

PODER LEGISLATIVO



PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO,
ANTÁRTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO

SUR

LEGISLADORES

Nº **101**

PERÍODO LEGISLATIVO

1999

EXTRACTO P.E.P. NOTA Nº 119/99 Adjuntando Decreto provincial 559/99 que ratifica Convenio 3872 suscripto con el proyecto PNUD ARG 97 s/ revisiones médicas de beneficiarios en los cursos de capacitación y pasantías organizados por el proyecto, para su aprobación.

Entró en la Sesión

06/05/1999

Girado a la Comisión

Resolución 072/99

Nº:

Orden del día Nº:



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

PODER LEGISLATIVO
PRESIDENCIA
Asunto P. E.
N° 046
22-4-99
HCRA: 11.30
FIRMA: 0

PODER LEGISLATIVO
SECRETARIA LEGISLATIVA
26-4-99
MESA DE ENTRADA
N° 101 Hs. 12¹⁵ FIRMA: [Firma]

NOTA N° 119
GOB.



USHUAIA, 21 ABR. 1999

SEÑORA VICEPRESIDENTE 1°:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., en mi carácter de Gobernador de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, con el objeto de elevarle fotocopia autenticada del Convenio suscripto entre el Ministerio de Salud y Acción Social de la Provincia de Tierra del Fuego y el Proyecto PNUD ARG 97/041, del programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, registrado bajo el N° 3872, ratificado por el decreto N° 559/99, a los efectos establecidos en los artículos 105° inc. 7° y 135° inc. 1° de la Constitución Provincial.-

Sin otro particular, saludo a la señora Vicepresidenta 1°, con atenta y distinguida consideración.-

AGREGADO:
lo indicado
en el texto

[Firma]

[Firma]

JOSE ARTURO ESTABILLO
GOBERNADOR

A LA SEÑORA VICEPRESIDENTE 1°
DE LA LEGISLATURA PROVINCIAL
Dña. Marcela OYARZUN
S/D.-



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

USHUAIA, 19 ABR. 1999

VISTO el Expediente Nº 1771/99 del registro de esta
Gobernación; y

CONSIDERANDO:

Que mediante el mismo tramita el Convenio, suscripto
entre el Proyecto PNUD ARG 97/041, del Programa de las Naciones
Unidas para el Desarrollo y el Ministerio de Salud y Acción
Social de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del
Atlántico Sur, en relación a la prestación de servicios de exáme-
nes médicos para beneficiarios del proyecto joven.

Que el mencionado Convenio se suscribió con fecha
veinticinco (25) de enero de 1999 y se encuentra registrado bajo
el Nº 3872.

Que resulta necesaria su ratificación.

Que el suscripto se encuentra facultado para dictar el
presente acto administrativo en virtud de lo dispuesto por el
Artículo 135º de la Constitución Provincial.

Por ello:

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

ARTICULO 1º.- Ratifíquese en sus quince (15) cláusulas el Conve-
nio suscripto con fecha veinticinco (25) de enero de 1999, entre
el Proyecto PNUD ARG 97/041, del Programa de las Naciones Unidas
para el Desarrollo y el Ministerio de Salud y Acción Social de la
Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico
Sur, registrado bajo el Nº 3872, en relación a la prestación de
servicios de exámenes médicos para beneficiarios del proyecto
joven, cuya copia autenticada forma parte integrante del presen-
te.

ARTICULO 2º.- Remítase a la Legislatura Provincial a los efectos
de su aprobación, de acuerdo a lo dispuesto en los Artículos 105º
Inc. 7) y 135º Inc. 1) de la Constitución Provincial.

ARTICULO 3º.- Comuníquese, dése a Boletín Oficial de la Provincia
y archívese.

[559 / 99



DECRETO Nº

Jorge Luis Olivo
MINISTRO DE SALUD
Y ACCION SOCIAL

Jose Arturo Estabillo
GOBERNADOR

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Juan Carlos Garrido
Director General
de Técnica y Despacho

Las Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur, son y serán Argentinas

3872
20 MAR 1996
Geloza

**CONTRATO DE PRESTACIÓN
DE SERVICIOS DE EXÁMENES MÉDICOS
PARA BENEFICIARIOS DEL PROYECTO JOVEN**

Entre la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, representada en este acto por el Dr. Jorge Olivo Ministro de Salud y Acción Social de la Provincia, con domicilio en calle Avda. San Martín N° 450, de la ciudad de Ushuaia, en adelante LA PROVINCIA y el PROYECTO PNUD ARG 97/041, del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, representado en este acto por el Dr. Adolfo Donadini, en su carácter de Director Ejecutivo del Proyecto, con domicilio en calle Av. Leandro N. Alem N°638, Piso 6° (Mesa de Entradas), Capital Federal de la República Argentina, en adelante EL PROYECTO, convienen en celebrar el presente Contrato, sujeto a las siguientes Cláusulas:



CLÁUSULA PRIMERA

Objetivo.

