PREJOCIAL PRESONAL MARILYM

ŧ

MARIO JOURE GODOY TESORERO OBRA SOCIAL PERSONAL MARITIMO

40.01,02	
40.01.03	
40.01.04	

CONTROL DE PRESION-P/CATETERISMO CARD...ARTERIAS Y CAP POR DETERMINACION SUBSIGLY HASTA MAX.DE SEIS P/24 HS, DETERMINACION DE CONSUMO DE OXIGENO POR METODOS DIREC

CAPITU	LO	41	PRACTICAS ESPECIALIZADAS EN INTERNACION	
GRUPO		41-01	CUIDADOS ESPECIALES .	
Código		Descripcón		
	41.01,01	ARANCEL	GLOBAL POR CADA 24 HORAS DE ATENCION	
CAPITU	LO	42	ASISTENCIA MEDICA EN INTERNACION	
GRUPO		42-03	HONORARIOS MEDICOS EN INTERNACION	
	Código	Descrip		
	42.03.01 42.03.03	ATENCION INTERCON	I MEDICA EN INTERNACION CLINICA- POR DIA ISULTA ESPECIALIZADA EN INTERNACION	
CAPITU	LO	42-1	ASISTENCIA EN CONSULTORIO	
GRUPO		42-01	CONSULTAS	
	Código	Descripe	cón	
•	42.01.01 42.02.02	CONSULTA ARANCEL I	MEDICA POR CADA 10 KM RECORRIDOS FUERA DEL RADIO URB	
CAPITUI	LO	43	PRACTICAS ESPECIALIZADAS DE INTERNACION	
GI O	-	43-01	PENSION	
	Código	Descripe	ón	
	43,01,01 43,01,03 43,01,05 43,01,06 43,01,08	I (UNA) CA ATENCION UNA CAMA UNA CAMA	MA EN HABITACION DE 2, CON BAÑO PRIVADO MA EN HABITACION DE 3, CON BAÑO INCLUIDO RECIEN NACIDO EN IIABIT/MADRE O NURSERY ACOMPAÑANTE HAB. 2 CAMAS CON BAÑO PRIVADO P/ACOMPAÑANTE EN HAB DE TRES CAMAS C/BAÑO	
GRUPO	Código	43-02	CURACIONES	
		Descripe		
GRUPO	43,02,01 43,02,02	CURACIONI CURACIONI 43-03	ES ES QUEMADOS INYECCIONES	
	Código	Descripe	ón	
GRUPO	43.03.01	INYECCION 43-04	ES EN CONSULTORIO EXTERNO - CADA APLICACION NEBULIZACIONES (SOLO AMBULATORIO)	
	Código	Descripc	ón	
GRUPO	43,04.01 43.04.02	NEBULIZACIONES CON NEBULIZADOR (INCLUIDO OXIGENO) CON RESPIRADOR O NEBULIZADOR ULTRASONICO INCL. OXIG. 43-05 INCUBADORAS		
	Código	Descripcón		
GRUPO	43,05.01	INCUBADORA TIPO ISOLETTE O SIMILAR POR DIA 43-06 LUMINOTERAPIA		
	Código	Descripc	6n	
GRUPO	43.06,01	LUMINOTEI 43-10	RAPIA POR DIA PREVENCION DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	
•	Código	Descripc	ón	
GRUPO	43,10,01 43,10,02	MATERIAL I MATERIAL I 43-11	DESCARTABLE EN INTERNACION POR DIA DESCARTABLE EN UTI P/DIA INTERNACION ASISTENCIA RESPIRATORIA	
	Código	Descripc	ón	
	43.11.01 43.11.03 43.11.04 43.11.05	ASISTENCIA ASISTENCIA	TION QUIRURGICA CON ANEST,GRAL.P/ACTO QUIRURG RESPIRATORIA EN UTI RESPIRATORIA CUIDADOS ESPECIALES RESPIRATORIA EN UTI-UCIP The second	

GA TERESITA PAREDES Graf. Seg. y Control de Gestión >> M.S.

Es Copia

Lunes 18 de Octubre de 1999

OBRACONAL MARINMA

MARIO IDDE GODOY TESOPERO OBRA SPCIAL PERSONAL MARITIMO Página 27 de 27

TO COLUMN

Intre (el senor Subsecretario de Salud Públaca

micilio. real en calle Sam Martin y Lasser

dad de Ushua la

de acuerdo a las en guientes clausulas:

RIMBRA: Bly prestad

PEURU MELO

tratami complementarios, exceptuando

Anexo aue eo parte integrante del presente.

EGUNDA 1 Para <u>ب</u> نور atención de: los afilmados, 9 Prestador compromet

MICCLAS IV. SRUK

todos 611 cada uno de los casos el carnet con el cu curs

presentación, tenc

correspondiente

<u>último</u>

gueldo

Top

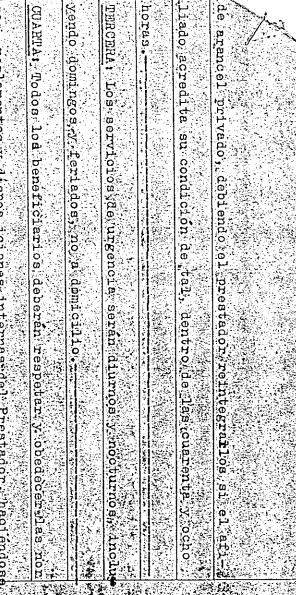
efilkado deberá presentar el último de sueldo

acreditará condición i de Caso

Dr. Redelfo P. V. Plance Subsecretario de Saled Páblica

> resentarse dicho documento deberá ranoda honorarios

CHE ST



responsable la Obra Social de los deterioros que por culpa , regimmentos y despos lolones internasidel Prestador, haciendos causers los bienes del Prestadon. 108

prestador selobiliza en llevar en forma actualizada los re-

cianios consistentes en a)Historia clinica b) Informe de Egreso gistros correspondientes e las prestaciones efectuadas a los benefi

tados por Ficha clinica (consultorio Externo) . Los cuales podrán ser consul profesionales auditores de la Obra Social, obligandos

cumplan Prestadoz cometido, suministrar teniendo n. los demás some tur acceso a los dechos elementos para pacientes a los que e

constatar las necesidades como asi tambi

aplicación g G las normas establecidas, pudi endo sugarir

racultativo del prestador las observaciones gue estime correspondie

TH : YILKES transporte en ambulancia dentro de zona urbana

ciudades de Usuahia. Rio Grande corre por cuenta del Prestador

In caso ದ್ದಿಂ derivaciones a centros asistonciales fuera del territori

де Tierra del Fuego, Obra Social determinara

egrodenera siendo cuenta loss gastos que por

Dir. Gral. Seg. y Control de M.S.

CODE

237) A OF THE STATE OF THE STATE OF A OF THE STATE OF

concepto; se erogen: En caso que el paciente mecesitara acompanamient to medico y/ozemfermero: los mismos serên desiganados por la obrato -En-su-defecto, los mismos serándprovistos por el Prest haciéndose; cargo: la Obra, Social, de la totalidad de los gastos que 1900年的大学 SEPTIM: Las prestaciones brindadas por el prestador serán factura aran and the same of the same das a la ObranSocial de acuerdo a los valores del Nomenclador Nac nal y lésta abonará el 100% de su valor, dentro de los treinta (30 dias a partir de la recepción de la facturación en la sede centr de da Obra Social ; citaxen esta Capital Federal. Octava: Le Obra: Socialmeconocera unicamente el pagorde las presta ciones cuya facturación seaspresentada dentro de los noventa (90) dias a contar del ultimo dia del mes en que se efectuen las pr ciones La misma podra efectuar desgloses del total facturado a efectos de su rectificación; dentro del plazo de treinta el derecho de hacerlo de cibidas. Transcurrido dicho termino, pierde biendo abonar el total de las facturaciones prácticadas. Cuendo: se Produzcan desgloses, los mismos una vez rectificados deberán ser a bonados en el plazo de veinte (20) días de recepcionados. de prestaciones observadas será deducido de la factura total debien do abonarse el resto de las prestaciones. MOVENA: Los medicamentos que se utilicen durante la internación del paciente serán a cargo de la Obra Social en el 100% de su valor Los medicamentos en consultorio externo son un servicio no por La Obra Social

Dr. Rodolfo P. V. Plan Subsecretario 14 Salud Public

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión
M S

make a me.

CONVENIO REGISTRADO

BAJO EL Nº 1001

ISHUAIA. - 1 NOV. 1993

CHUENTO ECLANCASAS Dirección Técnica y de Despacho ERLANDS LA HERRY DEL TUESO.

AND SEL MERRY D

TIDA E ISLAS DEL ATLANTICO SUR, representada en este acto por su Ministro de Salud y Acción Social Dn Carlos Alberto PEREZ. con domicilio legal en la Calle San Martín 450 de la Ciudad, Ad Referendum del PODER EJECUTIVO PROVINCIAL. en adelante llamado LA PROVINCIA y la Caracter del Personal de Television, representada en este acto por los Sres. JORGE AVILES y MARIO NOVACK en su carácter de Secretario Administrativo y Secretario de Finanzas respectivamente, con domicilio legal en la Calle Quintino Bocayuva 50 de la Capital Federal, inscripta en la ANSSAL Bajo Registro NO 1-2090 en adelante denominada LA OBRA SOCIAL, convienen en celebrar el presente convenio por Prestación de Servicios Médicos Integrales e Internaciones, el que se regirá por las cláusulas que se enuncian a continuación:

PRIMERA: LA PROVINCIA se compromete a brindar a los afiliados de LA OBRA SOCIAL y a sus familiares incluídos en el Fadrón de Afiliados Titulares, los Servicios Nédico-Asistenciales Integrales (Ambulatorios e Internación) que se detallan en el ANEXO I, de acuerdo a las limitaciones que al efecto determine LA PROVINCIA, y dentro de los hospitales o en establecimientos asistenciales ubicados exclusivamente en jurisdicción de la provincia

SEGUNDA: Los beneficiarios tendrán derecho a la elección del profesional dentro de la nómina que presta servicios en LA PROVINCIA a los efectos de la utilización de los servicios que configuran el objeto del presente convenio. En caso de que el afiliado de LA OBRA SOCIAL no se aviniera a utilizar la prestación y/o al profesional de LA PROVINCIA, éste queda exceptuado de cubrir la prestación, cuya cobertura quedará a cargo exclusivo de LA OBRA SOCIAL.

CUARTA: En caso de asistencia de enfermedades que requieran de especialidades contempladas en el ANEXO I, y que dieran lugar a derivación del paciente a centros de mayor complejidad, todos los gastos de traslado y posterior asistencia en dichos centros correrán por cuenta de LA OBRA SOCIAL.

AVAGUINTA: Las prestaciones contratadas en el convenio son las que figuran en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas, Bioquímicas y Odontológicas ajustadas a las posibilidades de los Centros Asistenciales de la provincia según Anexo I, Prácticas no nomencladas, homologadas, que se brindan en servicios propios y toda práctica a incorporar en el futuro por parte de dichos centros.

SEXTA: LA PROVINCIA se reserva el derecho de agregar o excluir prestaciones de las indicadas en el Anexo I, sin otro requisito que comunicarlo a LA OBRA SOCIAL dentro de los 30 días de producida la novedad y con la obligación de no perjudicar la

LGA TERESITA PAREDES
Gral. Seg. y Control de Gestión
M.S.

Es Copia

Cormal prestación del servicio al afiliado internado o en tratamiento ambulatorio. Section interior



CUE

LA PROVINCIA ofrecerá a los beneficiarios de LA SOCIAL, internaciones en habitaciones de dos camas con Si la internación fuese en habitación privada, por privado. indicación médica expresa del profesional tratante y con la autorización del Médico Auditor del HOSPITAL, ni el autorización beneficiario ni LA OBRA SOCIAL deberá pagar suma adicional alguna. El afiliado a LA OBRA SOCIAL que solicite mayor -comodidad internación que la que corresponde por la aplicación de este contrato y de su documentación anexa, deberá abonar a su costa el recargo que fije LA PROVINCIA de acuerdo con el servicio preferencia que se solicite. En el caso de que el afiliado solicite prácticas o prestaciones no incluídas en el Anexo I. EL HOSPITAL queda facultado para convenirlas en forma directa con el paciente quién tomará a su cargo el pago, los valores condiciones que se contrate con aquel.---

presente convenio incluye la provisión de material OCTAVA: E1 descartable y medicamentos en internación, los que serán facturados a valores de plaza a LA OBRA SOCIAL excluyéndose los de los pacientes ambulatorios, los que correrán por cuenta exclusiva de LA OBRA SOCIAL y/o sus afiliados.----

NOVENA: Tendrá cobertura asistencial todo afiliado a DBRA LA SOCIAL que concurra en concordancia con la cláusula debiendo presentar Orden de Atención y/o Fráctica debidamente conformada y/o autorizada por LA OBRA SOCIAL.----

DECIMA: Las internaciones de urgencia se harán sin la orden y cargo de LA OBRA SOCIAL, debiendo el afiliado requerir autorización correspondiente a LA OBRA SOCIAL y presentarla en el término de 48 horas hábiles inmediatas a la fecha de internación y/o práctica si correspondiera.----

DECIMO PRIMERA: LA OBRA SOCIAL pagará mensualmente a LA PROVINCIA mediante Giro, Cheque o Transferencia, el total de la factura que surja de la valorización de las Prácticas y/o Internaciones acuerdo a el valor de las Unidades fijadas en ANEXO II.-----Los pagos serán efectuados por LA OBRA SOCIAL a LA PROVINCIA los primeros quince días posteriores de recibida dentro de facturación. Vencido el plazo de pago establecido sin que LA OBRA SOCIAL lo efectivice. se producirá el incumplimiento y la mora de pleno derecho, sin necesidad de interpelación judicial o extra judicial alguna.----Sin perjuicio de las acciones que pudieran corresponder, la mora devengará en favor de LA PROVINCIA a partir de esta fecha y hasta la efectivización total del pago, un interés equivalente al que perciba el BANCO DE LA NACION ARGENTINA (Casa Central) operaciones de descuento de documentos comerciales a 30 días durante el período de mora, siempre y cuando el mismo no supere el índice de precios al consumidor fijado por el INDEC, para el mes inmediato posterior al de producida la mora.----De <u>dars</u>e esta situación se aplicará el índice de precios

LA FRÖVINCIA podrá disponer la suspensión de las prestaciones co-Percond fordevandamismo quedará facultado a rescindir el presente contrato.--LA (PBRA SOCIAL se bará cargo del cien por ciento de la factura,

Es Copia

GA TERESITA PAREDES zi. Seg. y Control de Gestión M.S.

Oktober 1

N0V.

debiendo abonar el afiliado suma alguna wheepto.

Queda establecido que las facturas deberán ser abonadas según sus montos globales teniendo en cuenta sus débitos y créditos efectuados por la Auditoria Médica de LA OBRA SOCIAL.

DECIMO SEGUNDA: Este convenio comenzará a regir y tendrá vigencia de un año contados a partir de la fecha de su ratificación por parte del PODER EJECUTIVO PROVINCIAL, siendo prorrogado por igual plazo si no existiera una denuncia febaciente de alguna de las partes y con una antelación no inferior de treinta días anteriores a su vencimiento.-----La decisión de no prorrogar, por alguna de las partes, generará derecho a reclamo o indemnización alguna en favor de la

DECIMO TERCERA: En caso de producirse lo establecido en clausula anterior. LA PROVINCIA se compromete a continuar atendiendo a los pacientes internados dentro de especificaciones del oresente hasta su alta y/o traslado por LA OBRA SOCIAL y ésta se compromete a cancelar la totalidad de suma adeudada al orestador.

DECIMO CUARTA: LA OBRA SOCIAL podrá efectuar fiscalización de los servicios asistenciales contratados, debiendo hacerlo en todos los casos por intermedio de personal profesional o aquellos que realicen funciones de asesoramiento, inspección, reconocimiento, y/o control debidamente acreditados.----

las prestaciones convenidas en el presente DECIMO QUINTA: contrato pueden ser usufructuadas por los beneficiarios de todo el país ya sea que estén en transito o con residencia permanente o transitoria.

DECIMO SEXTA: En el supuesto caso que algún paciente afectado por mala praxis de algún profesional y/o paramédico de LA PROVINCIA ésta será responsable de los daños que negligencia, culpa o impericia causare al beneficiario.

DECIMO SEPTIMA: En razón del carácter Intuito Personae del presente convenio, LA PROVINCIA se obliga expresamente a no ceder en favor de terceros los créditos que por cualquier concepto o naturaleza y como derivados de esta relación contractual tuviere respecto de LA OBRA SOCIAL.

DECIMO OCTAVA: Las partes acuerdan que los Anexos I y II que se mencionan en el contrato, firmado por las mismas, forma parte integrante del mismo.

