

PODER LEGISLATIVO



PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO,
ANTÁRTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO
SUR

LEGISLADORES

Nº 235

PERÍODO LEGISLATIVO

1995

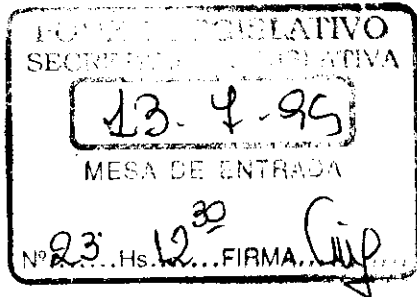
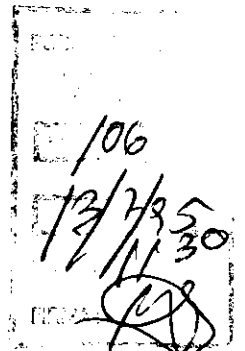
EXTRACTO P.E.P - Nota Nº 147/95 adjuntando Dto. Nº 1191/95 que ratifica Convenio Nº 1991 suscripto con el Representante del Proyecto Argentino 93/024 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, para su aprobación.

Entró en la Sesión 03/08/1995

Girado a la Comisión Dictámen Nº 093/1996
Nº:

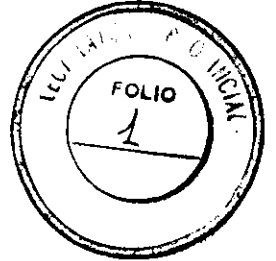
Orden del día Nº: _____

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



NOTA Nº
GOB.

147



USHUAIA, 12 JUL. 1995

SEÑORA VICEPRESIDENTE 1º:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., en mi carácter de Vicegobernador de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur en Ejercicio del Poder Ejecutivo, con el objeto de elevarle fotocopia autenticada del Convenio registrado bajo el Nº 1991, suscripto entre la Provincia y el representante del Proyecto Argentino 93/024 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, ratificado por decreto Nº 1191/95, a los efectos establecidos en los artículos 105º inc. 7º y 135º inc. 1º de la Constitución Provincial.-

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

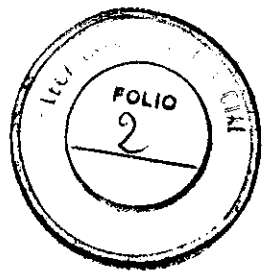
AGREGADO:
lo indicado
en el texto

Handwritten initials and marks.

MIGUEL ANGEL CASTRO
Vicegobernador
En Ejercicio del Poder Ejecutivo

A LA SEÑORA VICEPRESIDENTE 1º
DE LA LEGISLATURA PROVINCIAL
Dña. María Ana JONJIC
S/D.-

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



USHUAIA, 10 JUL. 1995

VISTO el Expediente No 4428/95 del registro de esta Gobernación y

CONSIDERANDO:
Que mediante el mismo se tramita la ratificación del Convenio suscrito entre el representante del Proyecto Argentino 93/024 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.
Que dicho Convenio se encuentra registrado bajo el número 1991 y de acuerdo a la Constitución Provincial deberá remitirse a la Legislatura Provincial a efectos de su aprobación.
Que corresponde dictar el acto administrativo de ratificación del mismo.
Que el suscrito se encuentra facultado para dictar el presente acto administrativo en virtud de lo dispuesto por el artículo 135g de la Constitución Provincial.

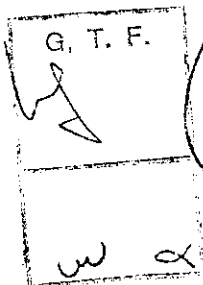
Por ellos

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

DECRETO :

ARTICULO 1º - Ratifíquese en todos sus términos el Convenio suscrito entre el representante del Proyecto Argentino 93/024 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, de fecha 22 de Junio de 1995, registrado bajo el número 1991 y cuya copia autenticada forma parte del presente.
ARTICULO 2º - Remítase el presente a la Legislatura Provincial a efectos de su aprobación, según lo estipulan los artículos 105 inciso 7º, y 135g inciso 1º de la Constitución Provincial.
ARTICULO 3º - Comuníquese, dése al Boletín Oficial de la Provincia y archívese.