LA PROVINCIA se obliga a la prestación del servicio de **revisaciones médicas** de los interesados en participar en calidad de beneficiarios en los cursos de capacitación y sus correspondientes pasantías organizados por EL PROYECTO, expidiendo los correspondientes certificados según las especificaciones del Artículo N° 10 del Decreto 340/92 del Poder Ejecutivo Nacional, a solicitud del PROYECTO y/o las Instituciones de Capacitación, en adelante las ICAP, encargadas de dictar los mencionados cursos.

CLÁUSULA SEGUNDA

Establecimientos obligados.

El presente acuerdo se cumplirá a través de todos los establecimientos asistenciales dependientes de LA PROVINCIA, que son los que figuran como **Anexo a la Cláusula Segunda** del presente contrato, sean aquellos centralizados, descentralizados o de autogestión, quedando todos ellos obligados a la prestación de los servicios de revisión médica establecidos en la cláusula precedente, según los términos, valores y modalidades estipuladas.

CLÁUSULA TERCERA

Contenidos de la revisión.

La revisión médica aludida en la **Cláusula Primera** del presente Contrato importa un módulo de diagnóstico conformado por exámenes clínicos de consultorio, que se llevarán a cabo sobre la base de la historia clínica normatizada que corre como **Anexo II** como parte integrante del presente contrato. Asimismo se incluyen en la revisión médica los estudios y prácticas complementarias que sean consideradas necesarias para desarrollar el tipo de tareas que cada curso de capacitación y su correspondiente pasantía requiere.

CLÁUSULA CUARTA

Exámenes clínicos incluidos.

Si en un caso individual los médicos intervinientes lo juzgaran imprescindible, podrá indicarse interconsulta o prueba adicional. No obstante, los valores a abonar por EL

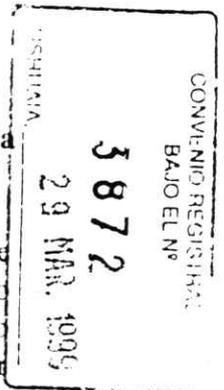
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

JUAN CARLOS GARRIDO
Director General
de Técnico y Despacho

[Handwritten signatures and initials]

PROYECTO en todos los casos serán exclusivamente los indicados en la **Cláusula Quinta** del presente Contrato.

Quando los fines de la capacitación requieran pruebas adicionales para el diagnóstico de enfermedades infectocontagiosas, EL PROYECTO lo hará saber al establecimiento asistencial, a fin de que ellas sean realizadas. Estas pruebas quedarán incluidas dentro de la revisión médica que se contrata, no dando derecho al establecimiento a reclamar pagos suplementarios o adicionales a los previstos taxativamente por la **Cláusula Quinta** del presente convenio.



Gelco

GILBERTO E LAS CASAS
Director de Despacho General
D G T Y C



CLÁUSULA QUINTA

Precio, Honorarios de Personal, Exclusiones.

El PROYECTO abonará a LA PROVINCIA por todo concepto la suma de PESOS NUEVE (\$ 9,00) por la realización de cada una de las revisiones médicas y la emisión de los correspondientes certificados.

En aquellos cursos que lo requieran, EL PROYECTO abonará a LA PROVINCIA, por la realización de las pruebas de vértigo o de alergia, la suma de PESOS DIECIOCHO (\$ 18,00) de acuerdo a los valores fijados por el actual Nomenclador Nacional de Hospitales.

Todos los pagos que haga el Proyecto, en virtud del presente convenio, se efectuarán en pesos, moneda de circulación legal en la República Argentina, con cheques del Banco Nación a favor de:

La Cuenta N°1710316/3 correspondiente al Hospital Regional Ushuaia.

La Cuenta N°37100045/0 correspondiente al Hospital Regional Río Grande.

EL PROYECTO no se hará cargo del pago de ningún otro servicio diagnóstico ni terapéutico que LA PROVINCIA preste a los beneficiarios por su propia decisión o a solicitud de éstos, ni por ningún otro concepto. Las partes dejan establecido que las posibles derivaciones a partir de la detección de patologías no descalificadoras no forman parte de la revisión médica prevista en el presente convenio.

CLÁUSULA SEXTA

Responsabilidad.

EL PROYECTO no será responsable por los eventuales daños acaecidos con motivo o en ocasión de las prestaciones comprometidas por LA PROVINCIA o sus dependientes.

CLÁUSULA SÉPTIMA

Solicitud de turnos.

EL PROYECTO, a través de los Coordinadores de las ICAP deberá solicitar turno para la realización de las revisiones, dirigiéndose para ello al responsable del servicio cuyos datos figuran en la Nota de Aceptación del Hospital, que se incorpora como parte integrante del presente Contrato. Utilizarán para ello el formulario que corre como **Anexo I** del presente convenio.