DECIMO NOVENA: Las partes constituyen domicilio legal para todos los efectos emergentes de este convenio, en los mencionados en el primer párrafo del presente y se someten voluntariamente por cualquier cuestión judicial que pudiere suscitarse a la competencia de los Tribunales Ordinarios de la Ciudad de Ushuaia, renunciando a cualquier otro fuero, jurisdicción o competencia que pudiere corresponder.

proyecto de ordenamiento de OBRAS SOCIALES, si el mismo recibiera aprobación legislativa las partes adoptarán el presente contrato

'VIGESIMA: Se acuerda que atento a la existencia de un nuevo Portal aprobación legislativa, las portales dicha ley, en lo pertinente.

> OLGA TERESITA PAREDES Dir, Grai, Seg. y Control de Gestion

- ds 100 2/81 /

Store

Ctan

BAJO EL Nº 1001 de Conformidad y a un solo efecto se firman dos ejemplares de un mismo teror en la Ciudad de Ushuaia a los 23 días del mes de Seriende mil novecientos noventa y tres.

MARIO ROBERTO MOVACK

Personal de la visión

SORGE ALVERTO AVILES

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral. Seg. y Control de Gestion
M.S.

E E Couppie

Dirección Técnica y de Despacho



"40万里尼巴尔,拉斯,以外人及在拉拉车

Le Visit College

<u>ual dr</u>

				-
	And constitution of Alberta		. \$	0.7,4.
	SHOW OF NO GRADOWER 125		ą.	Ø. T.
	CONTROL OF CONTROL CONTROL CENTRESCON		₩.	L.C.W.
	The continue of the territory of the		is	W.78.
	estimate (1884) Nav. Ok.Delico		رک	छे.स्स्री
	Construction of the Research Construction of the Construction of t		·	40 p (14)
	CONTROL OF SECULOR SERVICES FOR THE SECULOR SECTION SE		A.	West Ca
	grande i sur dan gerkanden allen i		á,	1 16
	er er en en en en en en en en en en en en en		<i>;</i>	Warria.
	and the state of t		4 .	W.54.
	section, to a a application of partners.		\$	મંગ્ર - ક
	January van Vija des Beatle in 1916.	٠.	\$	ميد بيد
	n de la companya de l		ži	0.21.
•	agent of the first file of the		4	
	general section of the section of th		٠.,	of war.
	and the second of the second between the second contract of the second o		*	10. mm.
	And the second s		is	
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			

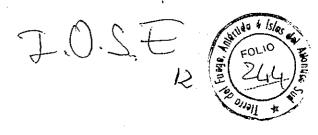
Section de Jinneras

Obra Social del

Parsonal de Televisión

JORGE ALUENTO AVILES
Secretario Alin Distrativo
Obra Social del
Personal da Televisión

Gral. Seg. y Control de Gestión M.S.



En la Ciudad de Buenos /ires, República /rgentina, a los veintitres dias del mes de Octubre de mil novecientos ochenta y siete, entre el [INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DEL] EJERCITO, en adelante designado 1001, representado por su Director General, General de Intendencia (R-Artº62) D 05-CAR RODOLFO CHINNI, designado para el cargo por Decreto Nº 1102/85, por una parte y por la otra el TERRITORIO NACIO-NAL DE LA TINUM DIE PUECO, PRINTIPIO E ISBAS DEL ATEANTI-CO SUR, en adelante designado el TERRITORIO representado / por el señor Ministro de Gobierno ING IGNACIO NOEL " ad referendum" del señor Gobernador con domicilios reales respectivamente en la calle Paso 547/51, Buenos Aires, y Av. san Martin Nº 450 de la ciudad de Ushuaia, convienen en ce lebrar este convenio, sujeto en un todo a las normas juridico-administrativas que rigen en la materia y a los condi cionamientos fácticos y jurídicos que establecen las siguien tes clausulas, las que constituiran para las partes su ley especial.

PRIMERA: El TERRITORIO brindará a los afiliados del ICSE y a su grupo familiar los servicios "Hédico-Asistenciales" / por intermedio de los Hospitales del Territorio (Ushuaia y Río Grande), de acuerdo-a las limitaciones y modalidades de los mismos y que son las enunciadas en los Anexos I y II / que forman parte integrante de este convenio. - - - - SEGUNDA: En caso de asistencia de enfermedades que requieran especialidades que no estén contempladas en el Anexo I y que dieran lugar a la derivación de pacientes a Centros de mayor complejidad, los gastos de traslado y posterior / asistencia en dicho centro serán por exclusiva cuenta del organismo que determine la reglamentación militar (Cdo San Div San de Gendarmería Racional o el 1051). La derivación / del paciente se realizará con la aprobación de sus médicos

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral. Seg. y Comtrol de Gestión
M.S.

Es Carpin

aviltores o bien cuando lo dispongan los médicos pectenecientes a la Sanidad Militar! ----TERCERA: Quedan excluidos del servicio que prestan los hospitales, medicamentos y otros elementos que no esten taxativamente incluídos en el Nomenclador Nacional. CUARTA: El TERRITORIO asume las responsabilidades asistenciales de los pacientes amparados por este convenio; el // TOSE a su vez ásume la totalidad de las responsabilidades 🥻 sociales que se géneren o tengan relación con la asistencia médica a sus beneficiarios. QUINTA: Para la atención de los beneficiarios será necesaria la presentación de la credencial de afiliación IOSE, el documento de identidad correspondiente y las autorizaciones o cheques extendidas por las autoridades del Centro Asistencial IOSE que son de color azul para visita en consultorio, amarilla para visita en domicilio, rosa para servicios complementarios (análisis, radiografías, electrocardiogramas y otros). En estos casos el afiliado no abona ningún porcentaje al médico o establecimiento facturándose al IOSE el / 100% de la atención. En los casos de internación corresponde el cheque blanco y el afiliado abona al ser dado de alta el 20% de los gastos al establecimiento; facturándose al IOSE el 80% restante. En las internaciones por maternidad se fac turará el 100% al 193. En las internaciones por cirugia / cardiovascular, estudios de Hemodinamia, riñon artificial, neurocirugia, oncología y terapia intensiva se cobrará al afiliado el 10% facturándose al IOSE el 90% restante. SEXTA: Las prácticas derivadas de una internación serán reconocidas a traves de la Historia Clinica del Hospital correspondiente, documentación que acompañará a todo paciente herivado. SEPTIMA: Los servicios brindados por EL TERRITORIO a través

OLGA TERESITA PAREDES Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión



de sus hospitales a los beneficiários del fost en las condiciones previstas en este convenio, serántabonadas por el IOSE de acuerdo a los valores fijados en el Nomenclador Nacional de Honorarios Médicos y Castos Sanatoriales vigentes a la fecha de la prestación más el 50% por zona desfavo rable de acuerdo: a lo resuelto por el Ministerio de Salud y Acción Social quedando por lo tanto fijado en este convenio el servicio por "prestación". - - - - - - - - - - -OCTAVA? El TERRITORIO remitira del Ol al 15 de cada mes, al IOSE, las facturaciones mensuales por prestaciones realiza: das a su sede central sita en calle Paso 547/51 de la Capital Federal o en domicilio que éste fije en el futuro. Las facturaciones se efectuarán en un resumen por triplicado, sin enmiendas ni tachaduras y correctamente foliadas, adjuntando a los mismos las correspondientes órdenes, facturas y toda documentación remitida por prestadores. NOVEN: El pago de las facturas se hará dentro de los 30 / días nábiles de ser recibidas en el 108E, Paso 547/51, Buenos Aires, mediante giro o cheque bancario sobre Banco de la Nación Argentina Sucursal Ushuaia. En caso de comprobarse errores en las facturaciones el loss debitará lo abonado. en más al prestador en las futuras facturaciones. En tal ca so se aplicará sobre los débitos un interés equivalente al purcentaje que el Banco de la Nación Argentina percibe en . las operaciones de crédito comercial común. Si el 105E efec tivizara. los pagos con posterioridad a la fecha fijada abo nará a partir de su vencimiento un interés equivalente al porcentaje que el Banco de la Nación Argentina percibe las operaciones de crédito comercial común. - - - -Los pagos se enviarán al Hospital correspondiente; Hospital Regional Ushuaia, Maipú y 12 de octubre, Ushuaia, Tierra del Fuego. Hospital Regional de Río Grande, Belgrano y Ameghino,

1269 aprilus

LGA TERESITA PAREDES
Crei. Seg. y Control de Gestión
M.S.

cio Grande, Tierra del Euego. DECLIA: Si alguna factura fuera observada por el 105% en un plazo no mayor de cuarenta y cinco (15) días corridos de su recepción, éste podrá debitar el o los importes respectivos de futuras liquidáciones que se presenten. Igual procedimien to se observará respecto de las facturas en las que hubiera errores o falta de documentación. Transcurrido el plazo ldo quarenta y cinco (45) días corridos caduca el derecho, del IOSE para observación o impugnación de las facturas, sin perjuicio de los casos especiales y que mereceran estudio particular de las partes. En los casos que corresponda el TERRITORIO elevará uma vez salvadas las observaciones nuevas facturas para su pago dentro de los plazos convenidos que contarán a partir de la nueva presentación. Pasados los cua renta y cinco (45) días corridos de notificadas las observa ciones por parte del IOSE sin que el TERRITORIO se pronuncie en contrario los débitos efectuados se darán por acepta dos. Los débitos cuya reconsideración los haya determinado como injustificados devengarán el interés establecido en la cláusula NOVENA transcurridos cuarenta y cinco (45) días de la prestación del servicio sin que se eleve la facturación respectiva, el IOSE no reconocerá la misma. DECIMA PRIMERA: Los impuestos nacionales y/o provinciales / a que pudiera estar sujeto el presente convenio será abonado proporcionalmente por las partes. Se deja constancia que el IOSE en su carácter de Obra Social Oficial está exento / del pago del impuesto de sellos. los impuestos nacionales y/o provinciales, tasas, aportes jubilatorios, bonificaciones complementarias y todo otro gasto propio correspondiente al servicio que prestan los profesionales y establecimien tos como consecuencia del presente convenio y de las prestaciones de los servicios, serán de exclusiva cuenta de los

Es Copia

MENO. 1 OWOLA TERESITA PAREDES Jug. y Control de destión M.S.



partir del día quant del mes de agricult del año mil novecientos ochenta y siete y tendrá una duración de un (1) año, quedando renovado automáticamente por un lapso igual y en las mismas condiciones de no denunciarse total o parcial mente con una antelación de 30 días al vencimiento del mismo, mediante telegrama colacionado u otro medio fehaciente. Sin perjuicio de los expuesto ambas partes se hallan facultadas para rescindir este convenio en cualquier momento, debiendo comunicar cada una de ellas tal resolución a la otra parte con 30 días de anticipación, sin que por ello se deba indemnización alguna por tal concepto salvo las obligaciones pendientes de pago por parte del 1035 hasta la fecha de rescisión las que deberán abonarse dentro de los 30 días / subsiguientes.

DECIMA TERCERA: Para todos los efectos legales derivados de la ejecución del presente convenio, las partes fijan sus domicilios especiales en los reales arriba indicados donde // serán válidas todas las notificaciones, citaciones, intimaciones o emplazamientos que se efectúen ya sea judicial o extrajudicialmente y go someten a la competencia de la Justicia Federal con jurisdicción en el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.—En prueba de conformidad y previa su integral lectura y ratificación se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a

m solo efecto, en el lugar y fecha arriba indicados.

Herries Tegelm HICLA . CON GA

OSCAR ROTOLFO CHINNI CENERAL DE INTENDENCIA (R ART 62) DIRECTOR GENERAL

INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DEL EJENCITA

Es Copia

OLGA TERESITA PAREDES 3r. Gral. Seg. y Control de Gestión M S.



salud Pública Territorio Nacional <u> Mierra</u> Atlán<u>tico</u> de l Fueac ciones de ofrecer Medicina Ric GRande' posee el Territorio. Ushuala CUE * The state of the <u>"de acuerdo al siquiente detalle</u> 1243-1496 . - PREVENCION DE Markey Commence

flPrograma de inmunizaciones: los czados <u>Vacumación</u> Marie de la care de la etáreos os acuerdo a ionales <u>ias normas</u>

2 Examenes de Salud. er filming of the first section of the

3 Examenes Laborales .-

1.4 Prisanama de control dell iliner gégyi

Froczama de control puerper o.

.6 Psicoprofilaxia del perto.-

RECUPERACION DE LA SALUD

las siguientes 2.1 Atención ambulatoria programada e 5 ದೀಕ ರ rugia General, Clinica Médica, Pediatria, A CONTRACTOR OF THE STATE OF TH Otorrinolarin traumatologia y ortopedia gologia, Neurologia, Oftalmologia, KInesiologia, Cardiologia, Fono audiologia, Dermatologia v A Committee of the Comm

las. 24// 2.2 Medicina y Cirugia de

especialidades. conguardias horas

Servicio de Diágnostico

made on the control of Laboratorio

determinaciones, incluidas en reciente

demograma, Exitrosedimentación, Urea Mi

lalex Lara emparazo, Blucosa. Creatinina, Prueva de

toxcalasmos gon, a raula bunnell. Inmunofluorescensia para chagas, يمان بنسيده العالية المانية

ngon ecta para chaqas. Acado enteco.

/ is 'hemoaglutinación

Sert. HDL Y LDL Colesterol. Here: 15:78 Slares OLGA TERESTA PAREDES

Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión M.S.

Z 50 3

Collinesterasa. Antigeno de Superficie de la hepatitis B.Compl

mento s'érico total y fracción C3.Dosaje de inmunoclobulinas.

Oro y coprocultivo.Transaminasa.Glutámico Firúvica.Gamma Gluta

unil Transpeplidasa. Cultivo de secreciones. Fosfatasa alcalina.

Fosfatasa-ácida total y fracción Prostática.

2.3.2. Servicio de Diagnótico por Imagen apoyados en equipos oe

500 a 300/ma con seriógrafos preparados para realizar todos los

estudios que demande el nivel de complejidad establecido, ademas

equipos rodantes para su utilización en Quirófanos é internación y equipos de radiología dental, Ecografia, Broncoscopia, Duodeno

gastroscopia.Intensificador de imagen.E.E.G.laparoscopia.Ergo-

metria.Espirometría.

2.3.3.Centro Quirúrgico: dos quirófanos en cada Hospital con to

do el quipamiento é instrumental adecuados a la complejidadede

la institución, con unidad de esterilidad a vapor y en seco.

2.3.4.5ala de Partos: Con todo el equipamiento para atención de

MMonitoreo fetal.- --- ---

2.3.5. Anestesiología y reanimación: equipamiento para atender

tres áreas simultaneas en cada Hospital con aparatos para cir-

2.4.Medicina, intensiva: Respiradores mécanicos para atender in-

suficiencias respiratorias graves y todo el equipamiento corres.

para requerimientos de neonatología: Incubadoras con servocuntro

Unidad coronaria completa con marca pascs externos, desfibrilad

gdor, cardioscopio y electrocardiógratos para atender los reque

rimientos de consultorios externos, internacióny centros quirúr

na a santa de la composición del composición de la composición de la composición de la composición de la composición de la composición de la composición de la composición de la composición de la composición de la composición de la composición de la composición de la composición de la composición de la composición de la composición de

Es Copia

PLGA TERESITA PAREDES

Gral, Seg. y Control de Gestión

			大学の意味を
	-	The second secon	
1			
	•	THE STATE OF THE S	
		- Pranting of the	
· · · ·			
<u> </u>	. •	Haro Cab Caso Cal But I Cas	
	1	A CONTRACTOR IN	
 .			
		lación a la Problematica de la cona.	
. 1	E lirgos períodos en re-	y bienes de Capital bara coerar diver:	
	REPAIR BUT OF CHE THE RES	rias; amplios éeposito para atender aba	
		5 C C C C C C C C C C C C C C C C C C C	
1	roencies extrahosottale-	111100000000000000000000000000000000000	
	servicio de ambulancias	energia eléctrica dal establetimiento.	
1	ene etender le demande de	v vacio, druvo eleptróceno suficiente p	
:	oxiceno, áire comprimido	liente v vapor, instalación central de	
	celefacción, aqua ca-	servicio de la alimentación, lavanderia	
	coerno para atender el	4 SERVICIOS GEKERAŬES: Equipamiento m	
		plejidać establecića	
	. ת	el equipamiento necesario para atender	T _o
		ABILITACION DE LA SALUD: Ser	
		### #### #############################	
	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	ל ה ה ה ה ה ה ה ה ה ה ה ה ה ה ה ה ה ה ה	1
•	O camas er Unidades de	2.6. Internación: Capacidad total de 12	2
		as veinticuatro (24) Horas	
	CU	ental v materiales modernos con atencio	
	equipamiento, Enstru-	2.5. Atención Odontológica integral con	123
1		resiones reritales y perifericas.	
	ded Section 1		



II OKEMA

PRESTACIONES ODONTOLOGICAS

La Sibsecretaria de Salud Publi	ca del Territorio Nacio	onal de la Tierra
del Ruego, Antártida e Islas da	l Atlantico Sur, está s	en condiciones de
ofrecer prestaciones Ciontológia		
el Territorio, (Hospital Ragiona		
de) lo siguiente; Todos los Capi	•	
to el IV y VI correspondientes a	•	
•		
iltimos supeditados a la firma d	ie eventuales convenios	•
	the common term of the second of the common terms of the second of the s	
e de la companya del companya de la companya del companya de la co		
		 -
	· 	· And the second second second second second second second second second second second second second second se
	• · · · •	
ACLARACION: En representación	del Territorio-Nacional	de la Tierra del
Fuego, Antartida e Islas del At		
cenciado Mario Jiménez LEON, act	•	
· · · · · · · · · · · · · · · · · ·		<u></u>
	la S	<u> </u>
	EN LEON	
•	LIC MARIO JIMENEZ LEON	
	wee, getting	
and the second of the second o	en de la companya de la companya de la companya de la companya de la companya de la companya de la companya de La companya de la co	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	

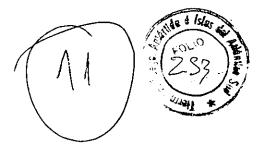
Es Copia

OLGA TERESITA PAREDES.
Dir. Gral. Seg. y Control de Gestion
M.S.

