

DECRETO ALCALDICIO N°

QUINTERO 19 DIC. 2017

**VISTOS:**

1. El Convenio, suscrito con fecha 25 de julio del 2017, entre la I. Municipalidad de Quintero y el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, Convenio "Contrato Prestación de servicios de Laboratorio";
2. La Resolución Exenta N° 7982 de fecha 18 de octubre del 2017, de la Dirección del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota que aprueba dicho convenio;
3. Las atribuciones que me confiere la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades;

**DECRETO**

*APRUEBASE, en todas sus partes el Convenio suscrito entre la I. Municipalidad de Quintero y el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota Convenio "Contrato Prestación de servicios de Laboratorio" y que consta de 10 cláusulas;*

*La unidad técnica encargada de velar por la adecuada aplicación del convenio es el Departamento de Salud.*

*Anótese, comuníquese, cúmplase y archívese.*



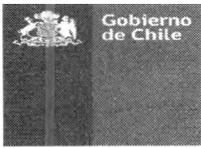
**YESMINA GUERRA SANTIBAÑEZ**  
SECRETARIO MUNICIPAL



**MAURICIO CARRASCO PARDO**  
ALCALDE

**Distribución:**

1. Alcaldía
  2. Secretaría Municipal
  3. Asesor Jurídico
  4. Finanzas
  5. Director Control
  6. Departamento de Salud.
- MCP/YGS/JAE/agc



VIÑA DEL MAR, 18 OCT. 2017

**VISTO:**

- Lo dispuesto en la Ley N° 18.575 sobre Bases de la Administración del Estado, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N°1/19.653, publicado con fecha 17 de noviembre de 2001. Lo dispuesto en el DFL N° 29 (Hacienda), publicado con fecha 16 de marzo de 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo. Lo dispuesto en la Ley N° 19.880 que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado. Lo dispuesto en la Ley N° 19.378 de 1995 que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, y el Decreto Supremo N° 118 de 2007, del Ministerio de Salud. La Resolución N° 1600/2008, de Contraloría General de la República, que fija Normas sobre Exención del Trámite de Toma de Razón. Las facultades que al suscrito otorgan el D.F.L. N°1/2005 (Salud), publicado en el Diario Oficial con fecha 24 de abril de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2763, de 1979 y de las Leyes N°18.933 y N° 18.469, conjuntamente con los Decretos Supremos N° 140/2004 y N° 16/2017 ambos del Ministerio de Salud.

**CONSIDERANDO:**

- 1.- La necesidad del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, de dar cumplimiento a los objetivos que ha implicado la Reforma del sector salud, cuyos principios orientadores apuntan a la equidad, participación, descentralización y satisfacción de los usuarios, mediante el Programa de Apoyo a la Gestión a Nivel Local en Atención Primaria de Salud como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención.
- 2.- Que, conforme al presente instrumento la I. Municipalidad de Quintero, a través del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, contra los servicios de análisis de muestras biológicas y elaboración de informes de resultados de laboratorio.

3.- El Contrato, suscrito con fecha 26 de julio de 2017, entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y la I. Municipalidad de Quintero, en virtud del cual la I. Municipalidad se compromete a desarrollar íntegramente dicha prestación de Servicios.

**RESUELVO:**

- 1.- **APRUÉBESE**, el contrato de prestación de Servicios de Laboratorio celebrado con fecha 03 de enero de 2017, entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y la I. Municipalidad de Quintero en virtud del cual la I. Municipalidad se compromete a desarrollar el Contrato de Prestación de Servicios de Laboratorio.
- 2.- **CÚMPLASE**, de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución Exenta N° 1600 de Contraloría General de la República, con la transcripción íntegra del Convenio que se aprueba en este acto y cuyo tenor es el siguiente:

En Viña del Mar a 26 de julio de 2017 entre el **Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota**, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Von Schroeders N° 392, representado por su **Director (s) D. Juan Carlos González Araya**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Ilustre Municipalidad de Quintero**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Calle Normandía N° 1916 Quintero, representada por su Alcalde **D. Mauricio Carrasco Pardo** de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

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

**SEGUNDA:** El análisis de las muestras biológicas que prestará el Servicio de Salud, a través del Hospital Adriana Cousiño de Quintero, relativos al Servicio de Análisis de Muestras Biológicas y Elaboración de Informes de Resultados, son aquellos que se encuentran disponibles en la canasta de exámenes de laboratorio de Atención Primaria señalados en Anexo N°1, y que se entiende forma parte integral del presente contrato.