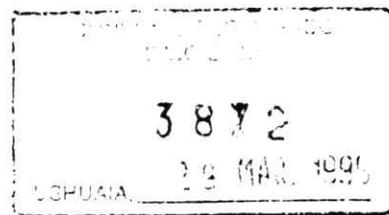
CLÁUSULA OCTAVA

Mecanismo.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

JUAN CARLOS GARRIDO
Director General
de Técnica y Despacho

[Handwritten marks]



CLÁUSULA OCTAVA

Mecanismo.

En fecha establecida, el grupo beneficiarios conformado por la totalidad de los interesados correspondientes a un mismo curso concurrirá al establecimiento asistencial acompañado por un Coordinador de la Institución de Capacitación a la que pertenecerán. Si por causas de fuerza mayor no concurriere la totalidad de los interesados, el establecimiento efectuará las revisiones a los interesados presentes, otorgando un nuevo turno para los ausentes para una fecha no posterior a los cinco (5) días hábiles.

Handwritten signature
HERBERTO E LAS C
Director de Despacho
D G T Y D



CLÁUSULA NOVENA

Visita única al establecimiento asistencial - Plazo de entrega de los certificados.

Copias.

LA PROVINCIA se obliga a realizar la prestación de tal manera que los interesados concurren al Establecimiento Asistencial en una sola oportunidad, debiendo los resultados estar disponibles dentro de los cinco (5) días de efectuada la revisión de los interesados.

Las certificaciones se emitirán por triplicado, utilizando el formulario provisto por EL PROYECTO. Una copia se entregará a la Institución de Capacitación responsable, enviándose el original a las Gerencias de Empleo y Capacitación Laboral del PROYECTO quincenalmente. La otra copia quedará en los archivos del establecimiento asistencial.

CLÁUSULA DÉCIMA

Obligación de los establecimientos de recibir grupos correspondientes a cursos completos.

Los establecimientos asistenciales quedan obligados a efectuar en un mismo día la revisión médica de la totalidad de los interesados pertenecientes a un mismo curso. Ningún curso excederá la cantidad de veinte (20) interesados.

Los establecimientos asistenciales comunicarán al PROYECTO, a pedido de éste, la cantidad de cursos que pueden recibir semanalmente.

CLÁUSULA UNDÉCIMA

Facturación.

LA PROVINCIA a través de los establecimientos asistenciales y/o sus asociaciones cooperadoras elevará quincenalmente a las Gerencias de Empleo y Capacitación Laboral (GEyCL) la factura correspondiente a los servicios, la que deberá estar firmada por la persona autorizada en la **Cláusula Quinta** del presente Contrato. Este envío se acompañará de los certificados emitidos correspondientes a la factura que se eleva. La factura se emitirá a nombre de "PNUD - PROGRAMA ARG 97/041".

CLÁUSULA DUODÉCIMA

Plazo para el pago.

EL PROYECTO controlará las facturas presentadas por LA PROVINCIA o por quien/quienes ellos autoricen en forma, las que deberán cumplir con los requisitos

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

JUAN CARLOS GARRIDO
Director General
de Técnica y Despacho

Handwritten scribbles and marks

exigidos en las **Cláusulas Quinta y Undécima** del presente, caso contrario, las mismas podrán ser devueltas por EL PROYECTO.

Una vez aprobada la factura por EL PROYECTO, se efectuará el pago mediante cheque nominativo no a la orden, a favor de quien/quienes se indica en la **Cláusula Quinta** del presente, en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles a contar desde la aprobación de la factura.

Se establece en forma expresa que los honorarios del personal y todos los demás **gastos** correrán por cuenta de LA PROVINCIA, ello sin perjuicio de que cada establecimiento asistencial y/o asociación cooperadora pueda destinar prioritariamente a iguales fines los importes abonados por EL PROYECTO.

CLÁUSULA DECIMOTERCERA

Formularios: Obligación de entrega y uso obligatorio.

EL PROYECTO se obliga a entregar a los establecimientos asistenciales en los que se realicen los exámenes, los formularios necesarios para asentar los datos clínicos y para la correspondiente certificación en cantidad suficiente como para cubrir los requerimientos de las prestaciones. Tales formularios corren como parte integrante del presente como **Anexos I, II, III**, y son de uso obligatorio para EL PROYECTO, las Instituciones de Capacitación y los profesionales y establecimientos asistenciales intervinientes. Los resultados del examen deberán volcarse en los formularios previstos II y III. La validez de la certificación será acotada por la duración del curso correspondiente y de su pasantía, con un límite máximo de doscientos cuarenta (240) días.

CLÁUSULA DECIMOCUARTA

Duración del Contrato, Prórrogas.

El presente contrato tendrá una vigencia de un (1) año contado a partir de la fecha de su firma. No obstante lo expuesto se considerará automáticamente prorrogado por períodos sucesivos, salvo que cualquiera de las partes manifieste por medio fehaciente su voluntad en contrario con no menos de treinta (30) días de anticipación.