W W







Entre OSDE – Organización de Servicios Directos Empresarios, en adelante también denominada OSDE o LA LOCATARIA, con domicilio en Avda. Perito Moreno número 38 de la localidad de Rio Grande, representada en este acto por el Gerente el Contador Osvaldo Raúl PAGANO, Por una parte y por la otra el Hospital Regional Ushuaia con domicilio en la calle Av. Maipú y 12 de Octubre de la ciudad de Ushuaia, representada en este acto por su presidente del Consejo- de Administración Sra. Ana PIQUELMI en adelante también denominada EL LOCADOR, convienen en celebrar el presente contrato de locación de servicios profesionales médicos que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA: LA LOCATARIA contrata a EL LOCADOR a fin de que éste último brinde aquellas prestaciones profesionales médicas propias de los servicios médicos de EL LOCADOR individualizados en el Anexo I y II, y que le puedan ser requeridas por los afiliados de LA LOCATARIA.

La incorporación de nuevos servicios a los especificados en el Anexo I y II se realizará mediante nota, sin necesidad de modificar los términos de este instrumento.

<u>SEGUNDA</u>: EL LOCADOR deberá solicitar al requirente de sus servicios profesionales, la debida acreditación de su condición de asociado a LA LOCATARIA mediante la exhibición de la credencial de OSDE y el documento de identidad, debiendo verificar también la vigencia de la afiliación.

TERCERA: Es obligación de EL LOCADOR informar a LA LOCATARIA sobre cualquier anomalía u observación que pudiera merecerle el afiliado requirente de sus servicios, como así también sobre la documentación que le sea presentada por éste para acreditar la afiliación.

<u>CUARTA:</u> Es obligación de **EL LOCADOR** prestar sus servicios a ciencia y conciencia profesional, debiendo actuar dentro de las prescripciones éticas y legales que hacen al ejercicio de la medicina.

CONSELO E ADMINISTRACI EL CL. SA:

| | ' |

Perito Moreno 38 - (9420) Río Grande - Teléfono: (02964) 426700 / 430863 C.A.P. Ushuaia: San Martín 1.055 - (9410) Ushuaia - Teléfono: (02901) 431606 / 435051

Es Copia

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión







OUINTA: EL LOCADOR, a través del Hospital Regional Ushuaia, desarrollará su labor médica asumiendo en exclusividad los riesgos propios del ejercicio de su actividad, utilizando para ello sus consultorios e instalaciones, haciéndose cargo del personal del que se valga el Hospital contratando todos los seguros y servicios propios de los riesgos inherentes al desempeño de sus tareas y haciéndose responsable de las consecuencias que surjan del desempeño de su actividad.

SEXTA: EL LOCADOR organizará de la mejor forma posible la atención a los asociados de OSDE de forma tal que estos tengan una rápida, eficiente; cortés, confortable y apropiada atención, acorde con el perfil que es propio del socio de LA LOCATARIA, apuntando a la excelencia y calidad del servicio asistencial médico brindado.

<u>SEPTIMA:</u> EL LOCADOR, de acuerdo a las normas usuales en cada especialidad desarrollada en el Hospital Regional Ushuaia, deberá llevar la historia clínica y los antecedentes y datos de los pacientes atendidos.

OCTAVA: EL LOCADOR, es el único y exclusivo responsable del cumplimiento de las normas impositivas; de la seguridad social y previsionales inherentes a su personal dependiente, profesional o directivo y a los servicios médicos que integran el Hospital Regional Ushuaia.

NOVENA: EL LOCADOR autoriza a LA LOCATARIA para que ésta última, si así lo considerare, incluya el nombre y domicilio del Hospital Regional Ushuaia, en algún listado o cartilla de profesionales e instituciones sanatoriales en la que se detallen los servicios ofrecidos a los asociados de LA LOCATARIA.

<u>DECIMA</u>: LA LOCATARIA abonará los servicios proporcionados por EL LOCADOR a los asociados de la primera mediante la modalidad de pago por prestación, a los valores pactados de carrier a presta detalladas en al Apova I y II

común acuerdo detallados en el Anexo I y II.

HOSPITAL/REGIONAL UENUALA CONSTIO DE ADMINISTRACION E SALIC

ON GR. OSVALDO BALL PAGANO
GRAENTE
OOF FINAL DOI Fuego

Perito Moreno 38 - (9420) Rio Grande - Teléfono: (02964) 426700 / 430863 C.A.P. Ushuaia: San Martín 1.055 - (9410) Ushuaia - Teléfono: (02901) 431606 / 435051

Es Copia

OLGA TERESITA PAREDES
Dir, Gral. Seg. y Control de Gestión
M.S.







La modificación de los valores de los servicios o la especificación para nuevas prácticas que se incorporaren en el futuro por parte de EL LOCADOR, será efectuada mediante nota, sin necesidad de modificar los términos de este instrumento.

A los fines de poder practicar la correspondiente liquidación de los honorarios pactados, EL LOCADOR deberá presentar en tiempo y forma ante LA LOCATARIA la documentación que acredite la efectiva prestación de sus servicios.

A los efectos de la correspondiente facturación de honorarios EL LOCADOR deberá cumplimentar las normas que al respecto disponga la Administración Federal de Ingresos Públicos — Dirección General Impositiva o la Autoridad que en el futuro la reemplace. LA LOCATARIA liquidará a EL LOCADOR los honorarios resultantes una vez verificada la procedencia de los mismos y los abonará dentro de los treinta días corridos de presentada la facturación.

<u>DECIMA PRIMERA:</u> Es responsabilidad exclusiva de EL LOCADOR constatar que los profesionales de los distintos servicios del Hospital cuenten con la correspondiente matricula habilitante y encontrarse al día con los demás requerimientos que exija la Autoridad Sanitaria, como así también los permisos y/o habilitación para uso de sustancias radiactivas, y las normas pertinentes de aplicación al Hospital.

DECIMA SEGUNDA: El presente comienza su vigencia a partir de la fecha de su suscripción, pactándose su duración en el término de un año, conviniéndose su renovación automática por períodos similares hasta tanto cualquiera de las partes decida su conclusión. Sin perjuicio de ello acuérdase que en todo momento inclusive dentro del primer año de vigencia de la contratación, y sin necesidad de expresar o probar causa alguna, cualquiera de las partes podrá dar por rescindido este contrato, sin que ello otorgue derecho a la contaparte para exigir o demandar indemnización de ningún tipo, debiendo la parte que así lo resuelve, notificar fehacientemente a la otra con un previo aviso no inferior a los 30 días corridos a la fecha en que desea que expire este acuerdo.

HOSPITALITREGIONAL USHVAIT SA

PERITO MORENO 38 - (9420) RÍO GRANDE - TELÉFONO: (02964) 426700 / 430863 C.A.P. USHUAIA: SAN MARTÍN 1.055 - (9410) USHUAIA - TELÉFONO: (02901) 431606 / 435051

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral, Seg. y Control de Gestión

GIL PAGANO

Es Copia

FILIAL TIERRA DEL FUEGO





DECIMA TERCERA: Las partes pactan la jurisdicción de los Tribunales Civiles Ordinarios de la Ciudad de Ushuaia, para la eventual dilucidación de las controversias que versaren sobre el presente, declinando cualquier otra jurisdicción que pudiera corresponder.

En prueba de conformidad, se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en la Ciudad de Rio Grande, a los 30 días del mes de Diciembre del año mil novecientos noventa y nueve.

3ALIO

Aiaueul lapaudariulatur Nololutzeumoa eg cu

CR. OSVALDO HAUD PAGANO GERENTE OSDE HILLI del Fuego

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión

PERITO MORENO 38 - (9420) RÍO GRANDE - TELÉFONO: (02964) 426700 / 430863 C.A.P. USHUAIA: SAN MARTÍN 1.055 - (9410) USHUAIA - TELÉFONO: (02901) 431606 / 435051







ANEXO |

ARANCELES ACORDADOS A PARTIR DE 01/00.

	•
CONSULTA MEDICA	\$7.00
GALENO	\$0.35
PENSION	\$0.84 . ***
GASTO QUIRURGICO	\$0.74
OTROS GASTOS	-, -\$0.18
GASTO RADIOLOGICO	÷9:52.
HONORARIO: BIOQUIMICO	\$0.20
GASTO BIOQUIMICO-	\$1,46
NO NOMENCLADAS BIOQUIMICAS	VER ANEXO ADJUNTO
COD.998 BIOQUIMICO	\$0:56:VALOR FIJO
HONORARIO ODONTOLOGICO	\$0:17
GASTO ODONTOLOGICO	\$0.26
GASTO ODONTOLOGICO PROTESIS	\$0.38
GASTO RX ODONTOLOGICO	\$052
U.T.I. Por-día	\$250:00:VALOR FIJO
	_[

HOSPITALINEGIONAL USHUALA CONSTIQUE ADMINISTRACION SALIC

CR. OSVALDO RAUL PAGANO OFRENJE CIEDE Filial 7 del Fuego

> OLGA TERESITA PAREDES Dir. Gral, Seg. y Control de Gestión M.S.

Es Coma

PERITO MORENO 38 - (9420) RÍO: GRANDE - TELÉFONO: (02964) 426700 / 430863 C.A.P. USHUAIA: SAN MARTÍN 1.055 - (9410) USHUAIA - TELÉFONO: (02901) 431606 / 435051





DETALLE DE PRACTICAS NO NOMENCLADAS BIOQUIMICAS

CODIGO DESCRIPCION	<u>IMPORTE</u>
227474	
. 6014 Valproico, ácido WOZ	**\$ 25 :36
6046 Carbamazepina 1/59	\$25.36
6070 Difenilhidantoina (Fenitoina) #65	/ \$25,36
6083-Fenobarbital /166	\$25.36
6116 Microalbuminuria //93	\$25.36
6137 Aminofilina (Teofilina) #88	\$25.36
6387 Litio	*\$25.36
6432 Citomegalovirus (CMV), AC tgG	\$25:36 ///- ///2
· 6558 Rubeola, AC lgG. /	\$25.36"/10P
6560 Rubeola, AC IgM.	\$25.36 /110
6606 Gliadina, AC anti tgG.	\$25.36
6609 Gliadina, AC anti-lgA:	\$25.36 U.Ob-1107
6612 Toxoplasma Gandii, AC IgM.	\$25.36 /123-1124-
, ,, ,,	1175-1176-

HOSPITAL\REGKONAL USHUALA
CONSHID LE ADMINISTRACION

5. COT SALIO

) 2000 CH. OSVALDORAUV PAGANO

OLGA TERESITA PAREDES

T. Gral, Seg. y Control de Gestión
M.S.

To Coppie

PERITO MORENO 38 - (9420) RÍO GRANDE - TELÉFONO: (02964) 426700 / 430863 C.A.P. USHUAIA: SAN MARTÍN 1.055 - (9410) USHUAIA - TELÉFONO: (02901) 431606 / 435051





ANEXO II HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

PRACTICAS NO NOMENCLADAS

COD.11.02.60 COD. 11.02.70 COD. 20.01.71	CRIOCIRUGIA O CRIOCUAGULACION ESCISION ELECT(LEEP) PHMETRIA PARA LACTANTES	\$ 100 MOSOZ \$ 200 MOSO) \$ 180 206144
COD. 20.01.80	MODULO VIDEO ENDOSCOPIA DIGESTIVA	\$ 140 Duckersony.
COD. 20.01.81	MODULO VIDEO ENDOSCOPIA DIGESTIVA TERAPEUTICA BAJA	\$ 180 ·
COD. 20.01.85	MODULO VIDEO ENDOSCOPIA DIAGNOS- TICA BAJA	\$ 180 380 cm -
COD. 20.01.86	MODULO VIDEO ENDOSCOPIA TERAPEU-	\$ 230-200137 \$ 50 310208
COD. 28.01.60 COD. 29.01.60 COD. 36.01:64 COD.	VIDEORINOLARINGOSCOPIA POTENCIALES EVOCADOS PENESCOPIA VIDEOCOLONOSCOPIA	\$ 45 2 POZOS \$ 25 HOSOS \$ 180 2001 \$ S.

ECOGRAFIAS NO NOMENCLADAS

COD. 18.01:61 COD. 18.01.64 COD. 18.01.68	ECOGRAFIA TRANSVAGINAL ECOGRAFIA DE CADERA ECODOPLER BLANCO Y NEGRO	\$ 53.11 34113 \$ 42.00 34113 \$-90.00 \$140.00
COD. 18.01.69	ECODOPLER COLOR TODAS LAS	\$ 140.00 BOOKED
	REGIONES PUNCION BAJO CONTROL ECO.	\$ 130.00 34 NZ\$.
COD. 18.01.72	PUNCTON BASO CONTROL DO AND AS	\$ 42.00341104.
COD. 18.01.77	ECOGRAFIA PARTES BLANDAS	
	THE PROPERTY CONTRACTOR OF THE PARTY OF THE	_

CR. OSVALDO RAUY PAGANO CERENTE OSDE Filial T del Fuego

PERITO MORENO 38 - (9420) RÍO GRANDE - TELÉFONO: (02964) 426700 / 430863

C.A.P. USHUAIA: SAN MARTÍN 1.055 - (9410) USHUAIA - TELÉFONO: (02901) 431606 / 435051

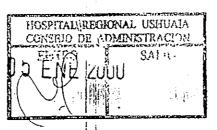
OLGA TÉRESITA PAREDES Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión M.S.





CIRUGIAS POR VIDEOLAPAROSCOPIA

		5
COD.08.02.61	COLESISTECTOMIA	\$ 1000 38206
COD 08.05.62	APENDICECTOMIA	50108E008
COD 08.02.63	HERNIA CON MALLA	\$ 1100 3 800,04
COD 08.07,62	COLESISTECTOMIA CON	
	COLANGIOGRAFIA	\$ 1100 380105
COD.10.05.60	VARICOCELE	\$ 65038016
COD.11.02.71	GINECOLOGICA	\$ 1000 DEO107
COD.11.02.73	GINECOLOCIGA DIAGNOSTICA	\$ 500 /1050/.
		^ /



3 FAUL AGAND

PERITO MORENO 38 - (9420) RÍO GRANDE - TELÉFONO: (02964) 426700 / 430863 C.A.P. USHUAIA: SAN MARTÍN 1.055 - (9410) USHUAIA - TELÉFONO: (02901) 431606 / 435051

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Grai. Seg. y Control de Gestión
M.S.

Es Copia

HN

Provincia de Tierra del Truego, Antartida e Islas del Atlántico Sur República Argentina Poder Ejecutivo

ushuara, 26 JUN. 1995

el Expediente N<u>o</u> 473/95, del registro de mediante el cual se tramita la ratificación) del Gobernación, Acta Acuerdo suscripto entre QSDE (Obra Social de Ejecutivos y del Personal de Dirección de Empresas) y la Provincia Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur; y

CONSIDERANDO:

Que dicho acuerdo es complementario del Convenio brado con fecha 10-09-93 y que fuera registrado bajo el N $_{
m o}$ 943 Que el Acta Acuerdo de referencia se encuentra registrado bajo el número 1880, correspondiendo dictar a tal fin el acto administrativo de ratificación del mismo.