DECRETO No 3491/95



CARLOS ALBERTO PEREZ
Ministro de Salud
y Acción Social

JOSE ARTURO ESTABILLO
GOBERNADOR



Ministerio de Economía
y Obras y Servicios Públicos

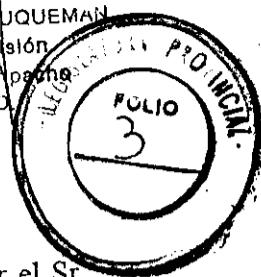
CONVENIO REGISTRADO

BAJO EL N° 1991

USHUAIA, 27 JUN. 1995

USHUAIA,

E. CHEJQUEMAN
Jefe de División
Registro y Depósito
D. T. y D.



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

Entre la PROVINCIA de TIERRA DEL FUEGO, representada en éste acto por el Sr. Carlos Alberto PEREZ, en su carácter de Ministro de Salud y Acción Social, con domicilio en Av. San Martín N° 450, de la ciudad de Ushuaia, en adelante LA PROVINCIA y el Proyecto Arg. 93/024, del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo representado en este acto por su Gerente de Zona Buenos Aires y Patagonia, Lic. Ernesto TOCKER, con domicilio en Hipólito Yrigoyen 250, 10° piso, Oficina. 1001, Capital Federal, en adelante EL PROYECTO, convienen en celebrar el presente Convenio, sujeto a las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA

Objeto:

LA PROVINCIA se obliga a la prestación del servicio de revisiones 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 encargadas de dictar los mencionados cursos.

CLÁUSULA SEGUNDA

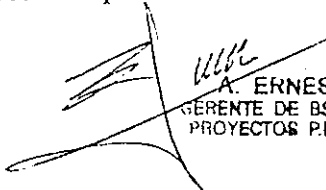
Establecimientos obligados:

El presente acuerdo se cumplirá a través de todos los establecimientos asistenciales dependientes de LA PROVINCIA, 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. Estudios complementarios, criterio para su utilización:

La revisión médica aludida en la cláusula PRIMERA del presente convenio conforma un módulo de diagnóstico que incluye tanto los exámenes clínicos cuanto los estudios y prácticas complementarias que sean consideradas necesarias para emitir la certificación mencionada.

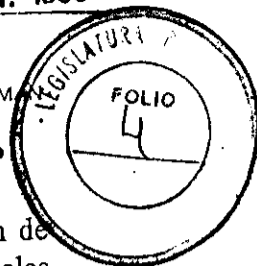

A. ERNESTO TOCKER
GERENTE DE BS. AS. y PATAGONIA
PROYECTOS P.N.U.D. ARG. 93/024



Ministerio de Economía
y Obras y Servicios Públicos

CONVENIO REGISTRADO
BAJO EL N° 1991
USHUAIA, 27 JUN. 1995

J. E. CHEUQUEM
Jefe de División
Registro y Despacho
D. T. y D.



La elección del tipo y naturaleza de los exámenes clínicos al igual que la indicación de realizar prácticas complementarias, queda a juicio exclusivo de los profesionales intervinientes, según las características de cada interesado y según el tipo de tareas a desarrollar durante el curso de capacitación y su correspondiente pasantía.

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 PROYECTO en todos los casos serán exclusivamente los indicados en la cláusula QUINTA del presente convenio.

Cuando los fines de la capacitación requieran pruebas adicionales para el diagnóstico de enfermedades infecto contagiosas, 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.

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.

El pago se hará a través de los establecimientos asistenciales y/o sus asociaciones cooperadoras, según se establezca por aplicación de la cláusula SEPTIMA del presente convenio.

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.

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.

A. ERNESTO TOCKER
GERENTE DE BS. AS. Y PATAGONIA
PROYECTOS P.N.U.D. ARG. 93/02a



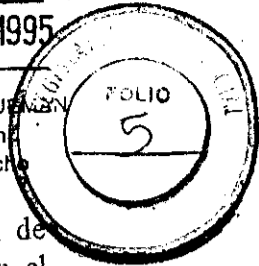
Ministerio de Economía
y Obras y Servicios Públicos

CONVENIO REGISTRADO

BAJO EL N° 1991

USHUAIA, 27 JUN 1995

RICARDO E. CHEUQUIMAN
Jefe de División
Registro y Despacho
D. T. y P.



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.