CLÁUSULA DECIMOQUINTA

Resolución de conflictos.

Para el caso de que surgieran disputas entre las partes de este Contrato, y siempre que ellas no fueren resueltas mediante negociación, la parte agraviada podrá solicitar la iniciación de un proceso de arbitraje. Para ello, ambas partes y el árbitro se someterán al siguiente procedimiento:

1. Las partes, de común acuerdo, designarán al árbitro; en caso de no existir acuerdo, cualesquiera de ellas podrá solicitar al Representante Residente del PNUD en la República Argentina que designe el árbitro; esta designación será inapelable.
2. El procedimiento de arbitraje será fijado por el árbitro, en consulta con las partes, y su costo será asumido por ellas, según el orden causado, a decisión inapelable del árbitro.
3. El fallo arbitral deberá ser fundado, en primer término, en las disposiciones del presente Contrato y contemplar las posiciones de cada una de las partes como así también los elementos de prueba aportados.

3872
29 MAR 1009



[Handwritten signatures and initials]

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

JUAN CARLOS GARRIDO
Director General
de Técnica y Despacho

4. El laudo arbitral será definitivo y de cumplimiento obligatorio y su ejecución podrá solicitarse al Tribunal de la Jurisdicción Competente.
5. Las partes podrán solicitar el arbitraje durante la ejecución o en un plazo de hasta seis (6) meses, contados a partir de la finalización de la ejecución del Contrato; pasado ese lapso se dará por vencido el plazo de prescripción y caducos todos los derechos emergentes del Contrato.
6. En todos los aspectos no contemplados en la presente cláusula, el arbitraje se registrará por el "Reglamento de Arbitraje de la CNUDMI" (Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil Internacional) aprobado por Resolución N° 31/98 de la Asamblea General del 15 de Diciembre de 1976.

JSHUANA
 29 MAR 1999
 3872

Gilberto

Seguidamente y en prueba de su conformidad se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la ciudad de *Usulután*, a los *25* días del mes de *ENERO* de año *1999*

GILBERTO E LAS CASAS
 Director de Despacho General



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

ADOLFO DONADINI
 DIRECTOR EJECUTIVO
 PROGRAMA DE APOYO A LA PRODUCTIVIDAD
 Y EMPLEABILIDAD DE JOVENES/SUB PROGRAMA
 DE CAPACITACION Y ORIENTACION LABORAL

[Handwritten signature]

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

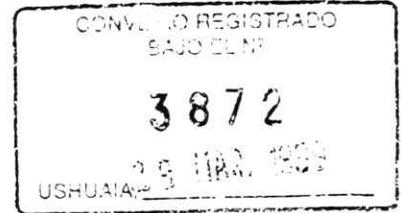
JUAN CARLOS GARRIDO
 Director General
 de Técnica y Despacho

ANEXO DE LA CLÁUSULA SEGUNDA

Establecimientos Asistenciales y/o Centros de Salud dependientes de EL MINISTERIO o EL MUNICIPIO.

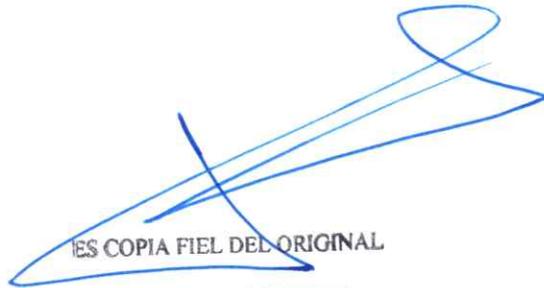
Hospital Regional Ushuaia:

- Centro Asistencial N° 1 Ushuaia.
- Centro Asistencial N° 2 Ushuaia.
- Centro Asistencial N° 3 Ushuaia.
- Centro Asistencial N° 4 Ushuaia.
- Centro Asistencial N° 5 Ushuaia.
- Centro Asistencial N° 6 Ushuaia.



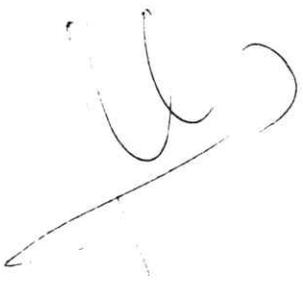
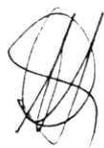
Hospital Regional Río Grande:

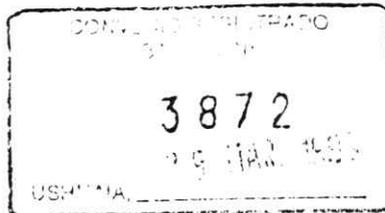
- Centro Asistencial N° 1 Río Grande.
- Centro Asistencial N° 2 Río Grande.
- Centro Asistencial N° 3 Río Grande.
- Centro Asistencial N° 5 Río Grande.