Que el suscripto se encuentra facultado para dictar presente acto administrativo en virtud de lo dispuesto por articulo 135<u>o</u> de la Constitución Provincial.

For ella:

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO, ANTARTIDA E ISLAS DEL ATLANTICO SUR D E C R E T A :

ARTICULO 10. - Ratifiquese en todos sus términos el Acta Acuer la * Obra suscripto con fecha 16 de Marzo de 1.995 entre Social de Ejecutivos y Fersonal de Dirección de Empresas Tslas del Atlántico Sur, registrado bajo el No 1880 y co ARTICULO 20 -- Comuniquese, dése al Boletin Oficial Provincia y archivese.

1091/95 CAPLOS ALBERTO PEREZ Ministro de Salud y Acción Social

JOSE ARTURO ESTABILLO GOBERHADOR.

Es Copia

OLGA TERESITA PAREDES

Story & god.

29JUN 199

Pare a fail

JUAN CAIN OF GARRIDO

Director i écnico y de Despection

DI HOTTBERTO A SCHAPOC



Provincia de Cierra del Fuego, Antivida

Solas del Atlantico Sur

República extragentina

MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL

ACTA ACUERDO

CONVENIO REGISTRADO

BAJO EL Nº 1880

USHUAIA. 16 MAR. 1995



GHBC O E. LAS CASAS Jefe C. Despacho General Dirección única y de Despacho

Entre la OBRA SOCIAL DE EJECUTIVOS Y DEL PERSONAL DE DIRECCION DE EMPRESA (O.S.D.E.), con domicilio en la Avda. Perito Moreno No. 38 de esta Ciudad, representada por los apoderados de la Filial Rio Grande, Señores GOODALL John Adrián, C.I. No. 5.171.380, y TREJO Luis Alberto, C.I. No. 6.043.724, por una parte y por la otra la Provinia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántió Sur, representada en este acto por el Señor Ministro de Salud y Acción Social Dn. PEREZ, Carlos Alberto, adreferendum del Sr. Gobernador, convienen en celebrar el presente acuerdo de valores, referidos a las distintas prestaciones que el HOSPITAL brinda a los afiliados de la OBRA SOCIAL.

	Planes	Regionales	Binarios
Galeno Practica y	FCX	0.49	0.49
Galeno, Guir., Anes		0.85	0.85
Pensión		T * 30	1.20
Gastos Quirúrgico	S	1 126	1.26
Otros Gastos	-	0.25	0.25
Gastos Radiologic	· ne	0.52	0.52
		0.24	0.24
Homorarios Bioqui	11134 444	2.00	2.00
@ Basto Bioquimico	1 4	ō.so	0.30
-Honorarios Odonto	orodrco .	0.46	0.46
Basto Odontológio	:D :: .	. 0.38	0.38
Gasto Odontol Pró	tesis		0.52
Gasto Rad. Odonto	lė jieo	0.52	
Consulta		(10.00	. 12.00
U.T.I.		1.01	1.01

JOHN ADRIÁN GOODALL

Apoderado OSDE Fillal Tierra del Fuego Es Copia

CARLOS ALBERTO PEREZ Ministro de Salud y Acción Social

ES COPIA

LUIS ALBERTO TREJE

Jefe Depte Adr. Contable
Subsecretaria de Salud

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión
M.S.



visterio de salud y agcion social 🕆

CONVENIO REGISTRADO BAJO EL N. 1880

USHUAIA,___

GILBENTO E. LAS CASAS Jele Cpt J. Despacho General Dirección Tócnica y de Despacho

PLANES DE ADMINISTRACION DIRECTA : OSDE BINARIO

NORMAS: DE FUNCIONAMIENTO Y DE FACTURACION



1) CONSULTAS MEDICAS:

- a) La atención médica de los Asociados se dará con la sola presentación de su Credencial de Afiliados a OSDE BINARIO, y el Documento de Identidad, sin necesidad de entregar ningún tipo de bono o chequera.
- 7) Se realizará con ordenes de atención que la Obra Social provee al HOSPITAL.
- c) . Se deberá facturar el 100% de la consulta a la Obra Social, según el valor convenido.
- d) Se deberá requerir la credencial y el DNI. del asociado a efectos de verificar su identidad, por cuanto posteriormente la Obra Social, en forma previa a la facturación, procederá al control', de firmas. Pasar el cupón y credencial por la datacard, que OSDE provep, a fin de obtener los datos de afiliación requeridos. Las prdenes de atención deberán ser integramente completadas por el Hospital, con todos los datos que ellas requieren, y firmadas de conformidad por el Afiliado.
- 'DIAGNOSTICO: Deberá precisarse el mismo en la orden atención, sea este presuntivo o definitivo.
- En caso de presentarse cuatro o más consultas de un mismo afiliado se deberá remitir historia clínica. La Asesoria Médica de la Obra Social podrá solicitar Historia Clínica ante un número menor de consultas, si lo estimare necesario.
- g) Ilas ordenes que no reunieran los requisitos enunciados en los puntos ", d ", " e " y " f ", o que se encuentren enmendadas, serán'devueltas.

(2) <u>LABORATORIO, RADIOLOGIA Y PRACTICAS AMBULATORIAS:</u>

- el médico tratante prescribirá en su RP, los examenes de diagnóstico o practicas que solicita. Dicho pedido deberá contener los siguientes datos: Nombre. y apellido del beneficiarío, No de afiliado, diagnóstico presuntivo o definitivo, firma y sello del profesional, y fecha del pedido.
- b) el áfiliado concurrirá con el mismo, su credencial OSDE BINARIO, y su DNI., a la Mesa de Entradas del HOSPITAL (Sector Obras sociales), donde, previa obtención de los datos de afiliación, se le entregarán los bonos de práctica que correspondan, pasando el cupón y la credoncial por la datacard. El profesional efector deberá firmar y sellar la orden, indi-cando fecha de realización de la práctica.
- Se deberá facturar el 100% de la Prestación a la Obra Social, según los valores convenidos.
- d) Las ordenes de practica serán sin autorización previa de la Obra Social, deberan cumplimentarse todos los requisitos

C/3

Provincia de Cierra del Tucqo, Antártida e Telas del Allántico Sur Nepública Argentina

MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL

CONVENIO REGISTRADO

BAJO EL 110 1188 0 "-

USHUAIA,

16 MAR. 1995

GH.BERTO E. LAS CASAS Jefe C.: . Despacho General Dirección Tácnica y de Despacho

que las mismas exigen y ser firmadas por el Afiliado de conformidad. Las prácticas definidas en el Anexo II, deberán adjuntar informe médico.

e) - Por cada orden de práctica podrán facturar hasta tres (3) determinaciones de análisis bioquímicos, independientemen-

te de los códigos 998 y 677, que se consideraran automáticamente prescriptos según corresponda a los análisis indicados. En caso de prácticas radiológicas, hasta tres prácticas por bono.

- f) Cuando se presente la facturación, la orden de práctica deberá ir acompañado con el pedido que le dió origen.
- g) No se pueden incluir en un mismo bono, prácticas realizadas por distintos profesionales.

3). - TRATAMIENTOS POR SESIONES:

Los, tratamientos que se realizan por sesiones no requieren autorización previa de O.S.D.E. (alergia, kinesiología, fonoaudología, etc.), excepto psicología que si requentrá. El Afiliado deberá firmar de conformidad por las sesiones recibidas

- Alergia : p/testificación una (1) orden de práctica; p/tratamiento desensibilizante una (1) orden de práctica.

- Kinesiolpgia: una (1) orden de práctica hasta tres (5)

Fonoaudología: una (1) orden de práctica hasta tres (3) sesiones.

4) ODONTOLOGIA:

- PRIMERA CONSULTA: La primer consulta se efectuará con la orden de atención (cupones) que la OBRA SOCIAL proveerá al HOSPITAL.

El afiliado concurrirá con su credencial OSDE BINARIO y su DNI. a la Mesa de Entradas, donde se pasará el cupón por la datacard (de igual manera que para la consulta médica).

- PRACTICAS: El profesional detallará en el odontograma tal como la hacía hasta la fecha, las distintas prácticas a realizar, completandolo en su totalidad.

En el supuesto caso de solicitar la realización de cinco o más prácticas, deberá indicar al afiliado, que concurra directamente, al consultorio de la auditora odontológica, a efectos de su control previo, sin necesidad de pasar por nuestra oficinas, procediéndose de identica manera en el caso de un oficinas, procediéndose de identica manera se evita al afiliatratamiento de endodoncia. De esta manera se evita al afiliado, el paso previo por OSDE para autorizar las ordenes.

5) FACTURACION:

Las normas de facturación serán las vigentes en la actualidad para los planes regionales, teniendo en cuenta los valores establecidos en el Acuerdo de fecha 12/10/94.

En la facturación deberá discriminarse los montos facturados para cada plan, siendo los planes vigentes los siguientes:

o HUGO KEPRTO CHAMORRO Jefe Depto, Adm. Contable Subsecretaria de Salud



Provincia de Cierra del Tuego, Antértida

. Islas del Allantico Sur

República extraentina

MINISTERIO DE BALUD Y AGCION SOCIAL

Binario 2 - 025 ' Binario 2 - 210 Binario 2 - 310

·Bimario 2 - 410:

Regional 1 - 010

Regional 1 - 020

Regional 1 - 210 Regional 1 - 220 Regional 1 - 230

6)' - PLANES BINARIOS Y REGIONALES - DIFERENCIACION:

Deberá tenerse en cuenta que los planes BINARIOS, credencial es totalmente planteada (ver ANEXO I), son los tendrán cobertura sin autorización previa en todos los casos, excepto psicologia, y las ordenes serán provistas por directamente al HOSPITAL.

Los planes <u>REGIONALES</u>, en cuya credencial so destaca línea roja, (ver ANEXO I), se manejarán como hasta la fe siendo el afiliado quien deberá llevar al hospital, las o nes de consulta ý/o práctica con o sin autorización previa

JOHN ADRIAN GOODALL

.Apoderado OSDE Fillal Tierra'del Fuego

CS ALBERTO PENEZ Ministro do Salud y Acción Social

LUIS ALBERTO TREJO AUSU alambeqa

Es Copia

COP

CONVENIO REGISTRADO

USHUAIA, 16 MAR. 1995

GILBE - TO E. LAS CASAS Jefe Cpt., Despacho General

Dirección Tácnica y de Despacho

BAJO EL No HH !! ()

HUGO ALBERTO CHAMORRO Jele Deblo. Adm. contable Subsecretaria de Salud

OLGA TERESITA PAREDES Jir. Gral. Seg. y Control de Gestión M.S.



Provincia de Cierra del Tuego, estilástida o Islas del Allántico Sum

República extraentina

MINISTERIO DE SALUD Y AGCION SOÇIAL

REGISTRADO . CONVENTO

BAJO FL 11º 1880

USI:U/d/d.....1.6---MAR:--1995

GILBE TO E. LAS CASAS Jefe C: .: Despacho General Dirección Técnica y de Despacho

ANEXO II

CODIGOS QUE SE FACTURAN CON INFORME ·

CAPITULO <u>2 Operación en el aparato de la visión.</u>

02.06.0

Fotocoagulación con laser

Operaciones en la piel y telidos celular subcu-CAPITULO 13

taneo.

Destrucción de lesión de piel. 12.01.06/07.

Escision de lipoma gigante. # 01 _| 13 Cierre por colgajo plástico. .02 04

Anatomia Patológica. CAPITULO 15

Completo.

<u>Cardiologia.</u> CAPITULO 17

Electrograma de haz de His - inclu 17.01.03

ye el cateterismo.

17.01.08 Fonomecanocardiograma.

Ergometria. 17.01.11 Fluxometria.

17.01.15 Rehabilitación de cardiopatía. 17.01.17

Electrocardiograma de Holter por 24 17.01.18

hs. 2 canales.

Ecografias

Completo.

Gastroenterologia. CAPITULO 20

Completo.

Genética humana e histocompatibilidad. CAPITULO

Completo.

Obstetricia. CAPITULO 22

Monitoreo fetal. . 22.02.02

Medicina nuclear. CAPITULO 26

Completo

Nefrologia.

Completo.

Neumonologia. CAPITULO 28

Completo.

Neurologia. CAPITULO 29

Completo.

excepto:

código

 e^{1}

ORIA

HUGO ALBERTO DHAMONRO Jete Dapto. Adm. Contable Subsecretaria de Salud

OLGA TERESITA PAREDES r. Grai, Seg. y Control de Gestión M.S.



Provincia de Ciorra del Fuego, Antártida

o Islas del Atlántico Sur República extrgentina

MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL

CONVENIO REGISTRADO*

BAJO EL Nº

1880

USHUAIA,

16 MAR. 1995

GILBE O E. LAS CASAS

Jefe Despacho General

Dirección illa y de Cespacho

Electroencelografia con activación simple. :

CAPITULO 30

Oftalmologia.

30.01.11

30.01.13

Retinografía unilateral. Retinografía bilateral. Retinofluoresenoscopía.

CAPITULO, 34

Radiología.

Completo.

Excepto los códigos que figuran en el Anexo I.

APITULO 35

Terapia Radiante

Completo.

CAPITULO 36 .

<u>Urología.</u>

Completo.

Analisis Bioquímicos: Completo.

<u>Prácticas no nomencladas:</u> Estas prácticas serán otorgadas en casos excepcionales y previa consulta a 0.5.D.E.-

Alberraces

JOHN ADRIAN GOODALL Apoderado OSDE Fillal Tierra del Fuego CABLOS ALBERTO PEREZ Ministro de Salud y Acción Social

LUIS ALBERTO TREJO
Apoderado OSDE

Te Copia

ES GPIA

HUGO ALBERTO CHAMORRO Jefe Gopto, Adm. Contable Subsecretaria de Salud

OLGA TERESITA PAREDES

r. Gral, Seg. y Control de Gestión
M.S.

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida c Islas del Atlántico Sur República Argentina ELEVAR. Poder Ejecutivo



USHUAIA, 12 SET. 1995

del registro de esta VISTO el Expediente No 5725/95. mediante el cual se tramita la ratificación del Contrato de Locación de Servicios celebrado entre la Obra cial de Pasteleros, Confiteros, Pizzeros y Alfajores y la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico

CONSIDERANDO:

Que dicho Convenio se encuentra registrado bajo el mero 2086, correspondiendo dictar a tal fin el acto administrativo de ratificación del mismo.

Que el suscripto se encuentra facultado para dictar presente acto administrativo en virtud de lo dispuesto por artículo 135<u>o</u> de la Constitución Provincial.

For ello:

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO, ANTARTIDA E ISLAS DEL ATLANTICO SUR DECRETA:

ARTICULO 10.- Ratifiquese en todos sus términos el AKTICULU IO. - RECITIQUESE EN LUCUS SUS CERMINOS EL CONVENID suscripto con fecha 18 de Agosto de 1.995 entre la **Obras Social** de Rasselefos, Confideros, Fizzeros y Alfajores de la República Argentina y la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlântico Sur, registrado bajo el N<u>o</u> 2086 y cuya copia tenticada forma parte integrante del presente. ARTICULO 20 - Comuniquese, dése al Boletin Oficial de la Pro-

vinciâ y archivese.

y Acción Social

N 58/95 No JOBE ARTURO ESTABILLO . GOBERNADOR Es Copia CATLOS ALBERTO PEREZ Ministro de Satud

Fo copla tel del orismel

OLGA TERESITA PAREDES Hr. Gral. Seg. y Control de Gestión M.S.