**TERCERA:** El precio por la prestación de los Servicios que la I. Municipalidad deberá pagar mensualmente al Servicio de Salud, corresponderá el valor de cada prestación de acuerdo a la cantidad ejecutada por mes, en base a los listados rutificados de los pacientes y sus exámenes realizados.

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

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

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

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

**CUARTA:** Para la realización de los exámenes el Consultorio o Centro de Salud Municipal respectivo, deberá remitir al Hospital Adriana Cousiño de Quintero, una solicitud de examen, que deberá contener todos los datos solicitados en Formulario adjunto en Anexo 2, e indicando además, el nombre del paciente, su cédula de identidad, edad, tipo de examen solicitado, programa al que pertenece el paciente.

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

- Deberá nombrar un responsable de la operación de la Sala de Toma de Muestras.
- Sobre la obtención de las muestras, el personal del Centro de Salud, debidamente autorizado, deberá proceder de acuerdo a "Manual de Toma de Muestras y Traslado" que será entregado al momento de firma del contrato.
- En relación a los materiales e insumos, el Hospital Adriana Cousiño de Quintero entregará los contenedores de muestras sanguíneas, orina, bacteriología, fisiología etc. Los contenedores de transporte serán entregados en calidad de préstamo mientras tenga vigencia el presente convenio.

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

**SÉPTIMA:** El presente contrato regirá desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2017. Sin embargo, cualquiera de las partes podrá ponerle término anticipado mediante aviso escrito, enviado a la otra con sesenta días de antelación a la fecha de término.

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

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

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

**PERSONERIAS:** La facultad y personería del Director (s) del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, D. Juan Carlos González Araya para celebrar convenios están contenidas en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1/2055, que fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y los Decretos Supremos N° 140/2004 y N° 296/2016, ambos del Ministerio de Salud. La facultad del Sr. Alcalde de la Ilustre Municipalidad de Quintero, D. Mauricio Carrasco Pardo, consta en Sentencia de proclamación N° 2467-2016 del Tribunal electoral del Valparaíso de fecha 01/12/2016.

- 3.- **DECLÁRESE**, la vigencia del contrato hasta el 31 de diciembre de 2017.
- 4.- **DECLÁRESE**, en caso de que la "Municipalidad" se exceda de los fondos por el Servicio para los efectos de este convenio, deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución, sin perjuicio de lo indicado en la cláusula primera del presente convenio.
- 5.- **REQUIÉRASE**, a la I. Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del Contrato, con los detalles y especificaciones que se estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.
- 6.- **REQUIÉRASE**, a la I. Municipalidad de Quintero cuenta de las sumas recibidas por este Programa u su inversión, conforme a lo establecido en la Resolución Exenta N° 30 de 2015, de Contraloría General de la República.
- 7.- **ESTABLÉCESE**, como administrador y coordinador del Servicio de Salud de Viña del Mar-Quillota, a la Sra. Bioquímico Maritza Alliende Silva, quien tendrá como función principal actuar como referente técnico de este servicio respecto de la I. Municipalidad y del Ministerio de Salud además de velar por la correcta ejecución y adecuado cumplimiento de las obligaciones asumidas por las partes.

- 8.- **REQUIÉRASE**, a la I. Municipalidad de Quintero la designación de una persona que actuará como referente técnico y la notificación de dicha designación a este Servicio, dentro del plazo de cinco días contados desde la fecha de suscripción del convenio.
- 9.- **FISCALÍCESE**, la correcta utilización de los fondos traspasados por departamento de Auditoría del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.
- 10.- **IMPÚTESE**, el gasto que genere el cumplimiento de la presente Resolución al subtítulo N° 24 del presupuesto del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.