JUAN CARLOS GARRIDO
Director General
de Técnica y Despacho

Centro Asistencial Tolhuin.





**REVISACIONES MÉDICAS
Notificación**

García

JUAN CARLOS GARRIDO
Director de Despacho General

.....1998



Señores:



De nuestra mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Usted a fin de solicitarle se sirva disponer lo necesario para realizar las revisiones médicas de los interesados en participar en los cursos de capacitación y sus correspondientes pasantías que organiza PROYECTO JOVEN (Programa de Apoyo a la Reconversión Productiva), de acuerdo a lo estipulado en las Cláusulas Séptima, Octava, Novena y Décima del Contrato de Prestación de Servicios de Exámenes Médicos para Beneficiarios del Proyecto Joven, utilizando a tal efecto, los formularios normalizados que forman parte integrante del mencionado Contrato.

Sin otro particular que agradecerles desde ya su colaboración con el Proyecto, saludamos a Ustedes muy atentamente.

Firma

Se acompaña por duplicado la siguiente documentación:

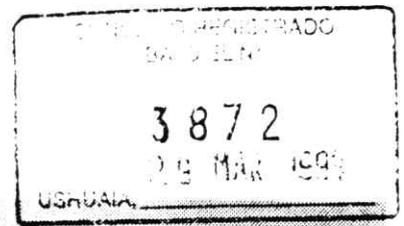
- ▲ Nota de Aceptación
- ▲ Síntesis de las Condiciones Generales del Contrato de Prestación de Servicios de Exámenes Médicos para beneficiarios del Proyecto Joven.
- ▲ Anexo I: Pedido de turno
- ▲ Anexo II: Historia Clínica Normalizada
- ▲ Anexo III: Certificación

[Handwritten scribbles and initials]

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

[Signature]

JUAN CARLOS GARRIDO
Director General
de Técnica y Despacho



NOTIFICACIÓN
REVISACIONES MÉDICAS
Síntesis de Condiciones Generales

Gelass
GILBERTO E. LAS CASAS
Director de Despacho General
D. G. T. V. 2

Las revisiones médicas se llevarán a cabo según las siguientes condiciones:

*La revisión médica importa un módulo de diagnóstico conformado por exámenes clínicos de consultorio, que se llevarán a cabo sobre la base de la Historia Clínica Normalizada que se adjunta como **Anexo II** al Contrato, tal como se expresa en la **Cláusula Tercera** del Contrato de Prestación de Servicios Médicos para Beneficiarios del Proyecto Joven.

* El PROYECTO se obliga a entregar los formularios correspondientes a la historia clínica normalizada, a la certificación y al pedido de turnos en cantidad suficiente como para cubrir los requerimientos de las prestaciones. Estos formularios, que corren como **Anexos I, II y III** y que forman parte integrante del Contrato, son de uso obligatorio para EL PROYECTO, las Instituciones de Capacitación, los profesionales y Establecimientos Asistenciales intervinientes. La validez de la certificación será acotada por la duración del curso correspondiente y de su pasantía, con un límite máximo de doscientos cuarenta (240) días, de acuerdo a lo prescrito en la **Cláusula Decimotercera** del Contrato de Prestación de Servicios Médicos para Beneficiarios del Proyecto Joven.

*Las revisiones médicas de los interesados pertenecientes a un mismo curso se efectuarán preferentemente en un mismo día. Ningún curso excederá la cantidad de veinte (20) interesados. Las revisiones se harán de tal manera que los interesados concurren a ella en una sola oportunidad, debiendo los resultados estar disponibles al concluir la revisión, de acuerdo a lo prescrito en las **Cláusulas Novena y Décima** del Contrato de Prestación de Servicios Médicos para Beneficiarios del Proyecto Joven.

*Cuando los fines de la capacitación se requieran pruebas adicionales, EL PROYECTO lo hará saber al Establecimiento Asistencial, a fin de que ellas sean realizadas. Estas pruebas quedarán incluidas dentro de la revisión médica que se contrata, no dando derecho al establecimiento a reclamar pagos suplementarios o adicionales a los previstos taxativamente por la **Cláusula Quinta** del Contrato de Prestación de Servicios Médicos para Beneficiarios del Proyecto Joven, de acuerdo a lo prescrito en la **Cláusula Cuarta** del citado Contrato.

*El PROYECTO no se hará cargo del pago de ningún otro servicio diagnóstico ni terapéutico que pudiere prestarse a los beneficiarios por su propia decisión o a solicitud de éstos, ni por ningún otro concepto. Las posibles derivaciones a partir de la detección de patologías no forman parte de la revisión médica solicitada, de acuerdo a lo prescrito por la **Cláusula Quinta** del Contrato de Prestación de Servicios Médicos para Beneficiarios del Proyecto Joven.