E COPIA



Provincia de Bierra des Fuogo, Andárlida e Volas del Allántico Sur República Aspendina MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL

USHUAIN

100

1883

GONVENIO REGISTRADO

181

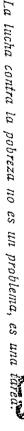
ECF

BIO E No 201

JUAN CARLOS GARRIDO
DINECTOR
Técnico-y de Despacho

CONTRATO DE LOCACION DE SERVICIOS

instalada, pacientes ORNO! DAY TAG CONF . 4 0 17 or.placido sentado ade Lante TEROGRA: PROVINCIA", : PRIMERA: LA PROVINCIA Social DERA CHARTA REPUBLICA ol D paciontes o habitac emperialidades BOCIAL notablecides familiar Valores: で負担 asiatantos brindados ではずるこ 40 Tierra del INTALLA PRO RA SOCIAL 181 turadas D C CL M ITEROS, surjan del 84701 104 A ≈ control 100 1641 SOCIAL anintrontial on Ministro Toodse LOCACION ad-referendum U C -Entro la c. pactados, () () () (Te. (i) ARGENTINA, median PASTELEROS, C Alfredo en teceden tes del Fuego, Antá PROVINCIA pre AL lo disponga 200000 D PASTE ambulatorios no l'oiron 10 CT modalidades, 0 10 10 10 Oshuaia, se conviene SION DE SERVICIO, para ASTELEROS, CONFITEROS, PROVINCIA mi.smo Luis ATLANTICO internaciones pagara no contract 0 1 1 1 acuardo individual, 861-7493), estuctor. domicilio op,denxe) SUND complejidad, en <u>O</u> filiados O A N SOCIAL Renon Obra n n n c Ui IL ij in in C. E requerires median te Antertion iopaki. Direct ALFAJORES . VICENTE, edontologices Tier 6 confirence, prostora C. C. WICHINCIP WICHINGIP M M seric necession la misma abonara factur acuardo 9UR, audi MUCHORICZ, ITI in Ci TOW! Y Con co horariom / comprome te Acción Sefor (0. N -' 0 10 יינכ brindadas III D 3) 10 internación tor es internados 1183 visitado . . . orden aranceles, 183 de Capital Secretario de domicilio n n Harry de IQ |--C. suna haren efectives 0 requer indicación ב מח O M 1.5 ORRA logal en San Martin s celebra: el present a los afiliados de 3, PIZZEROS Y ALFAJOR lagai Ω, Π Oobernador, DE TIERRA Pesentada Bocial, D Islas los afili para Aeronautica de traslado) () () administrativos, conformidad PIZZEROS MENHUM 多くとひこ YELOF INC) (4) (8) ø exurada. alguna j. Çi O. 10 reglamentos įΩ 1.6 897.185 SOCIAL 9 700 T 0 REPUBLICA ARBENTINA 13.025.403, RRA DEL FUEGO, <u>□</u> diferencia. ilen co 9 Ledre. acuerdo ofiliados Drawing. siguien kes <u>a</u>e1 1 mente TOUT: חםט 0 Ω. © modica, 5 计多下注 下四郎 <u>..</u> cumplimiento חנויים D U. modinos iù T []> 00000 lánt 日の日に taciones Ч, 123 ALFAJORES presente Accion PROVINCIA ALFAJORES ámbulatorio par a 008.00 おいるこ Ξ (S) (1) osto operátivo Ç, 100 internos, a internos, a 'a Obra calle adelante 00.10 Ç) internaci ni LA OX ina. clausulas: PASTELEROS \prec paciente partenta ent Seption 5 Z 10 auditores cuando capacidad はないのか POTART SHI Provinci ji Ji derechos aroos idai Alber かっくど O. Ø contra-0 רשים H D H BOGADO 1 deno Obra OBRA -11. Eun UNDE 109 185 100 O. Ð Y/0 5 <u>}</u> Ċ



Owegier Texples y do Despendi





Dir. Gral. Seg. y Control de Gestió M.S.

"Una



Provincia de Cierra des Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur República Argentina

MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL

CONVENIO REGISTRADO

EMQ EL M 2086

USHUATA 30 AGO 1995

JUAN CARLOS GARRIDO Director Técnico y de Despacho

internados utilizando formularios propios y adjuntando documentación del caso, ordenes de internación, ordenes atención ambulatoria y ordenes especiales que LA PROVINCIA establezca como modalidad propia. SEPTIMA: LA OBRA SOCIAL abonará a LA PROVINCIA el importe correspondiente a las facturas emitidas, a los quince (15) días hábiles a partir de la fecha de su presentación. La falta de pago en el tiempo indicado, dará lugar a LA PROVINCIA a facturar en concepto de intereses punitorios y compensatorios, las tasas que aplica el Banco de la Provincia de Tierra del Fuego, Antartida e Islas del Atlantico Sur, para descubiertos en cuenta corriente. OCTAVA:Las observaciones a la facturación deberán ser tadas a LA PROVINCIA dentro de los cinco (5) días hábiles contados a partir de su recepción. Dentro de los siguientes cinco (5) días hábiles. LA PROVINCIA subsanará las observaciones que estime pertinentes, remitiendo la documentación del caso a LA OBRA SOCIAL. Subsistiendo parcial o totalmente dichas observaciones LA OBRA SOCIAL confeccionará una nota de débito la que será presentada al efectivizarse el pago indicado en la clausula anterior. NOVENA: LA PROVINCIA no provectà de madicamentos, protesis sustancias radioopacas a pacientes ambulatorios. - - - - - -DECIMA: Los medicamentos y materiales descartables serán provistos por LA PROVINCIA a pacientes intornados, y factura-<u>DECIMAPRIMERA:</u> La falta de pago de dos (2) mensualidades consecutivas (facturaciones) por parte de LA OBRA SOCIAL dará derecho a LA PROVINCIA a suspondor las prestaciones a su cargo y convenidas en el presente, sin necesidad de notificación, e iniciar las acciones legales que estime oportunas, sin perjuicio de lo establecido en la clausula decimoprimera. - - -DECIMOSEGUNDA El presente convenio podrá ser rescindido por cualquiera de las partes sin necesidad de expresión de causa, debiendo mediar notificación por telegrama colacionado por lo mende con treinta (30) dise de anticipación. - - - - - - - -DECIMOTERCERA: En caso de producirse lo establecido en la <u>DECIMOTERCERA:</u> En caso de productios compromete a continuar clausula anterior, LA PROVINCIA se compromete a continuar clausula anterior, LA PROVINCIA se compromete a continuar clausula anterior. atendiando a los pacientes internados dentro de las caciones del presente, hasta su alta y/o trasiado por cuenta de LA OBRA SOCIAL, y esta se compromete a cancelar la totalidad de las sumas adeudadas a LA FROVINCIA.- ... - - - - - - - -DECIMOCUARTA: Las internaciones de urgencia se haran sin orden y a cargo de LA OBRA SOCIAL, debiendo el afiliado requecir la autorización correspondiente a LA OBRA Engins y presen-tarla en el término de cuarenta y ocho (49) horas hábiles inmediatas a la feche de internación y/o práctica si

Mund

Olrector Teel Co y Go Despacho

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral. Seg. y Control de Gestlón
M.S.

La lucha contra la pobreza no es un problema, es una tarea.



Provincia de Cierra des Fuego, Antártido o Islas del Atlántico Sur República Argentina

MINISTERIO DE SALUD Y AGCION SOCIAL

convictio registrado

20 Biz BAJO EL Nº

USHUAIA. 30 AGO. 1995

JUAN CARLOS GARRIDO Byrector Técnico y de Pespacho

pondiere, caso contrario LA OBRA SOCIAL reconocerá la factura, <u>DECIMOQUINTA:</u> Este convenio comenzará a regir y tendrá una vigencia de un (1) año contado a partir de la fecha de su ratificación por parte del PODER EJECUTIVO PROVINCIAL, siendo prorrogado automáticamente por iguales plazos y en forma indefinida, siempre que no sea rescindido por cualquiera de las partes, conforme lo determina la cláusula respectiva.---DECIMOSEXTA: Las partes constituyen domicilio legal para todos los efectos emergentes de este convenio, en los mencionados en el primer párrafo del prosente y se someten voluntariamente por cualquier cuestión judicial que pudiere suscitarse a la competencia de los Tribunales Ordinarios de la ciudad de Ushuaia, renunciando a cualquier otro fuero, jurisdicción o competencia que pudiere corresponder.

En prueba de conformidad, se firman tres ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la ciudad de Ushuaia, a los/hodías del mes de Agosto del año mil novecientos noventa y cinco.- - -

opia ilel del original

JUAN CARLOS GARRIDO Director Teemicy y de Despacho

Es Copia

GA TERESITA PAREDES , Graf, Seg. y Control de Gestión M.S.



Provincia de Cierra des Fuego, Antártida e Telas del Atlántico Sur República Argentina

MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL

CONVENIO REGISTRADO

EEN EL IIIº 20 RE

ISHUAVA, 30 A66. 1995

Director Técnico y de Despacho

ANEXO :

VALORES DE UNIDADES

SIGLA	DESCRIPCION	VALOF	· ·
m 6.1	UNIDAD GALENO	45	4 am
OAL.	UNIDAD GALEMO QUIRURGICO	第	1,30 -
GAG	UNIDAD SANATORIAL GASTO QUIRURGICO	35	0,900 /
SGU	UNIDAD GALENO FRACTICA	45	0,52
GAP	UNIDAD GALENO RADIOLOGICO	#	②,4②
GAR	COLORD SASTO RADIOLOGICO	鏬	0,60/
GRA	UNIDAD HONORARIO BIOQUIMICO	155	0,30/
HBI	UNIDAD GASTO BIOGUIMICO	S.	1,95~
GBI	UNIDAD HONGRARIO ODONTOLOGICO	\$	0,45/
HOD	UNIDAD BASTO ODONTOLOGICO	15	Ø , 60 /
600	UNIDAD GASTO ODONTOLOGICO/FROTESIS	鸫	person there are not a
GOF'		零	
SGC	UNIDAD SANATORIAL GASTO CLIMICA UNIDAD OTROS GASTOS	443	0,40/
OGA		髥	1,50/
SPE	UNIDAD SANATORIAL PPENSIUM UNIDAD GLOBALIZADORA	:5	20474 \$5000 0750 \$A
.GLO	IMPORTE FIJADO EN PESOS (Ej. Cons	ulta	
PES		4;	12,50
	módica)	45	age of the species are the
·HPE	HOMOLOGACIONES EN PESOS	- th	1,10
GAT	UNIDAD HONORARIO UTI	9	
GAA	UNIDAD GALENO ANESTESICO	-	
			\
			1
I = a	(a) /106/11 F		1
.1.			1
11000 1111	/ (Hasimoth Significants)		/
1111171A:Vi V	1 Thistings was		
WKK///YiM	for the second s		

Go copia fel de original

Director Technolog Carbido

DLGA TERESITA PAREDES

Gral. Seg. y Control de Gestion
M.S.



ACTA ACUERDO

En la ciudad de Ushuaia a los treinta días del mes de Julio de mil novecientos noventa y nueve, entre el Consejo de Administración del Hospital Regional Ushuaia representada en este acto por su presidente Sr. Carlos GATICA quien acredita su representatividad en virtud de lo normado por Ley 381/97, Decretos Provinciales Nº 496/98, 955/98 y 644/99, fijando domicilio legal en calle 12 de Octubre Nº 65 de la ciudad de Ushuaia en adelante "EL HOSPITAL" por una parte, y por la otra la Obra Social del Personal de Seguridad Comercial, Industrial e Investigaciones Privadas
representada por la Dra. Celestina María FERRARA quien acredita su representatividad mediante Poder General de Administración y Judicial inscripto bajo testimonio Nº E 010516931, fijando domicilio en Tucumán Nº 3685 de Capital Federal en adelante "LA OBRA SOCIAL", convienen en celebrar la presente Acta de Reconocimiento de Deuda y Compromiso de Pago, de la deuda vencida existente, por prestaciones medicas asistenciales a los afiliados de dicha Obra Social en el Hospital Regional Ushuaia de acuerdo al estado de cuenta corriente de facturas según detalle que se adjunta y forma parte de la presente como ANEXO I, el que estará sujeto a las siguientes cláusulas: PRIMERA: "LA OBRA SOCIAL" reconocen adeudar a "EL HOSPITAL" la suma de pesos OCHO MIL QUIENTOS TREINTA CON TREINTA Y SEIS CENTAVOS (\$ 8 530.36) ————————————————————————————————————
SEGUNDA: La "OBRA SOCIAL" se compromete a saldar la deuda en cuatro (4) cuotas mensuales, iguales y consecutivas de pesos DOS MIL CIENTO TREINTA Y DOS CON CINCUENTA Y NUEVE CENTAVOS (\$ 2.132,59) con vencimiento la primera el día veinte de Agosto del año Un mil novecientos noventa y nueve (20-08-99) y las restantes en la misma fecha de los meses subsiguientes, importe que será depositado en la cuenta Nº 1710316/3 del Banco de la Provincia de Tierra del Fuego.

TERCERA: Para las cuotas caídas en mora será de aplicación el interés compensatorio del UNO POR CIENTO (1%) mensual con más un interés punitorio conforme a la tasa establecida por el Banco de la Provincia de Tierra del Fuego para descubiertos en cuenta corriente, o la que eventualmente la reemplace. -----

CUARTA: El incumplimiento por parte de "LA OBRA SOCIAL" de dos cuotas consecutivas y/o alternadas dará derecho a "EL HOSPITAL" a ejecutar la totalidad de la deuda ------

En prueba de conformidad se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en el lugar y fecha arriba indicados.

is_Copia

CARLOS ALBERTO GATICA
PRESIDENTE

CONSEJO DE ADMINISTRACION H.R.U.

Dra. CELESTINA MARIA FERRARA ABOGADA

C.S.J.N T° 28 F9 729

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral. Seg. y Control de Gestlón

We Copple

Fecha: 30/07/1999

Hospital Regional Ushuaia ESTADO DE CUENTA CORRIENTE DE FACTURAS (Detailado por Factura)



				No. of Contract of
	= · = ·	Debe	Haber ========	Saldo ======
Factura C ====================================	PSRA Descripción INTERNACION SU PAGO INTERNACION SU PAGO INTERNACION SU PAGO INTERNACION SU PAGO INTERNACION INTERNACION INTERNACION CONSULTORIO EXTERNO CONSULTORIO EXTERNO COSNULTORIO EXTERNO INTERNACION INTERNACION INTERNACION COSNULTORIO EXTERNO COSNULTORIO EXTERNO INTERNACION INTERNACION INTERNACION CONSULTORIO EXTERNO INTERNACION CONSULTORIO EXTERNO INTERNACION CONSULTORIO EXTERNO	Debe 2184.75 0.00 496.30 0.00 2007.79 0.00 2621.39 1200.00 236.53 1080.20 273.33 154.41 225.99 363.13 588.54 105.13 138.01	Haber	Saldo ======= 2184.75 0.00 496.30 0.00 2007.79 0.00 2621.39 3821.39 4057.92 5138.12 5411.45 5565.86 5791.85 6154.98 6743.52 6848.65 6986.66
1248/ 99- E 1320/ 99- E 1392/ 99- E 1438/ 99- E	CONSULTORIO EXTERNO CONSULTORIO EXTERNO CONSULTORIO EXTERNO CONSULTORIO EXTERNO	937.90 269.78 336.02	0.00 0.00 0.00	7924.56 8194.34 8530.36
	TOTALES	13219.20	4688.84	

TOTALES GENERALES

13,219.20

4,688.84

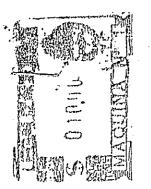
8,530.36

CARLOS ALBERTO GATICA
PRESIDENTE
CONSBIO DE ADMINISTRACION
H.R.U.

Dra. CELESTINA MARIA FERRARA ABJGADA C.S.J.N T° 28 F° 729

Es Copia

OLGA TERESITA PAREDES Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión M.S.



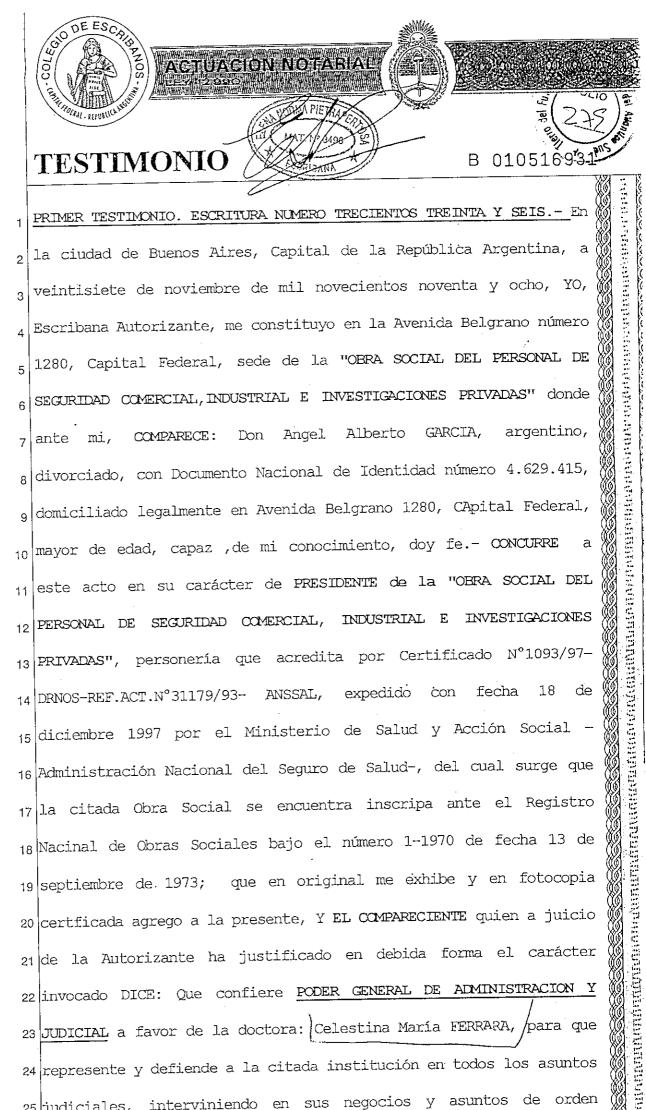


3

5

Brews.

