



Honorable Concejo Deliberante

DE
HUINCA RENANCO
DPTO. GENERAL ROCA - PROV. DE CORDOBA

VISTO:

El Proyecto de Ordenanza: "autorización firma Convenio con Hospital Zonal por Servicio de Anestesia", elevado por el D.E.M.;

Y CONSIDERANDO:

Que mediante este convenio la Municipalidad se compromete a subsidiar el servicio de anestesia, en un promedio de cinco (5) intervenciones quirúrgicas mensuales, que totalizan un máximo de sesenta (60) intervenciones anuales.-

Que de este modo, la Municipalidad ante la falta de un médico anestesista en el plantel del Hospital Zonal, realizará un importante aporte económico para el pago de los honorarios profesionales, correspondientes al servicio de anestesia, en pacientes que por falta de cobertura social y recursos no estén en condiciones de afrontar el pago de dicho servicio, afectado a cada intervención quirúrgica.-

POR ELLO:

HONORABLE CONCEJO DELIBERANTE DE HUINCA RENANCO

SANCIONA CON FUERZA DE ORDENANZA

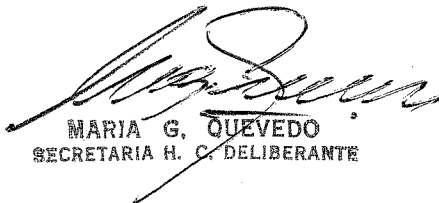
Art.1°).- AUTORIZASE al DEPARTAMENTO EJECUTIVO MUNICIPAL de Huinca Renanco a SUSCRIBIR CONVENIO DE PARTES con la Dirección del Hospital Provincial Zonal Huinca Renanco por el cual el Municipio otorga un subsidio mensual en concepto de honorarios por servicio de anestesista en operaciones quirúrgicas.-

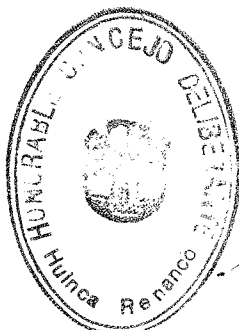
Art.2°).- Las especificaciones concretas del acuerdo se encuentran contenidas en el Convenio de Partes que figura como Anexo I de la / presente Ordenanza.-

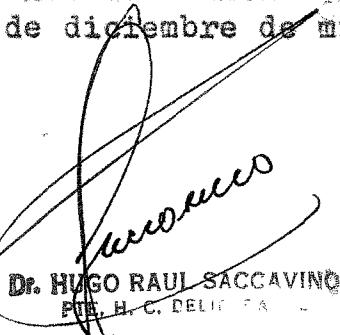
Art.3°).- La erogación se imputará a la Partida Presupuestaria MEDICAMENTOS Y AYUDA A POBRES I-3-V-2-1, del Presupuesto de Gastos vigentes.-

Art.4°).- Comuníquese, publíquese, dése al Registro Municipal y archívese.-

DADO en Sala del Honorable Concejo Deliberante de Huinca Renanco, en // sesión extraordinaria de fecha veintiocho de diciembre de mil novecientos noventa y dos


MARIA G. QUEVEDO
SECRETARIA H. C. DELIBERANTE




Dr. HUGO RAUL SACCAVINO
PTE. H. C. DELIB. CA



Municipalidad de Huinca Renancó

Departamento General Roca
Tel. 0336 - 2410-2610 - Pcia. de Córdoba

CONVENIO DE PARTES

Entre la Municipalidad de Huinca Renancó, representada en este acto por el Intendente Municipal Dr. Aldo Enrique Bazar por una parte; y por la otra el Hospital Provincial Zonal de Huinca Renancó, representado por su Director Dr. Carlos Alberto Pérez Luzuriaga; a todos los efectos legales y administrativos que correspondan convienen celebrar el siguiente acuerdo:

PRIMERO: En los casos de personas que no tengan cobertura de una Obra Social y que las mismas, sus familiares directos y/o de quienes dependen económicamente, carezcan de recursos suficientes, y que deban ser sometidos a intervenciones quirúrgicas en el Hospital Provincial Zonal de Huinca Renancó; la Municipalidad otorgará al referido Hospital un subsidio consistente en la suma de CIENTO PESOS (\$ 100,00) destinados exclusivamente al pago de los honorarios profesionales de un médico anestesiólogo que intervenga en cada operación y por persona.-----

SEGUNDO: Se deja expresamente establecido que la Municipalidad solamente abonará el subsidio indicado en el punto anterior, hasta un máximo de sesenta (60) operaciones anuales.-----

TERCERO: El Director del Hospital deberá dentro de un plazo máximo de 24 (veinticuatro) horas de realizada la operación, comunicarlo a la Municipalidad, mediante la respectiva documentación, si el día fuere inhábil la comunicación se efectuará el inmediato día hábil posterior.-----

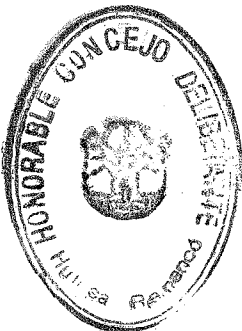
CUARTO: Los pagos de los subsidios se efectuarán únicamente cuando obren en poder de la Municipalidad las comunicaciones indicadas en el punto anterior, y se abonará por Tesorería-Contaduría de la Municipalidad previos los trámites administrativos pertinentes. Se efectivizará por cada mes, en el mes inmediato posterior entre los días 1º y 5.-----