**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE**



**DR. JUAN JOSE MENDOZA NAVARRO**  
**DIRECTOR**  
**S. S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA**

DR. JJMN/EJ.FOJ/CA.GFT./esm

**DISTRIBUCIÓN:**

- Subdirección de RRF. y Financieros S.S.V.Q.
- Dirección de Atención Primaria S.S.V.Q
- Of. de Partes S.S.V.Q.
- I. Municipalidad.



**TRANSCRITO FIELMENTE**  
**MINISTRO DE FÉ**  
**SERVICIO DE SALUD**  
**VIÑA DEL MAR - QUILLOTA**



SERVICIO DE SALUD  
VIÑA DEL MAR-QUILLOTA  
Depto. Jurídico

## CONTRATO DE

### PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO

#### SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA

E

#### ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUINTERO

En Viña del Mar a 26 de julio de 2017 entre el **Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota**, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Von Schroeders N° 392, representado por su **Director (s) D. Juan Carlos González Araya**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Ilustre Municipalidad de Quintero**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Calle Normandía N° 1916 Quintero, representada por su Alcalde **D. Mauricio Carrasco Pardo** de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

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

**SEGUNDA:** El análisis de las muestras biológicas que prestará el Servicio de Salud, a través del Hospital Adriana Cousiño de Quintero, relativos al Servicio de Análisis de Muestras Biológicas y Elaboración de Informes de Resultados, son aquellos que se encuentran disponibles en la canasta de exámenes de laboratorio de Atención Primaria señalados en Anexo N°1, y que se entiende forma parte integral del presente contrato.

**TERCERA:** El precio por la prestación de los Servicios que la I. Municipalidad deberá pagar mensualmente al Servicio de Salud, corresponderá el valor de cada prestación de acuerdo a la cantidad ejecutada por mes, en base a los listados rufificados de los pacientes y sus exámenes realizados.

Dicho valor deberá ser pagado por la I. Municipalidad, dentro del plazo de diez días hábiles, contados desde la fecha de recepción de la factura correspondiente, valor que incluirá todas las prestaciones efectuadas por el

Servicio de Salud en el Hospital Adriana Cousiño de Quintero, en el período respectivo.

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

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

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

**CUARTA:** Para la realización de los exámenes el Consultorio o Centro de Salud Municipal respectivo, deberá remitir al Hospital Adriana Cousiño de Quintero, una solicitud de examen, que deberá contener todos los datos solicitados en Formulario adjunto en Anexo 2, e indicando además, el nombre del paciente, su cédula de identidad, edad, tipo de examen solicitado, programa al que pertenece el paciente.

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

- Deberá nombrar un responsable de la operación de la Sala de Toma de Muestras.
- Sobre la obtención de las muestras, el personal del Centro de Salud, debidamente autorizado, deberá proceder de acuerdo a "Manual de Toma de Muestras y Traslado" que será entregado al momento de firma del contrato.
- En relación a los materiales e insumos, el Hospital Adriana Cousiño de Quintero entregará los contenedores de muestras sanguíneas, orina, bacteriología, fisiología etc. Los contenedores de transporte serán entregados en calidad de préstamo mientras tenga vigencia el presente convenio.

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

**SÉPTIMA:** El presente contrato regirá desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2017. Sin embargo, cualquiera de las partes podrá ponerle término

anticipado mediante aviso escrito, enviado a la otra con sesenta días de antelación a la fecha de término.

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

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

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

**PERSONERIAS:** La facultad y personería del Director (s) del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, D. Juan Carlos González Araya para celebrar convenios están contenidas en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1/2055, que fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y los Decretos Supremos N° 140/2004 y N° 296/2016, ambos del Ministerio de Salud. La facultad del Sr. Alcalde de la Ilustre Municipalidad de Quintero, D. Mauricio Carrasco Pardo, consta en Sentencia de proclamación N° 2467-2016 del Tribunal electoral del Valparaíso de fecha 01/12/2016.