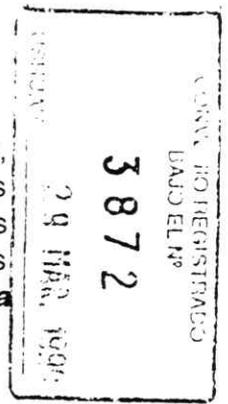


ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

JUAN CARLOS GARRIDO
Director General
de Técnica y Despacho

Handwritten signatures and initials in the bottom left corner.

Si en un caso individual los médicos intervinientes lo juzgaran imprescindible, podría indicarse alguna interconsulta o prueba adicional. No obstante, los valores a abonar por EL PROYECTO en todos los casos serán exclusivamente los indicados por la **Cláusula Quinta** del Contrato de Prestación de Servicios Médicos para Beneficiarios del Proyecto Joven, de acuerdo a lo prescrito en la **Cláusula Cuarta** del citado Contrato.



*Las certificaciones se emitirán por triplicado, utilizando para ello el formulario provisto por EL PROYECTO, que se acompaña como **Anexo III** y es parte integrante del Contrato. Una copia se entregará a la Institución de Capacitación responsable y otra quedará para el establecimiento prestador, archivándose el original en las Gerencias de Empleo y Capacitación Laboral (GEyCL), acompañando a la factura, en concordancia con lo estipulado en la **Cláusula Novena** del Contrato de Prestación de Servicios Médicos para Beneficiarios del Proyecto Joven.



*LA PROVINCIA, EL MUNICIPIO o quien/quienes ellos autoricen, deberán remitir quincenalmente a la Gerencia de Empleo y Capacitación Laboral (GEyCL) la/s factura/s correspondiente/s a los servicios para su cobro.

La/s factura/s deberá/n ser acompañada/s de las certificaciones emitidas por el establecimiento prestador del servicio y firmada por la persona autorizada a tal fin en la **Cláusula Quinta** del Contrato de Prestación de Servicios Médicos para Beneficiarios del Proyecto Joven, en concordancia con lo estipulado en la **Cláusula Novena** del citado Contrato.

*La Gerencia de Empleo y Capacitación Laboral (GEyCL), una vez aprobada la factura presentada efectuará el pago en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles, a contar desde su aprobación, de acuerdo a lo estipulado por la **Cláusula Duodécima** del Contrato de Prestación de Servicios Médicos para Beneficiarios del Proyecto Joven.

*El PROYECTO abonará por todo concepto la suma de NUEVE PESOS (\$ 9,00) por la realización de cada una de las las revisiones médicas y la emisión de las correspondientes certificaciones, en concordancia a lo prescrito en la **Cláusula Quinta** del Contrato de Prestación de Servicios Médicos para Beneficiarios del Proyecto Joven.

*El pago de las prestaciones se realizará de acuerdo a lo estipulado en la **Cláusula Quinta** del Contrato de Prestación de Servicios Médicos para Beneficiarios del Proyecto Joven, a quien o quienes se encuentren autorizados en forma y a tal fin, en la nota de aceptación.

*Se establece en forma expresa que los honorarios del personal y todos los demás gastos correrán por cuenta del establecimiento o centro de salud prestador de los servicios, sin perjuicio de que se destinen prioritariamente a iguales fines los importes abonados por EL PROYECTO, de acuerdo a lo prescrito en la **Cláusula Quinta** del Contrato de Prestación de Servicios Médicos para Beneficiarios del Proyecto Joven.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
JUAN CARLOS GARRIDO
Director General
de Técnica y Despacho

CONVENIO REGISTRADO
BAJO EL N°
3872
18 MAR 2009
USHUJUA

*EL PROYECTO no será responsable por los eventuales ~~daños ocasionados con~~ motivo o en ocasión de las prestaciones comprometidas, siendo aquellos exclusiva responsabilidad del establecimiento o centro de salud prestador de los servicios y del ESTADO PROVINCIAL O MUNICIPAL o Municipal de cuya jurisdicción dependa el establecimiento, en concordancia con lo estipulado en la **Cláusula Sexta** del Contrato de Prestación de Servicios Médicos para Beneficiarios del Proyecto Joven.

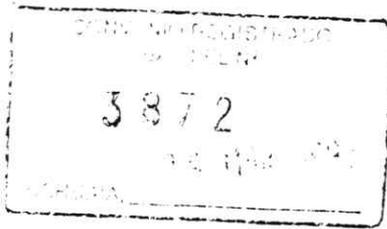
Geico
ALBERTO E LAS CASAS
Director de Despacho General
D G T Y D



[Handwritten scribbles]

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
JUAN CARLOS GARRIDO
Director General
de Técnica y Despacho

[Handwritten signature]



REVISACIONES MÉDICAS
Nota de Aceptación

Selva
DIRECTOR GENERAL
de Asistencia General

de _____ de 1998



Señores

PROYECTO JOVEN

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ustedes en respuesta a la nota de fecha _____

En tal sentido, cúpleme hacerles saber que el Hospital _____ está en condiciones de comenzar a realizar las revisiones médicas de los interesados en participar en los cursos y las correspondientes pasantías organizadas por Proyecto Joven, a partir del día _____, aceptando expresamente las condiciones generales propuestas, cuyas copias firmadas se acompañan a la presente.