CLÁUSULA SÉPTIMA

Mecanismo de solicitud de servicios:

EL PROYECTO, a través de sus Responsables de la Unidad Central y/o por sus Oficinas Regionales, presentará ante los establecimientos asistenciales el correspondiente pedido de los servicios contratados, por medio de la NOTA-SOLICITUD del PROYECTO al Hospital, que corre como parte integrante del presente como Anexo IV. Receptada esta NOTA, por el mismo conducto el establecimiento asistencial remitirá en un plazo no mayor de 72 horas la NOTA COMPROMISO del Hospital al PROYECTO, que también corre como parte integrante del presente como Anexo IV. En esta última nota, los responsables de los establecimientos asistenciales determinarán: a) la cantidad de revisiones semanales a realizarse; b) el plazo dentro del cual las ICAP podrán comenzar a solicitar turnos, el cual no podrá ser mayor a diez (10) días calendario a contar de la emisión de la nota; c) la indicación del servicio que otorgará los turnos y efectuará las revisiones, indicando el nombre de su responsable y demás datos de utilidad; d) la indicación de la orden y cuenta a la que se dirigirá el pago de los servicios a prestar, aclarando si es el propio establecimiento o su asociación cooperadora.

La NOTA-SOLICITUD mencionada en la presente cláusula podrá ser presentada alternativamente por las Instituciones de Capacitación (ICAP). En este caso, los establecimientos asistenciales enviarán a través de ellas la NOTA COMPROMISO al PROYECTO.

CLÁUSULA OCTAVA

Solicitud de turnos:

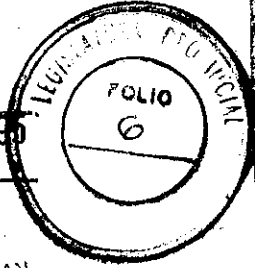
El PROYECTO, a través de los Coordinadores de las Instituciones de Capacitación (ICAP) deberá solicitar turno para la realización de las revisiones al representante del Hospital, utilizando para ello al formulario que corre como Anexo I del presente convenio. Dicho turno deberá ser otorgado para una fecha no posterior a los tres días hábiles de efectuada la solicitud.

A. ERNESTO TOCKER
DIRECCION GENERAL DE BS. AS. Y PATAGONIA
PROYECTOS P.N.U.D. ARG. 93/024



Ministerio de Economía
y Obras y Servicios Públicos

CONVENIO REGISTRADO
BAJO EL N° 1991
USHUAIA, 27 JUN 1995



RICARDO E. CHEUCHEMAN
Jefe de División
Registro y D. T. y U.

CLÁUSULA NOVENA

Mecanismo:

En la fecha establecida, el grupo de 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 pertenezcan. Si por causas de fuerza mayor no concurriera 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.

CLÁUSULA DÉCIMA

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 Oficinas Regionales / Centrales del PROYECTO quincenalmente, conforme a lo establecido por la cláusula DECIMOSEGUNDA del presente convenio. La otra copia quedará en los archivos del establecimiento asistencial.

CLÁUSULA UNDÉCIMA

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 de los organizados por el PROYECTO. 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 DUODÉCIMA

Facturación:

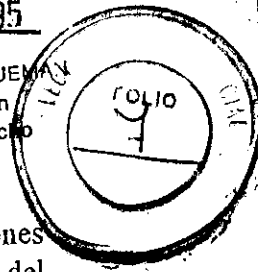
A. ERNESTO TOCKER
DIRECTOR GENERAL DE BS. AS. Y PATAGONIA
PROYECTOS P.N.U.D. ARG. 93/024



Ministerio de Economía
y Obras y Servicios Públicos

CONVENIO REGISTRADO
BAJO EL N° 1991
USHUAIA, 27 JUN 1995

RICARDO E. CEZUQUEMA
Jefe de División
Registro y Dotación
D. T. y D.



LA PROVINCIA a través de los establecimientos asistenciales y/o sus asociaciones cooperadoras elevará quincenalmente a las Oficinas Regionales / Centrales del PROYECTO la correspondiente a los servicios, para su cobro. Este envío se acompañará de la nómina de los interesados atendidos, junto con los certificados emitidos.

CLÁUSULA DECIMOTERCERA

Plazo para el pago:

El PROYECTO aprobará la nómina y la factura presentada por cada establecimiento asistencial y/o su asociación cooperadora y efectuará el pago en un plazo no mayor de tres (3) días a contar desde su aprobación, instituciones que recibirán en forma directa el pago por los servicios estipulados en el presente convenio.