1716



PRIMER TESTIMONIO. ESCRITURA NUMERO TRECIENTOS TREINTA la ciudad de Buenos Aires, Capital de la República Argentina, veintisiete de noviembre de mil novecientos noventa y ocho, YO, Escribana Autorizante, me constituyo en la Avenida Belgrano número 1280, Capital Federal, sede de la "OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE SEGURIDAD COMERCIAL, INDUSTRIAL E INVESTIGACIONES PRIVADAS" donde argentino, GARCIA, Alberto COMPARECE: Don Angel. ante mi, divorciado, con Documento Nacional de Identidad número 4.629.415, domiciliado legalmente en Avenida Belgrano 1280, CApital Federal, mayor de edad, capaz ,de mi conocimiento, doy fe.- CONCURRE este acto en su carácter de PRESIDENTE de la "OBRA SOCIAL DEL INVESTIGACIONES PERSONAL DE SEGURIDAD COMERCIAL, Ε INDUSTRIAL N°1093/97personería que acredita por Certificado expedido con fecha 14 DRNOS-REF.ACT.N°31179/93-ANSSAL, diciembre 1997 por el Ministerio de Salud y Acción Social 16 Administración Nacional del Seguro de Salud-, del cual surge que 17 la citada Obra Social se encuentra inscripa ante el Registro 18 Nacinal de Obras Sociales bajo el número 1-1970 de fecha 13 de que en original me exhibe y en fotocopia 19 septiembre de 1973; 20 certficada agrego a la presente, Y EL COMPARECIENTE quien a juicio 21 de la Autorizante ha justificado en debida forma el carácter 22 invocado DICE: Que confiere PODER GENERAL DE ADMINISTRACION 23 JUDICIAL a favor de la doctora: Celestina María FERRARA, /para que 24 represente y defiende a la citada institución en todos los asuntos 25 judiciales, interviniendo en sus negocios y asuntos de orden

Es Copia







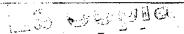


B 010516931

cualquiera fuere su naturaleza fuere la | 26 administrativo, jurisdicción que corresponda, a cuyo efecto autorizan mandataria para practicar los siguientes actos: -ADMINISTRACION: 28 administre y gobierne todos los bienes muebles, inmuebles semovientes que actualmente posee o que que ingresaren a su patrimonio por cualquier causa, razón o título, con facultad para efectuar en ellos las reparaciones que fueran necesarias para su los gastos propios la conservación, hacer У pagar de 33 administración y los que originen las refacciones de los tasas o impuestos de toda índole, cobrar cuentas, alquileres o 35 arrendamientos y créditos de cualquier naturaleza y origen, aceptar cesiones de derechos, créditos, valores, daciones en pagos 37 u otras garantías, obligaciones y derchos, aceptar, impugnar o verificar pagos por consignaciones, contratar locaciones de servicios como locador o locatario y seguros contra incendio u otros accidentes y pagar las primas; celebrar toda clase de contratos relacionados con la administración bajo cualquier forma y condiciones; adquirir o aprobar posesiones de bienes; prestar o 43 exigir fianzas o cauciones, nombrar administradores de bienes y impugnar obligaciones 0 de comercio, reconecer factores asegurarlas con garantias reales 46 pudiendo preexistentes, personales, retirar la correspondencia epistolar y telegráficas y los valosres, giros, certificados, cargas y encomiendas terrestres 48 o marítimas, del interior del país, consignadas a su nombre y 49 suscribir avisos, recibos y demás resguardos y percibir y dar

قت المالات

OLGA TERESITA PAREDES Dir. Gral, Seg. y Control de Gestión M.S.



recibos y cartas de pagos. GESTIONES AFMINISTRATIVAS: gestionar nacionales, ante las administraciones públicas autoridades У provinciales o municipales y sus dependencias y reparticiones en aduanas, legislaturas, municipalidades, ministerios, correos, Telecom y/o Telefónica de Argentina, Obras Sanitarias de la Nación y/o Aguas Argentinas, Dirección General de Rentas y Recaudaciones Fiscales, Tribunal Municipal de Faltas, Dirección General Imposotiva, Oficinas de Patentes de Invención, Registro de 9 la Propiedad Inmueble, de la Propiedad del Automotor, Ministerio de Trabajo, empresas de transportes, siendo esta mención meramente toda clase de asunto de su enunciativa y no limitativa, en competencia y la facultan para presentar escritos, títulos, planos, con facultad para proponer y aceptar modificaciones, firmar toda clase de recibo y documentación de toda índole realizar cuantos más actos fueren necesarios para el desempeño de su cometido. <u>LOCACION:</u> dar en locación los bienes muebles inmuebles, con contratos, ajustando en cada caso los precios, plazos y condiciones de la locación y/o sublocación, con facultad 19 para otorgar, aceptar, recindir, modificar, renovar o prorrogar 20 los contratos respectivos, ceder o aceptar cesiones de locación, 21 cobrar, percibir y pagar los alquilers, prestar o exigir fianzas 22 o depósitos y requerir de los locatarios o sublocatarios el pago 23 de los impuestos y reparaciones a su cargo. DEPOSITOS: depositar jurídicas poder de otras entidades los bancos o en 25 comerciales, dinero o valores de cualquier especie en cuenta





with annough with the contribution of the cont







B 010516932

29

34

35

39

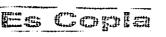
41

43

45

46

corriente, extraer total o parcialmente esos mismos depósitos o los constituídos con anterioridad o durante la vigencia de este mandato por la otorgante u otras personas a su nombre u orden. BANCARIAS: endosar y depositar cheques, OPERACIONES librar, endosar, depositar, adquirir, negociar de cualquier modo o en los Bancos o bolsas de la Repúblicca, abrir o clausurar cuentas corrientes, percibir sumas de dinero o valores, otorgar recibos cartas de pago y renovar, amortizar o cancelar letras de cambios y otros papeles de negocios. INTERVENCION EN JUICIOS: intervenir en defensas de sus intereses en toda clase de juicios que deban sustanciarse ante los Tribunales de la Nación de Provincias, de cualquier fuero o jurisdicción, ejercitando por sí 🕅 o por medio de apoderados las acciones pertinentes, como actora o demandada o en cualquier otro carácter con facultad para presentar escritos, títulos, partidas y toda clase de documentosm recusar, promover o contestar demandas o incidentes de cualquier naturaleza asistir a juicios verbales y al reconvenir, coteio documentos, firmas letras o a exámenes parciales, declinar o prorrogar jursdicciones, poner o absolver posiciones y producir todo género de pruebas e informaciones, interponer recursos legales, pedir embargos preventivos o definitivos e inhibiciones sus levantamientos, desalojos y deshaucios, V conceder esperas o quitas y acordar términos de toda clase, hacer, aceptar o rechazar consignaciones en pago y obligaciones, prestar exigir fianzas, cauciones, arraigos y demás garantías,





diligenciar exhortos, mandamientos, oficios, intimaciones citaciones, adoptar solicitar medidas O conservatorias, testimonios, inscripciones, devoluciones de documentos y compulsas de libros, solicitar la quiebra o el concurso civil sus deudores morosos con facultad para asistir a las juntas acreedores, verificar u observar créditos y su graduación, nombrar liquidadores y comisiones de vigilancia, aceptar sindicaturas, renovar concordatos, adjudicaciones rechazar aceptar 0 cesiones de bienes u otros convenios, pedir rehabilitaciones, practicar mensuras, fijar marcas, límites y pagar créditos pasivas de legítimo abono. COBRAR Y PERCIBIR: cobrar y percibir créditos de toda clase, alquiler, pólizas de seguros, indemnizaciones y sumas de dinero o valores cualquiera fuera su origen, anterior o posterior a este mandato. OTROS ACTOS JURIDICOS: conferir poderes especiales y sustituir el presente en todo o en parte, revocar apoderados y sustitutos y nombrar otros y finalmente practicar cuantos más actos, trámites y diligencias estime pertinentes para el mejor desempeño del presente mandato. LEIDA que les fue se ratifica de su contenido y así lo otorga y firma por ante mí, 20 Escribana Autorizante, de todo lo que doy fé. A. A. GARCIA. - Hay un sello.- Ante mí: E. N. PIETRAPERTOSA.- CONCUERDA con su matriz 22 que pasó al folio 761 del Registro Notarial 1313, a mi cargo, doy fe.- Para la APODERADA, expido este PRIMER TESTIMONIO, actuación notarial número B.010516931 B.010516932 25 B.010516933, que sello y firmo en el lugar y fecha de su

OLGA TERESITA PAREDES
Lir. Graf. Seg. y Control de Gestión
M.S.



THE THE THE TRANSPORT OF THE PROPERTY OF THE P



elearry de partitude de la company de la company de la company de la company de la company de la company de la



B 010516933

otorgamiento. - Rospodo: 761, lugar: Vole Rospodo: FEARARA: Va 26

MAT. Nº 3496 90

Dra. CELESTINA MARIA FERRARA ABOGADA C.S.J.N. T° 28 F° 729

Es Copia

OLGA TERESITA PAREDES Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión M.S.

me Copio

DER-JUDICIAL-DE LA MACION, Fuego, Antibtida e Islas del Atlantico Sur, la Ciudad de Ushuaia, Capital del Territorio Macional de Tierra del in the their noted and outronts y tree, piso cegindo en adelante denominada LA OBRA SOCIAL con do entre la OBRA SOCIAL DEL PO-

dad de Ushuaia, WIGHER TRIVER, won devicable on la calle ciguientes elfusulas: tor MANUELL NACIONAL DE ol Senor Subsecretario de Salud Pública del Territorio, Doctor N.J. BELLO y la SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA DEL TERRITO-/ se conviene colebrar el presente contrato sujeto LA TIETUA DEL FUEGO, en adolante "EL PRESÍMDOR" ropreser ropresentada en date acto por el Señor Interventor Doc San Martin y Lasperre de la

dopendendiento de la SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA (Hospital Regional-PRIMING: "III PRESTADOR" se obliga a atender por medio de los Hospitales William ; Hospital Rogional Rio Chande) a todos los afiliados habilitaresidentes 6 en transito en el Territorio.-1

los llospitulos tienen organizadan sotualmente é que organicen en el Tutu SEGUNIO: LOS prestaciones que ជួច convienon en éste acto cerán las que

"Protesis y Medicamentos", Choque extensiones excludes cuya provisión en todos los casos corrorá por on éste converio los rubros.

presente contrato todos los afiliados do la Obra Social, tento titulares CUARTO: Tendran derecho a la aristencia médica a que se reflere en el // manda de attilindon,-

como familiares habilitados por la misma, incluídas on listas especieles

MANUEL N. J. BELLO

10/2



///---*

que la Obra Social so compromete a mantener actualizadas y a disposición de la SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLUCA. La incorporación de otros sectoras o grupos de población por parte de la OBRA SOCIAL, al régimen estableci-

OUDITO: El beneficiario de la OBRA SOCIAL que solicito servicio para suatención médico-asistencial deberá acreditar su identidad con la credencial que correspondiere u autorización respectiva, siendo este requisito

MENTO: La asistencia de enfermedades é accidentes que requierén la presdución de etras especialidades que no esten contempladas en el punto PRI.

MENO y que dieran lugar a la derivación a Centres Médicos de más alta esta

pociulización deberá ser proviamente consultada con la Obra Social, pu-//

mente por la Obra Social, y representante de la misma en los casos de /

urgencia. Los gastos que se deriven de está situación correrán exclusiva
mente por la Obra Social, ya sea hacióndose carso de traslado y atención

y/o bien reconociondo la facturación que se pruetíque en el caso de hacer

so cargo el PRECTADOR.

Jantados in consellos fijados por el Nomenclador Nacional de Honorarios

respectar los aranceles fijados por el Nomenclador Nacional de Honorarios

(Médicos y Cartos Sanatoriales para cualquiera de los servicios que se ///

prestarán, los que bajo ningún concepto podrán cobrarso como si fueran //

Dr. MANUEL N. J. BELLO

Interventor actel del Poder Judicial المناس والمسالم

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral, Seg. y Control de Gestión



acompunim to diempre que el afiliado tenga hasta doce de la OBRA SOCIAL, certifiquo. El monitoreo en los en lou oason que en que el médico tratante lo considere imprescindible y en cambio la provinión de sengre, acompunente de mayosalvo las siguientes oxcopciones. Se re la patologia lo requiera, sorm facturedos, casos de bidamente erios jus tificados, de edad

ODRA SOCIAL,

doce años , y los modicamentos serán facturados el 100% al afilla

complementanion, el cosoguro quodará sujeto entro la OBRA SOCIAL Y AFFILIA nos ambulatorias, análisis, radiografías, odontología y otrom estudios complementaries y madicumentos suministrados. En los ossos de prestados In la facturación debera constar el detalle de los malisis, estudio

"FL PRESTADOR" facturara ol 100%, de todas las prestaciones. Al efectuar las prestaciones, los médicos deberán requerir del

beneficiario o quien lo represente, el carnet o condición y la orden de internación o chequera do oredencial que yigita 6

dia habil despues de realizada la misma. La orden y/o chequeras En caso do intornación de urgencia, la orden será reclamada al

cerem autorización suficiente para roalizar la prostación En la orden

intermación debe constar el lugar donde se realiza la misma, nombre

del afiliado, número de carnet, perfodo de duración estimado y

DECIMO: Lou modicos depondientes de la SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA 7/

DWI TERRITORIO que prestan pervicios asistenciales a la OBRA SOCIAL, ten

la obligación de llevar una História Clínica de cada afiliado inter

BELLO

Social del

TERESITA I

A THE PROPERTY OF THE PROPERTY

consulte, recabindate of mismo dentry de los months in the to the teach the second and the second second to the second the se

ESTABLE OF BOOK TO TOTAL BOTOTOTO BE HOLL TO TO BE THE TAKEN THE

ema, de l'Paro por pres taciones la rectiones de la compando la la la companda del companda del companda de la companda del companda de la companda de la companda del companda de la companda de la companda de la companda del companda

Los Yatores catablectar en la Nomencia de Necessa de Honores de Los Yatores caracter de Los d

ción entre el 1º al-10 de cada mes, en la Representación de 12 00 cada mes, en la Representación de 12 00 cada de 12 cada

TA OBRA 500 TA La ciudad de Ushuaia, LA OBRA 500 IAL abomard ol importo de La La Como modimito cheque sobre Banco de la Nación Argentina, Sucursia de La Como modimito cheque sobre Banco de la Nación Argentina, Sucursia de La Como modimito cheque sobre Banco de la Nación Argentina, Sucursia de La Como modimito cheque sobre Banco de la Nación Argentina, Sucursia de La Como modimito cheque sobre Banco de la Nación Argentina, Sucursia de La Como modimito cheque sobre Banco de la Nación Argentina, Sucursia de La Como de la Nación Argentina, Sucursia de La Como de la Nación Argentina de la Como de la Nación Argentina de la Nación de la Naci

a a nombre do la SUESECHETARIA DE SAIOD PUBLICA DEL TERRITORIO (den posicione) dias de recibida en la Dirección deneral, calle Un

DECINO SEGUNDA, AND PROBER to constato bendra vigencia desde, et lava inter-

por ol período de un eno pudiendo sen proprezado antonáticamen a

igual período? O resonatión en gualquier tiemo por ouliquiera dell'ad a partes, debiendo en esto il timo osso dense sviso feheciento con dreinti.

dies do entelección por ilo marca DECIMO DERCHIMA Partitada los casos dorivados dol carranto, las partis

constituyon les demicillos munolenados, y so semeten a los t

potentes con juriedicoign en el Touri touto Nectonel do la Tierra dol

Poder, Judicial :



'ndernación del Cx-Cerritorio Nacional de la Cierra del Aurgo. Antártida e Vilas del Atlántica Lux

1 0 ABR. 1991 USHUAIA.

VISTO el Expediente № 1275/91 del registro de esta Goburnación, 190dinnte el cual se tramita la ratificación del Acto Complementaria auscripto // untre la Obra Social de la Secretaría de Agricultura, Gonadería y Pusco, y la / Cobernación del Ex-Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, a través del Mininterlo de Gobierno, "ad÷referendum" del señor Gobernador; y

CONSIDERANDO:

Que en el mismo se formalizan los porcentajes en concepto de co-seguro que los Hospitales del Ex-Territorio, percibirán directamente de los Afiliadou de la Obra Social de la secretaria de Agricultura, Ganaderia y Pesca-

Que el Acta de referencia cuenta con la aprobación de la Subsecretaria de Salud Pública.