QUINTO: El Director del Hospital asume la responsabilidad de que las personas que sean intervenidas quirúrgicamente estén encuadradas en las condiciones que se establecen en el punto Primero. Por su parte la Municipalidad se reserva el derecho de constatar la situación socioeconómica de esas personas, pudiendo denegar el otorgamiento del subsidio mediante resolución debidamente fundada.-----

SEXTO: El presente Convenio tendrá vigencia por el término prorrogable de doce (12) meses, a partir del 1º de enero y hasta el 31 de diciembre del año 1993.-----

SEPTIMO: Las partes podrán rescindir el presente acuerdo por incumplimiento de alguna de las cláusulas previa comunicación fehaciente, asimismo podrán disolverlo de común y mutuo consentimiento.-----

Previa lectura y ratificación del contenido del presente, y en prueba de conformidad se firman tres (3) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en Huinca Renancó, Departamento General Roca de la Provincia de Córdoba, a los días del mes de diciembre del año mil novecientos noventa y dos.-----





Municipalidad de Huinca Renancó

MODELO DE DECRETO

Departamento General Roca
Tel. 0336 - 2410 - 2610 - Pcia. de Córdoba

DEPARTAMENTO EJECUTIVO Huinca Renancó, de de 199 .-

VISTO:

Las comunicaciones efectuadas por la Dirección del Hospital Provincial Zonal de Huinca Renancó por las que solicita se conceda un subsidio destinado al pago de los honorarios profesionales de un médico anestesista que intervino en las operaciones quirúrgicas realizadas en dicho Hospital durante el mes de del año 199; en virtud del Convenio existente entre el referido Hospital y esta Municipalidad; y

CONSIDERANDO:

I - Que las personas a quienes se les practicó cirugía en el Hospital Provincial Zonal de Huinca Renancó, resultan carentes de recursos económicos ni están protegidas por ninguna Obra Social que les permita satisfacer el pago de los honorarios de un profesional anestesista que debe participar en la operación; y por tales circunstancias se encuentran incluidas en las disposiciones de , donde se establece que el Municipio en casos concretos debe acudir en el auxilio de tales enfermos mediante el otorgamiento de un subsidio consistente en la suma de Cien Pesos (\$ 100,00) por cada cirugía y por enfermo.-

II - Que las personas intervenidas quirúrgicamente en el referido Hospital y en las que participó como médico anestesista el Dr. , son las que se detallan a continuación, con indicación de las fechas de cada operación:

- 1) el día: / / 1993.-
2) el día: / / 1993.-
3) el día: / / 1993.-
4) el día: / / 1993.-
5) el día: / / 1993.-

III - Que de lo expuesto surge que por las operaciones efectuadas corresponde el pago de la suma de Pesos (\$), la que con carácter de subsidio se abonará a la Dirección del Hospital Zonal Huinca Renancó, con destino a los honorarios profesionales del médico anestesista interviniente.-

POR ELLO y en uso de sus atribuciones

EL INTENDENTE MUNICIPAL DE HUINCA RENANCO

DECRETA

Art.1º).- OTORGAR con carácter de subsidio la suma de PESOS (\$) a la Dirección del Hospital Provincial Zonal // Huinca Renancó, con destino al pago de los honorarios profesionales como anestesista al Dr. por su intervención en operaciones

//////////



Municipalidad de Huinca Renancó

Departamento General Roca
Tel. 0336 - 2410 - 2610 - Pcia. de Córdoba

////////-2- MODELO DE DECRETO

quirúrgicas realizadas a los enfermos: _ _ _ _ _

Art.2º).- Por Tesorería-Contaduría Municipal LIBRESE la correspondiente Orden de pago con imputación a la Partida Presupuestaria _ _ _ _ _

Art.3º).- Comuníquese, publíquese, dése al Registro Municipal y archívese.-

DECRETO N° _ /93.-

Al Sr. Intendente Municipal
Dr. Aldo Enrique Bazar
S/D - HUINCA RENANCO.-

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. en mi carácter de Director del Hospital Provincial Zonal Huinca Renancó con el objeto de comunicarle los antecedentes de una operación quirúrgica efectuada en este Hospital, de la que resultando el enfermo carente de recursos económicos y no estar amparado por ning una Obra Social, se solicita el pago de un subsidio por la suma de Pesos Cien (\$ 100.-), destinados a los honorarios profesionales del anestésista, según lo establecido en _____

Datos del Enfermo:

Apellido y Nombres _____ Edad _____ años.

D.N.I. - L.E. - L.C. No: _____ Estado Civil: _____
(tachar lo que no corresponda)

Domicilio _____

Ocupación u Oficio: _____

Apellido y Nombres del Cónyuge: _____

Ocupación u Oficio: _____

Apellido y Nombres del Padre: _____

Ocupación u Oficio: _____

Apellido y Nombres de la Madre: _____

Ocupación u Oficio: _____

OBSERVACIONES: (Consignar todo otro antecedente de interés) _____

DATOS DE LA OPERACION:

Solicitada por el DR: _____

Diagnóstico: _____

Cirujano Interviniente: DR. _____

Anestésista: DR. _____

Cirugía realizada en el día: _____ del mes de: _____ de 199

Sello del Hospital

Firma y Sello del Médico Director

MUNICIPALIDAD DE HUINCA RENANCO- Por recibida el día: _____ / _____ - Hora: _____

Sello Municipalidad

Firma y sello del receptor

Confeccionar por duplicado en letra tipo imprenta o a máquina