CLÁUSULA DECIMOCUARTA

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 la recogida de 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 y 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 en los Anexos 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 DECIMOQUINTA

Duración del Contrato, Prórrogas:

LA PROVINCIA efectuará las revisiones médicas y emitirá la correspondiente certificación de hasta mil (1.000) interesados, en el plazo comprendido entre el 15 de julio de 1995 y el 15 de julio de 1996.

El presente convenio se renovará por períodos iguales, bastando para ello que las partes manifiesten en forma fehaciente su voluntad en tal sentido treinta (30) días antes de operarse cada vencimiento.

CLÁUSULA DECIMOSEXTA

ERNESTO TOCKER
GERENTE DE BS. AS. y PATAGONIA
PROYECTOS P.N.U.D. ARG. 93/024



Ministerio de Economía
y Obras y Servicios Públicos

CONVENIO REGISTRADO

BAJO EL N°

1997

USHUAIA

27 JUN 1985

RICARDO E. CHEUCUESTAN FOLIO
Jefe de División
Registro y Despacho
D. T. y D.

8

Resolución de conflictos:

Para el caso de divergencias en la interpretación de las cláusulas del presente, las partes convienen sujetarse ambas a lo dispuesto por la Ley 23396.

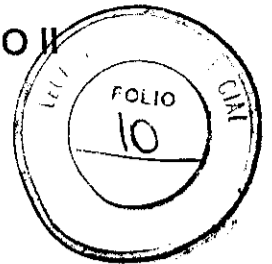
Seguidamente y en prueba de su conformidad se firman tres ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la ciudad de Ushuaia, a veintidos días del mes de junio del año de mil novecientos noventa y cinco.

A ERNESTO TOCKER
GERENTE DE IS. AS. Y PATAGONIA
PROYECTOS S.N.U.D. ARG. 934024

CONVENIO REGISTRADO
BAJO EL N° 1991
USHUAIA, 27 JUN. 1995

RICARDO E. CHEQUER
Jefe de División
Registro y Despacho
D. T. y D.

ANEXO II



PROYECTO JOVEN

Revisación Médica

(Este recuadro será llenado por la ICAP solicitante)

Centro de Salud:	Código:	
ICAP:	Código:	
Apellido y Nombre del Beneficiario:	Fecha de Nacimiento: / /	Edad:
DNI:		
Nacido en:		Desde:
Domicilio actual:		Código:
Curso:		Fecha inicio:
Duración total:	quincenas	
Pasantía:		

DATOS CLÍNICOS

Enfermedades padecidas (según referencia del beneficiario):

Vacunaciones: Tétanos - TBC - Otras

Tratamientos quirúrgicos:

Hábitos: Fuma sí/no cantidad: Bebe sí/no cantidad:

Antecedentes familiares: Padre - Madre - Hermanos

EXAMEN SEMIOLOGICO

Aspecto general:	Talla:	Peso:
Psiquismo:	Impresión:	
Examen buco-dental:	Faltan piezas:	
Rinofaringe:	Mucosa oral:	Lengua
Audición (social):		
Tiroides:	Normal	Patológica
Examen cardiovascular:		
Ingurgitación yugular: sí - no	T.A.: máxima mínima	
Pulso: Por minuto:	Pedio: pte/aus	Tibial post.: pte/aus

ERNESTO TOCKER
SERENTE DE BS. AS. Y PATAGONIA
PROYECTOS P.N.U.D. ARG. 93/024

CONVENIO REGISTRADO

BAJO EL N° 1991

USUARIA, 27 JUN 1995

Auscultación cardíaca:
Ritmo: rítmico/arrítmico
Ruidos: 1°: normal / patológico 2°: normal / patológico
Silencios: 1°: normal / patológico 2°: normal / patológico

Examen pulmonar:

Conformación torácica: Simétrica Asimétrica
Auscultación pulmonar:
Murmullo vesicular: abolido - disminuido - normal
roncus - sibilancias - estertores

Abdomen:

Conformación general:
Cicatrices quirúrgicas:
Higado: Bazo: Eventraciones:
Hernias:

Examen esquelético - Columna vertebral

Inspección general:
Motilidad:

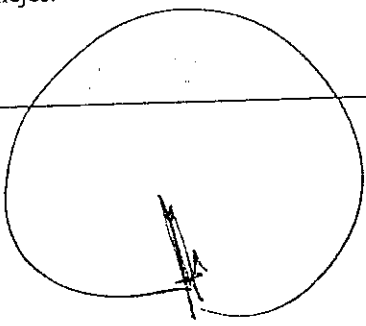
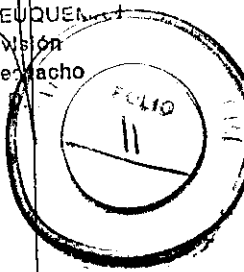
Examen osteo-muscular-articular: normal - patológico
Hallazgos:

Miembros superiores:
Miembros inferiores:

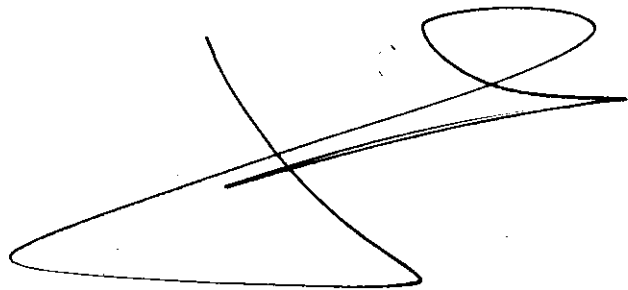
Examen neurológico:

Reflejos:

RICARDO E. CHEUQUEN
Jefe de División
Registro y Despacho
D. T. y P.

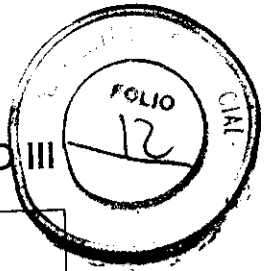


A. ERNESTO TOCKER
ERENTE DE BS. AS. Y PATAGONIA
PROYECTOS P.N.U.D. ARG. 93/024



REGISTRADO
BAJO EL N° 1991
USHUAIA, 27 JUN. 1995

ANEXO III



RICARDO E. CHEQUILLI
Jefe de División
Registro y Despacho
D. T. y D.

PROYECTO JOVEN

Resultado de la Revisación Médica

Hospital:

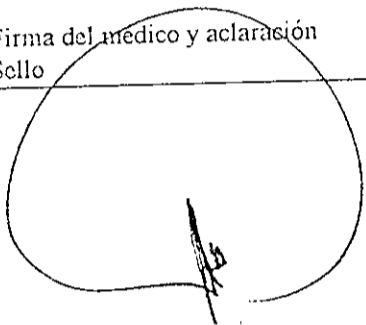
ICAP:


Curso:

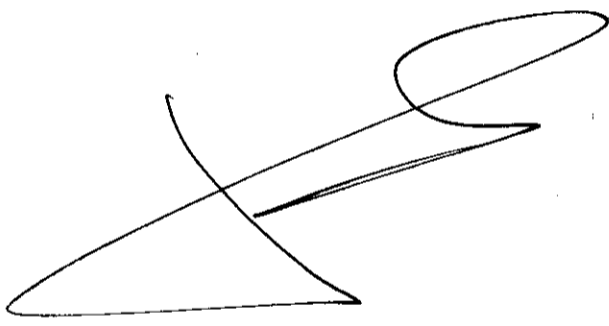
Habiéndose efectuado la revisión médica correspondiente a, DNI, no presenta en la actualidad afecciones semiológicamente evidenciadas que le impidan desarrollar las tareas de capacitación propuestas.

Lugar y fecha

Firma del médico y aclaración
Sello




ERNESTO TOCKER
GERENTE DE B.S. AS. Y PATAGONIA
PROYECTOS P.N.L.L.D. ARG. 93/024



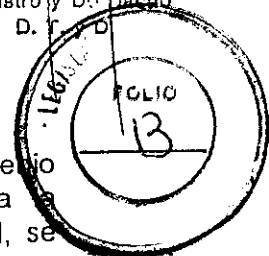
BORRADOR DE LAS NOTAS A INTERCAMBIAR
ENTRE EL PROYECTO Y EL HOSPITAL

CONVENIO REGISTRADO

BAJO EL N° 199
27 JUN. 1995

ANEXO IV

Jefe de División
Registro y Despacho
D. F. D.



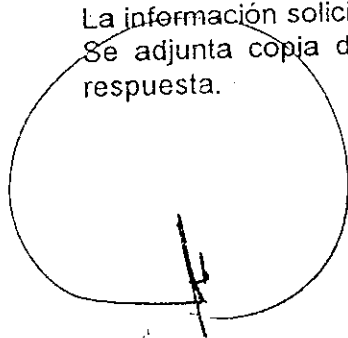
Señores
ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL
DIRECCIÓN
C.P.