A los fines de tales revisiones, las Instituciones de Capacitación (ICAP) deberán solicitar turno, dirigiéndose para ello al responsable del servicio cuyos datos a continuación se detallan:

Por favor, complete
todos los datos

Servicio al que debe dirigirse:

Domicilio:
(indique calle, número, Localidad y Provincia)

Nombre del responsable:

Días de atención a los Beneficiarios/as del Proyecto:

Horario:

Teléfono:

Firma, aclaración y sello

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

JUAN CARLOS GARRIDO
Director General
de Asistencia General

[Handwritten signatures and scribbles]



Curso N°

Centro de Salud:

FORMULARIO A

Solicitud de Revisación Médica

Decreto 340/92 • Artículo 10, Reglamento de Pasantías

ICAP:

Domicilio:

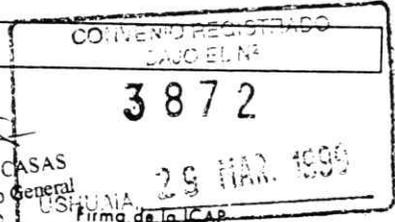
Teléf.:



Señores Centro de Salud

Solicitamos a Uds. nos concedan turno de día y hora para la revisión médica de participantes de nuestro curso de

Duración de la pasantía en semanas Actividades a desarrollar



Gelco
GILBERTO E LAS CASAS
Director de Despacho General
D G T Y D

Señores ICAP

Les ha sido concedido turno de revisión médica de personas para el día a las horas.
de personas para el día a las horas.
de personas para el día a las horas.

Firma y sello del establecimiento



Curso N°

Centro de Salud:

FORMULARIO A

Solicitud de Revisación Médica

Decreto 340/92 • Artículo 10, Reglamento de Pasantías

ICAP:

Domicilio:

Teléf.:

Señores Centro de Salud

Solicitamos a Uds. nos concedan turno de día y hora para la revisión médica de participantes de nuestro curso de

Duración de la pasantía en semanas Actividades a desarrollar

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Firma de la ICAP

Juan Carlos Garrido
JUAN CARLOS GARRIDO
Director General
de Técnica y Despacho

Señores ICAP

Les ha sido concedido turno de revisión médica de personas para el día a las horas.
de personas para el día a las horas.
de personas para el día a las horas.

ANEXO I

Firma y sello del establecimiento



Centro de Salud: _____

ICAP: _____ Curso N°: _____

REVISACION MEDICA

Historia Clinica Normalizada

Decreto 340/92 • Artículo 10, Reglamento de Pasantías



UNA BASE DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO

• DATOS DEL BENEFICIARIO A LLENAR POR LA ICAP

Apellido y nombres del beneficiario _____ N° de D.N.I. _____

Lugar de nacimiento _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad ____

Domicilio actual _____ USHUÑA _____

Nombre del curso _____ Fecha de inicio ____/____/____ Duración de la pasantía en semanas ____

GILBERTO E. LAS CASAS
Director de Despacho General

CONVENIO REGISTRADO
BAJO EL N°
3872
29 MAR 1992

Actividades a desarrollar	MOVILIDAD	POSICION	FUERZA	AUDICION	VISION
Siempre S	Sentado	Equilibrarse	Liviana	Localiz. ruidos	Cercana
Muchas veces MV	De pie	Arrodillarse	Media	Discriminar ruidos	Lejana
Algunas veces AV	Caminar	Agacharse	Pesada	Comunic. Social	Cromática
Nunca N	Subir y bajar	Perm. en cuclillas	Muy Pesada		

DATOS CLINICOS

• A LLENAR POR EL CENTRO DE SALUD SEGUN REFERENCIA DEL BENEFICIARIO

Enfermedades padecidas _____ Vacunaciones: Tétanos, TBC, otras _____

Tratamientos quirúrgicos _____ Hábitos: Fuma sí no Cant. _____ Bebe sí no Cant. _____

Antecedentes gineco-obstétricos:

Fecha de la última menstruación: _____ Cantidad de embarazos: _____ Cantidad de hijos: _____

Otros: _____

Antecedentes familiares: padre, madre, hermanos _____

• EXAMEN SEMIOLOGICO A LLENAR POR EL CENTRO DE SALUD

Aspecto general _____ Talla _____ Peso _____

Psiquismo _____ Impresión _____

Examen buco-dental: Faltan piezas _____ Rinofaringe _____ Mucosa oral _____

Lengua _____ Audición (social) _____ Visión (imp. clínica) _____ Tiroides normal patológ.