**D. MAURICIO CARRASCO PARDO**  
ALCALDE

**I. MUNICIPALIDAD DE QUINTERO**

DR.JRV/EU,FOJ/CA.GFT/esm



**D. JUAN CARLOS GONZALEZ ARAYA**  
DIRECTOR (S)

**SERVICIO SALUD VIÑA DEL MAR -  
QUILLOTA**

## ANEXO 1

## CANASTA VALORIZADA DE PRESTACIONES 2016

## SECCION HEMATOLOGIA

CODIGO	DESCRIPCION PRESTACION	PRECIO 2017 NIVEL 1
03-01-014	TEST DE COOMBS DIRECTO	\$940
03-01-015	TEST DE COOMBS INDIRECTO	\$ 1690
03-01-034	GRUPO SANGUINEO ABO	\$ 1910
03-01-069	FORMULA DIFERENCIAL	\$ 1450
03-01-036	HEMATOCRITO (PROC. AUTOM.)	\$ 530
03-01-038	HEMOGLOBINA (PROC. AUTOM.)	\$ 530
03-01-064	RECUESTO ERITROCITOS (PROC. AUTOM.)	\$ 530
03-01-065	RECUESTO LEUCOCITOS (PROC. AUTOM.)	\$ 530
03-01-000	PARAMETROS HEMATOLOGICOS (No incluye VHS)	\$4510
03-01-067	RECUESTO PLAQUETAS ABSOLUTO	\$ 940
03-01-086	VELOCIDAD DE SEDIMENTACION	\$ 440
03-01-068	RECUESTO RETICULOCITOS (ABS. / %)	\$ 780
03-01-059	TIEMPO DE PROTROMBINA	\$ 1190
03-01-085	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	\$ 1870
03-01-041	Hemoglobina glicosilada	\$3610
<b>Nota:</b> El examen Parámetros Hematológicos agrupa códigos FONASA 0301036, 0301038, 0301064, 0301065, 0301069, 0301067.		

## SECCION QUIMICA CLINICA

CODIGO	DESCRIPCION PRESTACION	PRECIO 2017 NIVEL 1
0302060	Proteínas totales o albúminas, c/u, en sangre	1.160
03-02-008	AMILASA EN SANGRE	1.900
03-05-008	ANTIESTREPTOLISINA O (LATEX)	\$ 3730
03-02-013	BILIRRUBINA TOTAL Y DIRECTA	\$ 1190
03-02-015	CALCIO	\$ 1070

03-02-025	Creatinquinasa CK - MB miocárdica	3.810
03-02-026	Creatinquinasa CK - total	2.890
03-02-027	Troponina	7.630
03-02-024	CREATININA DEPURACION DE	\$2340
03-02-067	COLESTEROL TOTAL	\$ 1090
03-02-068	COLESTEROL HDL	\$ 1600
03-02-023	CREATININA	\$ 1040
0309010	CREATINURIA ALEATORIA	1.190
03-03-032	Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u	\$960
03-05-019	FACTOR REUMATOIDE (LATEX)	\$ 2120
03-02-040	FOSFATASAS ALCALINAS TOTALES	\$ 1070
03-02-042	FOSFORO	\$ 1400
03-02-045	GAMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA	\$ 1840
03-02-047	GLUCOSA	\$1020
03-02-030	DESHIDROGENASA LACTICA TOTAL	\$ 1770
0309013	MICROALBUMINURIA CUANTITATIVA	\$2330
0306069	MONOTEST	4.500
0302075	PERFIL BIOQUIMICO	6.700
03-02-076	Perfil Hepático (incluye bilirrubina total y conjugada, fosfatasa alcalinas totales, GGT, transaminasas GOT/AST y GPT/ALT, no incluye tiempo de protrombina.)	\$ 8310
03-02-034	Perfil lipídico	\$ 4960
03-05-031	PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA	\$ 4820
0309028	PROTEINURIA	1.370
03-02-063	TRANSAMINASAS (SGOT-SGPT)	\$ 1520
03-02-048	Glucosa, Prueba de Tolerancia a la Glucosa Oral (PTGO), (No incluye glucosa)	\$ 4760
03-02-064	TRIGLICERIDOS	\$ 1410
03-02-057	NITROGENO UREICO / UREA	\$ 1030
03-02-005	URICEMIA	\$ 1250
03-03-024	HORMONA TIROESTIMULANTE ( TSH)	\$ 3610
03-03-026	TIROXINA LIBRE ( T4L)	\$ 4140