Que el suscripto se encuentra facultado para dictor el presente lustrumento legal de acuerdo a lo prescripto por el Decreto Ley Nº 2191/57 Artícy- 10° 200, y por lo establecido en la Ley Nacional NO 23.775.

Por ello:

EL GUUERNADOR DEL EX-TERRITORIO NACIONAL DE LA TIERRA DEL FUEGO, ANTARTIDA E ISLAS DEL ATLANTICO SUR DECRETA:

MRTICULO 19.- Retificase en todos sus términos el Acta suscripto entre la Cabermación del Ex-Territorio de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Allántico Sur, y la Obra Social de la Secretaria de Agricultura, Ganadorio y Perco. lo // cual cunsto de tres (3) cláusulas, cuya copia suntenticada forma parto Integran-

MRTICULO 20.- Comuniquese, dése al Boletín Oficial del Ex-Territorio y archívese.-

CCRETO Cortez Torialos प्रशासक वार्कित्यम अव महारेद्याव OLGA TERESITA PAREDES оатипъ воличо на

Copia



ACTA COMPLEMENTARIA

-Entre la Gobernación del Ex-Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, con domicilio en San Martín Nº 450 de la ciudad de Ushuaia, representada en este acto por el señor Ministro de Gobierno Dn. Ernesto M. CORTEZ TARTALOS ad referndum del señor // Gobernador, y la Obra Social de la Subsecretaria de Agricultura, Ganaderia y Pesca, representada por su Interventor, Dr. José DI IORIO, con domicilio / en la Avenida Paseo Colón Nº 974, Anexo Jardín de la ciudad de Buenos /// Aires, inscripta en el regisdtro de Obras Sociales bajo en Nº 2-0010, denominado en adelante El Ex- Territorio, por una parte, y por la otra La_Obra_ Social de la Subsecretaría de Agricultura, Ganadería y Pesca, convienen en / celebrar la presente Acta Complementaria al Convenio suscripto por las partes y que rige desde el 01 de enero de 1.983, de acuerdo a las siguientes / PRIMERA: El Ex-Territorio a través de su efector el Hospital Regional // , percibirá directamente del afiliado, un co-seguro por USHUAIA Internaciones clínicas y/o quirúrgicas conforme al siguiente detalle: del 119 día al 15º día de internación: 10% (diez por ciento) a valores Nomenclador Nacional: del 16º día en adelante: 20% (veinte por ciento) a valores Nomenclador Nacional; facturando el 90% u 80% del importe de las facturaciones a la Obra Social según corresponda.- - - - - -SEGUNDA: La Obra Social reconocerá el 100% (cien por ciento) de las ///_ facturaciones que le presente el Ex-Territorio a valores Nomenclador Nacional, por un máximo de 10 (diez) días de internación clínica y/o quirúrgica / Las intervenciones que deriven de patologías por, oncología, hemofilia y //

Es Copia

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión
M.S.





por cirugla Cardíaca (Ejemplo: Reemplazo valvular aórtico, CIA, CIV) y el //
denominado Plan Materno Infantil quedan a cargo de La Obra Social sin lími-
te de tiempo entendiéndose que para estos casos, El Ex-Territorio no perci-
birá ningún tipo de co-seguro
TERCERA: En internaciones psiquiátricas, La Obra Social reconocerá el 100%
(cien por ciento) de las facturaciones que le presente El Ex-Territorio a va-
lores Nomenicador Nacional durante 90 (noventa) días contínuos o discontí-
nuos, por año calendario. Durante los días siguientes La Obra Social solo re-
conocerá el 80% (ochenta por ciento) del valor de las facturaciones. En este
caso El Ex-Territorio percibirá por parte del afiliado, el 20% (veinte por ///
ciento) del valor establecido en el Nomenclador Nacional por día de interna-
ción
En prueba de conformidad, se firman dos (2) ejemplares de un
mismo tenor y a un solo efecto, en la ciudad de Ushuaia, Capital del Ex-Te-
rritorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur,
l a los 18 días del mes de MARZO (del año 1.9991
Dr. JOSE DI JOHU INTERWENTON O.S. A.G. Y Y.

DSIMRD.

FOLIO Z88

CONABNIO

En la ciudad de Ushuaia a los / días del mes de Octubre del año mil novacientos ochenta y dos, entre la OBRA SOCIAL DE LOS SUPERVISORES / DE LA INDUSTRIA METALURGICA, por una parte, representada en este acto por el Mayor (RE) Alberto Antonio ALFONSO, con domicilio en la calle Amouénaga 1234, de la ciudad de Buenos Aires, y la SUBSECRETARIA DE / SALUD PUBLICA DEL TERRITORIO NACIONAL DE LA TIERRA DEL FUEGO, en adelante el "Prestador", representada por el señor Subsecretario de Salud Pública del Territorio Doctor Miguel LIMOLI con domicilio en las calles San Martín y Laserre de la ciudad de Ushuaia, capital del Territorio / Nacional de la Tierra del Fuego, se conviene lo siguiente:- - -PRIMERO: El "Prestador" se obliga a atender por medio de los Hospitales dependientes de la SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA (Unhunia y Rio / Grande), a los titulares y familiares de la O.S.S.I.M. Las Prestaciones médico-asistenciales que la OBRA SOCIAL contrata en este acto a fa vor de sus beneficiarios son las que los hospitales tienen organisadas actualmente o que organican en el futuro .----SEGUNDO: Quedan expresamente excluídos de esta contratación los rubros "Protesis y Medicamentos" para pacientes ambulatorios, los que en todos los casos correrán por cuenta de la OBRA SOCIAL.----TERCERO: El beneficiario de la OBRA SOCIAL que solicite servicios para su atención en los hospitales de Ushuaia y Río Grande, deberá acreditar su identidad con la correspondiente credencial expedida por la OBRA SO CIAL, siendo esta requisito indispensable para su atención. --CUARTO: La asistencia de enfermedades o accidentes que requiera la pres tación de otras especialidades que no estén contempladas en el punto PRI MERO, y que dieran lugar a la derivación del enfermo a centros médicos / de más alta especialización, todos los gastos de traslado y la posterior atención en los centros que indique la OBRA SOCIAL, correrán por cuenta exclusiva de la misma. A tal fin se agrega un anexo que determina la // modalidad operativa. - - - - - - - - -QUINTO: El pago por los servicios prestados, la OBRA SOCIAL lo hará cagun el mistemma de "PAGO POR PRESTACION", facturando el "Prestador" de / acuerdo a los valores del "NOMENCLADOR NACIONAL" de Honorarios Médicos y Gastos Sanatoriales debiéndo enviarse la facturación a la Representa/.

E- Copia

OLGA TERESITA PAREDES Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión M.S.

Es Copia

ALBERTO A. ALFONSO

Or MIGUEL LIMOLI
Subsequente de Solud Pública

Es Copia



OLGA TERESITA PAREDES Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión

es comia



Entre el TERRITORIO NACIONAL DE LA TIERRA DEL FUEGO, ISLAS DEL ATLANTICO SUR, con domicilio legal en Ayda. San Martín no 450 de la ciudad de USHUAIA, representado en este acto por el señor Ministro de Gobierno, doctor Don Jorge Carlos ROSSA, en ade lante EL TERRITORIO, por una parte, y por la otra OBRA SOCIAL PER SONAL AERONAUTICO(O.S.P.A.) inscripto en el Registro Nacional de Obras Sociales bajo el no 1-0050 domicilio legal en Anchorena-1266 de la ciudad de Capital Pederal, representado en este acto por MIGUEL NICOLAS PATRANI como DELEGADO NORMALIZADOR en adelante "LA PRESTATARIA", ad-referendum del señor Gobernador y de la apro bación por parte del INSTITUTO NACIONAL DE?OBRAS SOCIALES, confor me a lo establecido en el artículo 2º de la resolución INOS 613/80, acuerdan celebrar el siguiente CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES E INTERNACION, el que se regirá por las cláusu las que se determinan a continuación. PRIMERA: "EL TERRITORIO" se compromete a brindar a los afiliados de la "PRESTATARIA", y a sus familiares que se encuentren en condi ciones reglamentarias de participar de tales beneficios, los ser vicios médico-asistenciales integrales (ambulatorios e interna; ción) por intermedio de los hospitales del territorio (USHUATA Y RIO GRANDE), de acuerdo a las limitaciones y modalidades de los mismos. SEGUNDA: El servicio se prestará previa presentación de la CREDEN CIAL que lo acredite como beneficiario de "LA PRESTATARIA" y pre

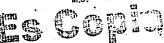
LEGACI PERSONAL AUROHAUTH

INSTE CARLOS ROSA

Es Copia fiel del Original

MARGILLE D. D. D. TAVARONE
TITA THEFTATION SPECIAL





/////



	vio cumplimiento de las normas operativas de los hospitales y
	"LA PRESTATARIA",
-	TERCERA: Las prestaciones médico-asistenciales que se contratan
L	serán las quelos Hospitales brindan actualmente de acuerdo al ane
	xo I o que prestarán en el futuro.
-	
-	CUARTA: En caso de asistencia de enfermedades que requieran de
ļ	especialidades que no están contempladas en el anexo I y que die
t	
-	ran lugar a la derivación del paciente a CENTROS MEDICOS DE MAYOR
	COMPLEJIDAD, todos los gastos de traslado y posterior asistencia
+	COMPLETIDAD, todos los gastos de trastado y posterior dorocenera
	en dicho Centro serán por cuenta de "LA PRESTATARIA".
	QUINTA: Las internaciones se efectuarán en habitaciones de dos
+	QUINTA: Das Internaciones se erecedarar en
	(2) camas con baño privado, quedando a exclusivo cargo del afilia
7	
+	do el pago por otras combdidades adicionales de internación sal
	vo expreso reconocimiento del mismo por parte de MLA PRESTATARIA.
	_SEXTA:_Las_prestaciones_contratadas_se_brindarán-dentro-de-los
	limites y de las posibilidades que disponga "EL TERRITORIO" en
Ī	el momento de requerirse las mismas. Cuando el Hospital no dispu
	siera de los recursos necesarios para cumplimentar la prestación
	en el momento que sea requerida, solicitará las instrucciones per
	tinentes a "LA PRESTATARIA" a efectos que se realice la deriva
	ción correspondiente.
•	SEPTIMA: Las prestaciones efectuadas se registrarán en la Historia
	SEPTIMA: Las prestaciones electuadas se legistrata. Car la seriesta del seriesta de la seriesta del seriesta de la seriesta del seriesta del seriesta de la seriesta del seriesta del seriesta de la seriesta de la seriesta de la seriesta de la seriesta del seriest
	Clinica que a los efectos de la facturación a "LA PRESTATARIA",
	se_considerara_de_fehaciente_veracidad

GUEL NICOLAS PATRAM.

OCLEPADO HOMINILIZADON
BOCIACION PERSUNAL ARRONAUTI

W

(((

MINISTHO DE SOBIEBBIO

Es Copia fiel del Co

PLAN L O. C. d. Tayanoni 1933 Altrusio Oscieli



CTAVA: Quedan expresamente excluídos del servicio que los Hospitales, medicamentos y otros elementos que no estén táci tamente incluídos en el Nomenclador Nacional. NOVENA: "EL TERRITORIO" asume las responsabilidades asistenciales de los pacientes amparados por este CONVENIO. Los afiliados de "LA PRESTATARIA" se comprometen a respetar los Reglamentos y Nor mas que rigen en los Establecimientos. "LA PRESTATARIA" asume la totalidad de las responsabilidades sociales que se generen o ten gan relación con la atención médica a los beneficiarios, como tam bién asegurar el retiro del paciente internado dentro de les cua renta y ocho horas (48) de efectuada la comunicación pertinente, cuando se determine su alta médica o por incumplimiento de los re glamentos y normas del Establecimiento. DECIMA: Por la prestación de los serviciós "LA PRESTATARIA", abo nará los aranceles establecidos en el NOMENCLADOR NACIONAL DE PRES TACIONES MEDICAS SANATORIALES Y BIOQUIMICAS más el 50% cincuenta por ciento, por zona desfavorable. DECIMO PRIMERA: "EL TERRITORIO" presentará a "LA PRESTATARIA" del uno al quince de cada mes (del 1 al 15), las facturas por tripli cado de las prestaciones efectuadas durante el mes anterior; de biendo ser abonadas las mismas a los quince (15) días de su presen tación, mediante giro bancario, BANCO DE LA NACION ARGENTINA SUCUR SAL USHUAIA. Los pagos que "LA PRESTATARIA" efectue con posterio ridad al plazo establecido serán actualizados de acuerdo a lo dis

GUEL NICOLUS PATRANI
DELEGADO NOPHALIZADOR ...

Dr. JORGE/CARLOS ROSSA STATE CONTROL OF MUNISTRO OF MOBILERADO

Es Copla fiel del Quintel.

OLGA TERESITA PAREBES
Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión
M.S.

E5 60710



111111.



puesto en la ley 21.391. Régimen de actualización de precios pac
a de la companya de l
tados en Contrataciones de Bienes y Servicios.
DECTMO CECHINA DE LA CARLA DEL CARLA DE LA CARLA DEL CARLA DE LA C
DECIMO SEGUNDA: En caso de comprobarse errores en las facturacio
nes_"LA_PRESTATARIA", debitará lo abonado en más_a_"EL_TERRITO
RIO" de las futuras facturaciones, aplicando sobre los débitos
el mismo criterio establecido en el último párrafo de la cláusu
la anterior.
DECIMO TERCERA: "EL TERRITORIO" se reserva el derecho de no acep
tar la internación de los afiliados de "LA PRESTATARIA", con diag
nóstico o portadores de enfermedades, que por disposición del Hi
nistorio de Salud de Andrea de Carta de
nisterio de Salud y Acción Social o de la Secretaría de Salud Pú
blica, no pueden ser internados ni permanecer en establecimien
tos generales"LA PRESTATARIA" se compromete a dis
$r=r_{1}$. The contraction r_{1} is the r_{2} and r_{3} in r_{2} and r_{3} in r_{3} i
poner, al inmediato_traslado_de todo_afiliado_que estando_interna
do se viera afectado por algunas de las enfermedades comprendi
das en el parrafo precedente. Asimismo y si dentro de las veinti
giatro (24) homas do notistado um
cuatro (24) horas de notificada "LA PRESTATARIA", no dispone su
traslado, "EL TERRITORIO" dispondra el mismo, facturando los gas
tos que por tal motivo se originen.
DECIMO CUARTA: "LA PRESTATARIA" controlara en cada oportunidad
en que así lo considere necesario y mediante la intervención de
Wholicas Auditomos Sunsanda
Médicos Auditores, Supervisores y/o Médicos, la prestación de
servicios.————————————————————————————————————
DECIMO QUINTA: A los fines del mejor cumplimiento y calidad de

JEL NICOVAS PATRANI

(((.

I. JORGE CARIOS ROSA ES CO DI

Es Copia fol del C

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral. Seg. y Control de Gestlór
M.S.

En 60010



/////

las prestaciones, se constituirá una COMISION DE AUDITORIA comp tida, integrada por representantes de "EL TERRITORIO" y de "LA PRESTATARIA", quienes entenderán en todas las cuestiones relativ a los servicios prestados como consecuencia del presente contra serán funciones de las mismas intervenir en la solución de difer dos y vigilar la correcta aplicación de las Normas de Trabajo y ranceles durante el período de vigencia del presente Contrato.-DECIMO SEXTA: El presente contrato regirá desde el y tendrá una duración de un (1) año. De no mediar notificación f haciente en contrazio por alguna de las partes, se considerará p rrogado en forma automática por períodos sucesivos e iguales de : -----Sin perjuicio de lo pactado precedentemente. cualquiera_de_las_partes_puede_rescindir_unilateralmente,_este_co venio preavisando fehacientemente con una anticipación no menor d treinta (30) días, comenzando a contar el plazo el primer día del mes subsiguiente al de la notificación. DECIMO SEPTIMA: A todos los efectos legales y judiciales a que es te convenio diera lugar las partes se someten a la jurisdicción v luntaria del Juzgado de Primera Instancia del Territorio, con re nuncia expresa a cualquier otro fuero o jurisdicción, fijando co_ mo domicilios legales los consignados "ut-supra". En prueba de conformidad se firman tres (3) ejemplares de un mismo tenor_y_a_un_solo_efecto, quedando_el_original_en_poder_de_"LA PRESTATARIA", el duplicado en poder de "EL TERRITORIO" y el tripli

SUEENNICOLAS PATRANI

Es Copia fiel del 20

(()

Œ

: . JORGE CARLOS POSSA MINYSTRO DE GOSTEBRO

Es Copia

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral. Seg. y Control de Gesiló
M.S.



cado será remitido al Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), en la ciudad de USHUATA, a los diecisiete días del mes de Junio ddemil novecientos ochenta y cinco.-MIGUEL NICOLAS PATRANI
DELEGADO NORMALIZADOR
E AGOCIACION PERSONAL ABRONAUTICO Dr. JORGE CARLOS ROSSA is Copia fiel del Prigir Es Copia oudes ra cora

vialidas

CONVENIO

BAJO EL No

6 SET. 1993 VIANHSA ILEGATO E LAS CASAS Dirección Técnica v de Baspasho

e letas del Atlantico Sur, con domicilio legal en la calle San Martin 450 de la ciudad de Ushuaia, representada en este acto por su Ministro de Salud Dn. CARLOS ALBERTO PEREZ, Ad Referendum del PROPER EJECUTIVO PROVINCIAL, en adelante llamado EL HOSPITAL, y la pere Social DEL 24 DISTRIMODE VIALTOAD NADANAL con domici-/ lio en calle 12 de Octubre s/n de la ciudad de Ushuaia, represen-toda en este acto por el señor Delegado Ingeniero ELIAS JOAQUIN / 265670, enadelante llamada la OBRA SOCIAL POR LA OTRA, convienen vo celebrar el presente convenio por Prestación de Servicios Médi

PRIMERAJEL HOSPITAL se compromete a brindar a los afiliados de LA OFRA SOCIAL y a sus famillares incluidos en el padrón de afiliados y hereficiarios y/o que posean carnet de acreditación,los Gervicies Médico-Asistenciales Integrales (Ambulatorios e Interna cabol, de acuerdo a las limítaciones que al efecto determine el // As 30555770.. y dentro del mismo o en establecimientos asistencia-Tre chicados exclusivamente en jurisdicción de la provincia.