Examen cardiovascular: Ingurgitación yugular sí no T.A. máx. mín. _____ Pulso: _____ por minuto _____ Pte/aus _____ Tibial post: _____ pte/aus _____

Auscultación cardíaca: Ritmo ritm. arritm. Ruidos 1° nor. pat. Ruidos 2° nor. pat. Silencios 1° nor. pat. Silencios 2° nor. pat.

Examen pulmonar: Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular normal disminuido abolido Roncus Sibilancias Estertores

Conformación torácica simétrica asimétrica

Abdomen: Conformación general _____ Cicatrices quirúrgicas _____

Higado _____ Bazo _____ Eventraciones _____ Hernias _____

Examen osteo-mio-articular: Miembros superiores _____ Miembros inferiores _____

Columna vertebral: Inspección general _____ Movilidad _____

Examen neurológico: Reflejos _____

Resultado: Sí No Puede iniciar la capacitación Firma del médico y aclaración: _____

Observaciones (al dorso)

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

JUAN CARLOS GARRIDO
Director General de Teletécnicos y Despacho

ANEXO II



Curso N°
Centro de Salud:

REVISACION MEDICA
Resultado de la Revisación
Decreto 340/92 • Artículo 10, Reglamento de Pasantías

Clave n°: _____ Comprobante N° 10501

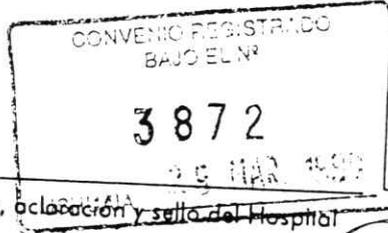
KAP: _____

Curso: _____

Habiéndose efectuado la revisión médica al Sr/Srta/Sra
 D.N.I. N° en el día de la fecha, de acuerdo a la historia clínica normalizada al efecto si no presenta en la actualidad evidencia semiológica que le impida desarrollar las tareas de capacitación propuestas.

RESULTADO:

SI	NO	Puede iniciar la capacitación
----	----	-------------------------------



Conforme ICAP



Lugar y fecha:

Firma del médico, aclaración y sello del Hospital

GILBERTO E. LAS CASAS
 Director de Despacho General
 D G T Y B



Curso N°
Centro de Salud:

REVISACION MEDICA
Resultado de la Revisación
Decreto 340/92 • Artículo 10, Reglamento de Pasantías

Clave n°: _____ Comprobante N° 10501

KAP: _____

Curso: _____

Habiéndose efectuado la revisión médica al Sr/Srta/Sra
 D.N.I. N° en el día de la fecha, de acuerdo a la historia clínica normalizada al efecto si no presenta en la actualidad evidencia semiológica que le impida desarrollar las tareas de capacitación propuestas.

RESULTADO:

SI	NO	Puede iniciar la capacitación
----	----	-------------------------------

Conforme ICAP

Lugar y fecha:

Firma del médico, aclaración y sello del Hospital



Curso N°
Centro de Salud:

REVISACION MEDICA
Resultado de la Revisación
Decreto 340/92 • Artículo 10, Reglamento de Pasantías

Clave n°: _____ Comprobante N° 10501

KAP: _____

Curso: _____

Habiéndose efectuado la revisión médica al Sr/Srta/Sra
 D.N.I. N° en el día de la fecha, de acuerdo a la historia clínica normalizada al efecto si no presenta en la actualidad evidencia semiológica que le impida desarrollar las tareas de capacitación propuestas.

RESULTADO:

SI	NO	Puede iniciar la capacitación
----	----	-------------------------------

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

JUAN CARLOS GARRIDO
 Director General
 de Técnica y Despacho

Conforme ICAP

ANEXO III

Lugar y fecha:

Firma del médico, aclaración y sello del Hospital

Original para la facturación del Centro de Salud

Original para la facturación del Centro de Salud

Original para la facturación del Centro de Salud



Provincia de Tierra del Fuego
Antártida e Islas del Atlántico Sur
REPUBLICA ARGENTINA
PODER LEGISLATIVO

As 101/99

**LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO
ANTÁRTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR**

RESUELVE:

ARTICULO 1º.- Aprobar en todos sus términos el Convenio registrado bajo el N° 3872, sobre prestación del servicio de revisiones médicas de los interesados en participar, en calidad de beneficiarios, en el curso de capacitación y sus correspondientes pasantías organizado por el Proyecto PNUD ARG 97/041 del Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo, celebrado el 25 de enero de 1999, entre el Director Ejecutivo del Proyecto y el Ministro de Salud y Acción Social de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur; ratificado por Decreto provincial N° 559/99.

ARTICULO 2º.- Regístrese, comuníquese y archívese.

PE *AS*
06-5-PE

AS
04/05/99