## SECCION MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

CODIGO	DESCRIPCION PRESTACION	PRECIO 2017 NIVEL 1
03-09-024	ORINA SEDIMENTO	\$ 850
03-09-022	ORINA COMPLETA (COD. 0309024, 0309023)	\$ 1470
03-09-028	PROTEINA CUANTITATIVA	\$ 1370
03-09-014	EMBARAZO DETECCION DE	\$ 2010
03-09-016	GLUCOSA EN ORINA	\$ 1030
03-06-011	UROCULTIVO CORRIENTE	\$ 2880
03-06-008	CULTIVO CORRIENTE	\$ 2730
03-06-026	ANTIBIOGRAMA CORRIENTE	\$ 2200
0308044	FLUJO VAGINAL	6.390
03-06-002	BACILOSCOPIA DE ZIEHL NIELSEN	\$ 1370
03-06-005	TINCION DE GRAM	\$ 530
03-06-038	R.P.R.	\$ 2070
03-06-004	EXAMEN DIRECTO A FRESCO	\$ 1190
03-06-007	COPROCULTIVO	\$ 3300
03-06-056	ACAROTEST	\$ 3170
03-06-059	COPROPARASITOLOGICO SIMPLE	\$ 3150
03-06-051	GRAHAM EXAMEN DE	\$ 1670
03-08-004	HEMORRAGIAS OCULTAS	\$ 940
03-08-005	LEUCOCITOS FECALES	\$ 940
0306016	Neisseria gonorrhoeae ( gonococo)	\$ 2.360
0306016	Cultivo para levaduras	\$2130
	Adeno-rotavirus ( incluye código 0306070 y 0306170)	\$4.070
0306008	Búsqueda streptococcus grupo B	\$2.730

ANEXO 2

FORMULARIOS DE SOLICITUD DE EXAMENES



Hospital de Guimaraes  
Unidad de Laboratorio Clínico  
Avenida Tavera 300  
Telefono (32) 287 89 24

SOLICITUD ÚNICA DE EXÁMENES

R.U.T.:  Fecha:  Hora:

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

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

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

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

NOMBRE:

HEMATOLOGÍA		
0301000 (75)	<input type="checkbox"/>	PERFIL HEMATOLOGICO (LAV)
0301085 (410)	<input type="checkbox"/>	VHS / ESR (NEG)
0301043 (30)	<input type="checkbox"/>	FORMULA DIFERENCIAL (LAV)
0301068 (400)	<input type="checkbox"/>	RECuento RETICULOCITOS (LAV)
0301063 (30)	<input type="checkbox"/>	RECuento EOSINOFILOS ABS. / % (LAV)
0301059 (300)	<input type="checkbox"/>	TIEMPO PROTROMBINA / INR (CEL)
0301083 (310)	<input type="checkbox"/>	APTT (CEL)
0301034 (556)	<input type="checkbox"/>	CLASIFICACION SANGUINEA (LAV)
0301014 (557)	<input type="checkbox"/>	COOMBS DIRECTO (LAV)
0301013 (558)	<input type="checkbox"/>	COOMBS INDIRECTO (LAV)
0301041 (514)	<input type="checkbox"/>	HEMOGLOBINA GLICOSILADA (LAV)

PARASITOLOGÍA		
0306048 (P52)	<input type="checkbox"/>	COPROPARASITOLÓGICO SERIADO (P50)
0306024 (P55)	<input type="checkbox"/>	TEST DE GRAHAM (TGR)
0306004 (P56)	<input type="checkbox"/>	HEMORRAGIAS OCULTAS (HEM)
0306005 (P58)	<input type="checkbox"/>	LEUCOCITOS FECALES (DEP)
0306070 (P57)	<input type="checkbox"/>	ROTAVIRUS (DEP)