SECROPATOR beneficiacios tendrán derecho a la elección del proresignal, dentro de la nomina que presta servicios en EL MOSPITAL, Jos ofrectos de la otilización de los servicios que configuran aduato del presente convenio.En caso de que ol afiliado de LA MERA SULTAL no se avintera a utilizar la prestación y/o el profestonal de Et HOSPITAt, éste queda exceptuado de cubrir la prestasión, 1974 cobentura quedamá a campo exclusivo de LA/OBRA/SDCIAL.

TEPTEFACE for fines de utilizar los servicios combratados, los peredictarios ancietios on el padrón deberán exhibir cante EL BECETTAL. Carnet provisto por LA OBRA SOCIAL y Documento de Iden-(1885) no debiendo abumar <mark>el heneficiario suma alguna por la pres-</mark> Exercise at all the more of the more more and the more of the more

CUARTA: The case in assistencia de enfermedades que requieran erannik didades contempladas on ol ANEXO I. y que dieran lugar a pertyación del paciente a Centros de mayor complejidad, todos los westos do traslado y posterior asistencia en dichos centros como ca por coenta de la OBRA SOCIAL, previa autorización nagrama de la misma.

cultura: the prestaciones contratadas en el convenio son las que tropo en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas: elimitorios y Odontológicas ajustadas a las posibilidades de los atentros Asistenciales de la Provincia segun ANEXO I. Prácticas no gomenicladas y homologadas, que se brindan en servicios propios y todo mactica a incorporar en el futuro por parte de dichos

SEXTA: NOSGITAL ofrecerá a los beneficiarios de LA OBRA SOCIAL. palernaciones en habitaciones de dos camas con baño privado. Si CARLOS A BEN TIENEZ antornación fuese en habitación privada, por la indicación del de soud de seudo de la soud Minist do Strud

OPIE

OLGA TERESITA PAREDES Dir. Graf. Seg. y Control de Gestión

mm =

y Action Social

GILBERTO E LAS GISAS

Dirección Técnica OBPANNO 6/6/

FOLIO

USHUAIA, 1 6 SET. 1993 Auditor de EL HOSPITAL, ni el beneficiario Perpagho Modico deberá pagar suma adicional alguna. - - -SOCTAL

SEPTIMA:El presente convenio incluye la provisión de descartable y medicamentos en internación, los que serán factur dos a valores de plaza a LA OBRA SOCIAL, excluyéndose parcientes ambulatorios. los que correrán por cuenta exclusiva de LA OBRA SOCIAL y/o sus afiliados.- - - - - - - - - - - -

OCTAVA:Tendrá cobertura asistencial todo afiliado a LA OBRA SO-CIAL que concurra en concordancia con la claúsula primera, debiendo presentar Orden de Atención y/o Práctica debidamente conformada y/o autorizada por autoridad de LA DBRA SOCIAL.-

la OBRA SOCIAL pagará mensualmente al HOSPITAL mediante giro, cheque o transferencia, el total de los servicios prestados, facturados a los valores vigentes a la fecha de prestación. El pago se efectuará a los veinte días de recibida la factura, y luego de los controles correspondientes que realizarA LA OBRA 50-CJAL.Los déhitos que la DBRA SOCIAL efectúe por falta de la correspendiente documentación, o su incorrecta conformación, deberán ser refactor alos destro de los treinta días posteriores a la fecha su devolución. Vencido el plazo de pago establecido sin que la OBRA SOCIAL lo se producirá el incumplimiento y la mora de pleno efectivice, derecho, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial Table First \$410 1886 After Miller Tiddy \$750 /gree bard latter Class bridge Thins down, Admin balan amade After How system right alguna. -Sin perjuncio de las acciones que pudleren corresponder. la mora devengará a favor del HOSPITAL a partir de ésta fecha y hasta la Ola mora efectivización total del pago, un interés diario equivalente al que perciba el BANCO DE LA NACION ARGENTINA para las operaciones de descuento de documentos comerciales a treinta días durante el-Ante la latta de pago de una factura, y previa intimación de pago, el MOSFITAL podra disponer la suspensión de las prestaciones, como asimiles quedará facelhado a rescindir el presente convenio.

DECIMA: E) presente convenio incluye servicios Odontológicos según ANEXO 1 los ono servo Facturados a valores pautados en A-NEXE II.-

DECIMOPRIMENA: Este convenio comenzará a regir y tendra una vigencia de de año contado a partir de la fecha de su ratificación por parte del POCCE EJECUTIVO PROVINCIAL. siendo prorrogado automáticamente por iqual plazo si no existiera una denuncia fehaciente de alguna de las partes y con una antelación no inferior de 30 (legenta) dies enterinces a su vencimiento.-----La decisión de no prorrogar, por alguna de las partes, no genera-rá decisión a reclamo o indemnización alguna en favor de la otra.-

DECIMOSEGUMDA: LA OMBA SOCIAL podrá efectuar tiscalización de los parvingos amistencomies contratados, debiendo hacerlo en todos tós comos por intermedio de personal profesional o aquellos que realizon funciones de asespramiento, inspección, reconocimiento y/o control debidements acreditades.

l'DECIMOTERCERA:En razón del caràcter Intuito Personae del presente consenso. LA PROVINCIA se obliga expresamente a no ceder en favor go terceros, los créditos que por cualquier concepto o naturaleza como con vados de esta relación contractual, tuviera respecto de TA PREZ AUCTAL - -

CAYLOS ADEC be at she crising Acción Social

LGO . I OUDLI LGA TERESITA PAREDES ارد. Gral. Seg. y Control de Gestión

Es Copia

Dirección-Tecnica

DECIMOCUARTA:Las partes constituyen domicilio legal ve Decho bodos los efectos emergentes de este convenio, en los mencionados en el primer párrafo del presente, y se someten voluntariamente por cualquier cuestión judicial que pudiere suscitarse, a la competencia de los TRIBUNALES ORDINARIOS de la ciudad de Ushuaia, renunciando a cualquier otro fuero, jurisdicción o competencia pudiere corresponder.

DECIMONUIMTA:Se acuerda que atento a la existencia de un nuevo proyecto de ordenamiento de las Obras Sociales, si el mismo recibiera aprobación legislativa, las partes adaptarán el presente contrato a dicha ley, en lo pertinente. - - - - - -

DECIPOSEXTA:El impuesto de sellos que deba tributar el presente convenio será soportado por partes iguales por EL HOSPITAL y LA

- - - - Como constancia de lo expuesto y en prueba de formidad y a un solo efecto, se firma el presente en dos ejem-plares de un mismo tenor en la ciudad de Ushuaja el PRIMERO DE SEPTIMBRE DE MIL NOVECTEMTOS NOVENTA Y TRES.

الكرابيل (المالية

CARLOS BE. COERE

Ministio de Sajud

y Acción Seclal

100 TELIAS

Dologado Obra/Costal 24 Distrito - P. N. V.

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión
M.S.

Copia

Es Copia



Provincia de Cierra del Euego, Antártida e Eslas del Atlántico Eur Poder Ejecutivo

USHUATA, _ 1 0CT. 1993

VISTO el Expediente Nº 6287/93, del registro de Gobernación, mediante el cual se tramita la ratificación Convenio suscripto entre la Provinicia y la Obra $cl \otimes 1$ Personal de Vialidad Hacional (V.N.); Y: :

COMSIDERANDO :

mismo se encuentra registrado bajo el numero 898, y es necesarão proceder a su ratificación.

Que el suscripto se encuentra facultado para dictar presente acto administrativo en virtud de lo dispuesto por Articulo 1359 de la Constitución Provincial.

Por willo #

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO, ANTARTIDA E ISLAS DEL ATLANTICO SUR

DECRETA

ARTICULO 19.- Ratificase en sus DIECISEIS (16) cláusulas -Convenio, registrado bajo el número 898, suscripto entre Provincia y la Obra Social del Personal de Vialidad Macional (V.M.) de fecha PRIMERO (12) de Septiembre de 1.993, cuya copia forma parte dol presente. ARTICULO 20.- Comuniquese, dese Al Boletin Lainitt()

Provincia y archivese.

DECKETORS

2305/95

CARLOS ALGERTO PEREZ Ministro de Salud y Acción Social

copia fiel del original

JOSE ARTUMO ESTABILLO

GOBER, ADCR

Oir, Gral, Seg. y Control de Gestión M.S.

OLGA TERESITA PAREDI

NOARLOS GABRIDO Director Tecnico y de Despacho





Entre la OBRA SOCIAL DE LA DIRECCION NACIONAL DE VIALIDAD, representada en este acto por su Interventor Cdor. RAUL DI NARDO, con domicilio en Av. Julio A. Roca 738 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por una parte, en adelante la OBRA SOCIAL, y por la otra, el HOSPITAL REGIONAL DE USUHAIA, representado en éste acto por el Presidente del Consejo de Administración, Sr. Guillermo Gabriel Rodríguez, con domicilio en calle Maipú y 12 de Octubre de la ciudad de Ushuaia, en adelante EL HOSPITAL han convenido en suscribir el presente ACUERDO DE CANCELACIÓN DE DEUDAS.

ANTECEDENTES:

El HOSPITAL ha prestado servicios médicos, asistenciales, tratamientos ambulatorios e internación a los afiliados de la OBRA SOCIAL con resultados satisfactorios, conforme surge de la información recibida de nuestros afiliados.

La OBRA SOCIAL no ha podido cancelar, por razones financieras, en tiempo y forma las prestaciones que se fueron solicitando y autorizando, registrándose a la fecha deudas acumuladas con EL HOSPITAL por un monto de PESOS CUARENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHO CON SETENTA Y SIETE CENTAVOS (\$47.838.77).-

Con el fin de no resentir las prestaciones hacia los afiliados de la OBRA SOCIAL y de fijar fechas y mecanismos ciertos de pago, las partes se avienen a celebrar el presente ACUERDO, que se regirá por las siguientes cláusulas y condiciones:

PRIMERA: La OBRA SOCIAL reconoce adeudar a LA EMPRESA la suma de PESOS CUARENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHO CON 77/100 (\$ 47.838.77), correspondiente a facturaciones impagas por servicios prestados a sus afiliados hasta la fecha.-

SEGUNDA: Las partes acuerdan que la suma mencionada en la cláusula anterior será cancelada de la siguiente manera:

a) Con la firma del presente la suma de \$ 9.567.75 -

b) El saldo de \$ 38.271.02.-, será pagado en cuatro cuotas mensuales de \$ 9.567.75 cada una, con vencimiento el 29 de enero del 2.001; 26 de febrero del 2.001; 26 de marzo del 2001 y 26 de abril del 2.001, respectivamente.-

TERCERA: Los pagos serán efectuados con cheques a la orden de EL HOSPITAL puestos a disposición en la Tesorería de la OBRA SOCIAL.-

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión
M.S.

e copia



CUARTA: Con la firma del presente acuerdo EL HOSPITAL se compromete a no producir corte de servicios, continuando en consecuencia con la atención de los afiliados a la OBRA SOCIAL.

QUINTA: Producido el cobro de todos y cada uno de los valores entregados por la OBRA SOCIAL, EL HOSPITAL nada tendrá que reclamar a la OBRA SOCIAL por los conceptos incluidos en el presente acuerdo, ni por cualquier otro concepto anterior otorgando suficiente recibo y carta de pago.-

SEXTA: Las partes constituyen domicilio en los arriba indicados, siendo en consecuencia válidas las comunicaciones y notificaciones que se realicen en los mismos, conviniendo la competencia de los Tribunales Ordinarios de la Ciudad de USHUAIA en la provincia de Tierra del Fuego, renunciando a todo otro fuero o jurisdicción.-

En prueba de plena conformidad y previa lectura y ratificación, se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en la ciudad de Buenos Aires a los 14 días del mes de diciembre de 2.000.-

Cdor. RAUL ALFREDO DI WATIDO

INTERVENTOR

OBHA SOCIAL DIRECC, NAC. VIALIDAD

Gulllermo G. Rodriguez Presidente Consejo Administración H.R.U.

e copia

Dir. Gral, Seg. y Control de Gestión M.S.

Copia

TOWN S.S.A.P.A

Entre el INSTITUTO DE SERVICIOS SOCIALES PARA LAS ACTIVIDADES :

RURALES Y AFINES(I.S.S.A.R.A.) representado en este acto por el señor Gerente Regional Dn.Alfonso Federici, ad-referendum del señor Presidente, en adelante "ISSARA", por una parte y el TERRI TORIO NACIONAL DE TIERRA DEL FUEGO, ANTARTIDA E ISLAS DEL ATLAN TICO SUR, representado en este actor por el señor Ministro de Gobierno, Dr. don Jorge Carlos Rossa, en adelante EL TERRITORIO", por la otra parte, se conviene en celebrar el presente contrato de acuerdo a lo establecido por la Ley Nº 22.269 y sujeto a las siguientes cláusulas:

ruales y Asher

STEONS OF FEDERICI

Gerch Ciadora JAMSEZ SA

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral. Seg. y Control de Gestlón



mas de trabajo que como Anexos 1-11 y 111 se agregan al presente contrato formando parte integrante del mismo.

QUINTO: "EL TERRITORIO" se obliga a llevar los registros médicos donde consten los datos personales del paciente, diagnóstico, estudiós y tratamientos realizados, anamnesis, exámen clínico y evolución de los pacientes de acuerdo con las reglamentaciones de la autoridad sanitaria competente, información que estará a disposición de "ISSARA" para su compulsa o remisión cuando esta lo requiera.

por los Nomencladores de Prestaciones Médicas y Sanatoriales, de

Prestaciones Odontológicas y de Análisis Clinicos (y con las nor

SEXTA: "ISSARA" abonará las prestaciones brindadas de acuerdo con los valores arancelarios vigentes al momento de su realiza-

OLGA TERESITA PAREDES
Dir. Gral. Seg. y Control de Gestión
M.S.



SEPTIMA: "EL TERRITORIO" remitirá a "ISSARA", a su Agencia Rio Grande del día primero al diez de cada mes, las facturaciones por servicios prestados en el mes inmediato anterior confeccionadas por triplicado y de acuerdo con lo establecido en la Resolución Nº 2.253 de la Dirección General Impositiva y las normas de trabajo obrantes en los Anexos I - II y III del presente contrato. Las facturas presentadas con posterioridad se considerarán como

//ción para los Nomencladores Nacionales referidos en la cláusu

la Cuarta. - "ISSARA" se hará cargo de los productos farmacéuti-

cos, material de cirugía y descartable, "de conformidad a lo esta-

Transcurrido dicho plazo las observaciones o débitos quedarán firmes, no siendo aceptado ningún reclamo respecto a los mismos.

NOVENA: Si "ISSARA" observa algún concepto parcial del total fac turado por "EL TERRITORIO", abonará las prestaciones aceptadas, de bitando unicamente el importe de los rubros observados. — — — DECIMA: "ISSARA" abonará al "TERRITORIO" los montos de las factu rasidentro de los treinta (30) días corridos contados a partir

Es Copia

OLGA TERESITA PAREDES Dir. Gral. Seg. y Control de Gestion M.S.

Dr. 10RGE EMMOS ROSS MINISTRIO DE GÓBLISANO

1 Seales & Asia Co

PEDENIE RECIONAL PARAGONIA