MICROBIOLOGÍA		
0306014 (24)	<input type="checkbox"/>	SEDIMENTO ORINA (LRC)
0306021 (25)	<input type="checkbox"/>	ORINA COMPLETA (LRC)
0306011 (420)	<input type="checkbox"/>	URO CULTIVO SIMPLE (LRC)
0306008 (M14)	<input type="checkbox"/>	CULTIVO CORRIENTE (TAZ)
0306026 (M14)	<input type="checkbox"/>	ANTIBIOGRAMA CORRIENTE
0306004 (M19)	<input type="checkbox"/>	FLUIDO VAGINAL (DIRECTO & CULT.) (TAZ)
0306005 (M01)	<input type="checkbox"/>	TENCIÓN DE GRAM (TAZ)
0306008 (M03)	<input type="checkbox"/>	COPRO CULTIVO CORRIENTE (COP)
0306002 (M00)	<input type="checkbox"/>	BACILOGRAFIA MUESTRA #1 (***) (BCK)
0306003 (M01)	<input type="checkbox"/>	BACILOGRAFIA MUESTRA #2 (***) (BCK)
0306005 (M00)	<input type="checkbox"/>	GONOSCOPIA (TAM)
0306035 (S002)	<input type="checkbox"/>	PPR / VDRL (***) (RO)
0306039 (M90)	<input type="checkbox"/>	AGLUTININAS TÍPICAS (RO)

VERIFICACIÓN DE CRISTALINIDAD

PESO (G):

TALLA (CM):

SITIO ANATOMICO:

IDENTIFICACION OPERADOR TOMA DE MUESTRAS

Nombre y Firma del Operador:

QUÍMICA CLÍNICA		
0302047 (1100)	<input type="checkbox"/>	GLUCOSA EN AYUNAS (VER)
0302047 (1440)	<input type="checkbox"/>	GLUCOSA POST PRANDIAL (VER)
0302047 (1450)	<input type="checkbox"/>	GLUCOSA POST ALMUERZO (VER)
0302057 (1115)	<input type="checkbox"/>	UREMIA (VER)
0302057 (1110)	<input type="checkbox"/>	UREMIA / BUN (VER)
0302023 (1130)	<input type="checkbox"/>	CREATININA (VER)
0302019 (1320)	<input type="checkbox"/>	CALDO (VER)
0302042 (1330)	<input type="checkbox"/>	FÓSFORO (VER)
0302005 (1320)	<input type="checkbox"/>	URICEMIA (VER)
0302047 (1260)	<input type="checkbox"/>	COLESTEROL TOTAL (VER)
0302064 (1270)	<input type="checkbox"/>	TRIGLICÉRIDOS (VER)
0302034 (3)	<input type="checkbox"/>	PERFIL LIPÍDICO (VER)
0302063 (1150)	<input type="checkbox"/>	SGOT/AST (VER)
0302063 (1150)	<input type="checkbox"/>	SGPT/ALT (VER)
0302013 (1220)	<input type="checkbox"/>	BILIRRUBINA TOTAL (VER)
0302013 (1230)	<input type="checkbox"/>	BILIRRUBINA DIRECTA (VER)
0302013 (98)	<input type="checkbox"/>	BILIRRUBINEMIA (VER)
0302040 (1140)	<input type="checkbox"/>	FOSFATASA ALCALINA (VER)
0302045 (1210)	<input type="checkbox"/>	GAMA GT (VER)
0302076 (2)	<input type="checkbox"/>	PERFIL HEPÁTICO (VER)
0302060 (1170)	<input type="checkbox"/>	PROTEÍNAS TOTALES (VER)
0302060 (1180)	<input type="checkbox"/>	ALBUMINA (VER)
0302059 (1500)	<input type="checkbox"/>	ÍNDICE A/G (VER)
0302024 (8)	<input type="checkbox"/>	CLEARANCE CREATININA (VER)
0302040 (11)	<input type="checkbox"/>	TEST TOLERANCIA GLUCOSA (GRS)
0302035 (1770)	<input type="checkbox"/>	PROTEÍNA C REACTIVA (FTR)
0302036 (1490)	<input type="checkbox"/>	AMPLASA EN SANGRE (VER)
0302020 (4110)	<input type="checkbox"/>	FACTOR REUMATOIDE (VER)
0302006 (4100)	<input type="checkbox"/>	ANTISTREPTOLISINA O (VER)
0302014 (3450)	<input type="checkbox"/>	TEST EMBAZADO ORINA (VER)
0302013 (98)	<input type="checkbox"/>	BILIRRUBINA RN (GASB)
0302036 (1780)	<input type="checkbox"/>	MONO TEST (VER)
0302028 (1760)	<input type="checkbox"/>	PROTEMURIA 24 HORAS (BOT)
0302016 (664)	<input type="checkbox"/>	GLUCOSURIA 24 HORAS (BOT)
0302000 (6610)	<input type="checkbox"/>	URICOSURIA 24 HORAS (BOT)
0302012 (33)	<input type="checkbox"/>	ELECTROLITOS ORINA 24 HORAS (BOT)
030202 (15)	<input type="checkbox"/>	ELECTROLITOS EN SANGRE (VER)
0302026 (1460)	<input type="checkbox"/>	CK TOTAL (VER)
0302025 (1470)	<input type="checkbox"/>	CK MB (VER)
0302030 (1250)	<input type="checkbox"/>	LDH EN SANGRE (VER)
0302025 (1751)	<input type="checkbox"/>	PROTEMURIA ALEATORIA (FTR)
0302010 (1565)	<input type="checkbox"/>	CREATINURIA ALEATORIA (FTR)
0302013 (1591)	<input type="checkbox"/>	MICROALBUMINURIA 24 HORAS (FTR)
0302075 (1)	<input type="checkbox"/>	PERFIL BIOQUÍMICO (VER)
0302024 (1120)	<input type="checkbox"/>	TSH (VER)
0302026 (1130)	<input type="checkbox"/>	T4 FRACCIÓN LIBRE (VER)
0302017 (1210)	<input type="checkbox"/>	INSULINA BASAL (VER)
0302031 (16)	<input type="checkbox"/>	CURVA INSULINA (VER)
0302014 (1200)	<input type="checkbox"/>	BETA HCG CUANTITATIVA (VER)
0302046 (21)	<input type="checkbox"/>	GASES ARTERIALES (SYR)
0302046 (22)	<input type="checkbox"/>	GASES VENOSOS (SYR)

COMIDAS TUBOS		
0301000 (75)	<input type="checkbox"/>	PERFIL HEMATOLOGICO (LAV)
0301085 (410)	<input type="checkbox"/>	VHS / ESR (NEG)
0301043 (30)	<input type="checkbox"/>	FORMULA DIFERENCIAL (LAV)
0301068 (400)	<input type="checkbox"/>	RECuento RETICULOCITOS (LAV)
0301063 (30)	<input type="checkbox"/>	RECuento EOSINOFILOS ABS. / % (LAV)
0301059 (300)	<input type="checkbox"/>	TIEMPO PROTROMBINA / INR (CEL)
0301083 (310)	<input type="checkbox"/>	APTT (CEL)
0301034 (556)	<input type="checkbox"/>	CLASIFICACION SANGUINEA (LAV)
0301014 (557)	<input type="checkbox"/>	COOMBS DIRECTO (LAV)
0301013 (558)	<input type="checkbox"/>	COOMBS INDIRECTO (LAV)
0301041 (514)	<input type="checkbox"/>	HEMOGLOBINA GLICOSILADA (LAV)

IDENTIFICACION OPERADOR TOMA DE MUESTRAS

Nombre y Firma del Facultativo:





Hospital de Gobierno  
 Unidad de Laboratorio Clínico  
 Avda. Luis Tadeo 380  
 Teléfono (02) 287 89 24

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

R.U.T.:  FECHA SOLICITUD:

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

NRO. FICHA:  F. NACIMIENTO:

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

DOMICILIO:

TEL. CONTACTO:

NOMBRE COMPLETO:

**GRUPOS DE PESQUISA**

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

**SEROLOGIA ANTERIOR**

NO TIENE  REACTIVA  NO REACTIVA

*Identificación Operador Toma de Muestras*  *Nombre y Firma del Facultativo*

ULC-PPA-031-POE-302-V01-F-001