Tengo el agrado de dirigirme a Usted a fin de solicitarle que en el marco del convenio de fecha XXXXX suscripto entre Proyecto Joven (Programa de Apoyo a Reconversión Productiva, Proyecto Arg. 93/024) y la Provincia / Municipalidad, se sirva Usted remitirnos la información pertinente a fin de poder dar comienzo a las revisiones médicas de los interesados. Sirvase utilizar para ello el formulario aprobado por el mencionado convenio.

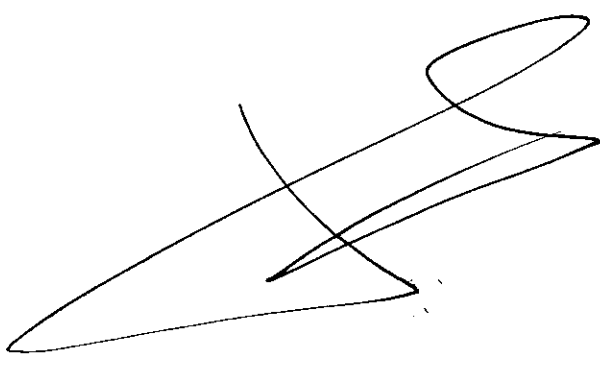
Sin otro particular, saludamos a Usted muy atentamente

Fdo.:

Nota: La información solicitada será retirada personalmente del Establecimiento. Se adjunta copia del convenio y sus anexos y formulario tipo para la respuesta.

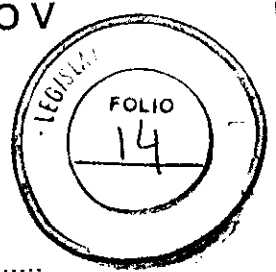



A. ERNESTO TOCKER
GERENTE DE BS. AS. y PATAGONIA
PROYECTOS P.N.U.D. ARG. 93/024



CONVENIO REGISTRADO
BAJO EL N° 1991
USHUAIA, 27 JUN 1995
RICARDO EL CHEQUE
Jefe de División
Registro y Despacho
D. T. y D.

ANEXO V



SEÑORES
PROYECTO JOVEN
Presente

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ustedes en respuesta a su atenta nota de fecha.....

En tal sentido, cúmpleme hacerles saber que este Establecimiento, en el marco del Convenio de fecha..... suscripto entre la Provincia / Municipalidad y Proyecto Joven (Programa de Apoyo a la Reconversión Productiva, Proyecto Arg. 93/024) comenzará a realizar las revisiones médicas de los interseados en participar en los cursos organizados por Proyecto Joven dentro de los plazos previstos por el mencionado acuerdo, pudiendo comprometer este Establecimiento la realización de hasta revisiones semanales.

A los fines de tales revisiones, las Instituciones de Capacitación (ICAP) deberán solicitar turno, dirigiéndose para ello al responsable del servicio cuyos datos figuran al pie de la presente.

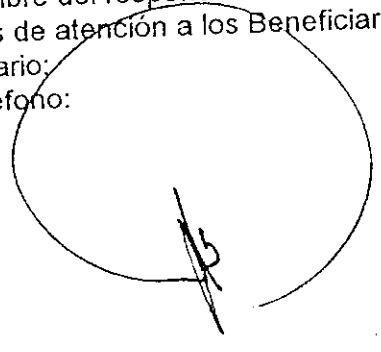
El Proyecto, una vez aprobada la factura que se emita para el cobro por parte de..... (el Establecimiento o su Asociación Cooperadora) deberá abonar el monto correspondiente mediante cheque nominativo no a la orden a favor de (Sírvese indicar el nombre completo del Establecimiento o, en su caso, el de la Asociación Cooperadora)

Sin otro particular, saludo a Ustedes muy atentamente.

Firma y aclaración
Sello

(del representante o responsable del establecimiento y/o de la Asociación Cooperadora)

Servicio al que debe dirigirse:
Domicilio:
Nombre del responsable:
Días de atención a los Beneficiarios del Proyecto:
Horario:
Teléfono:



A. ERNESTO TOCKER
SERENTE DE BS. AS. y PATAGONIA
PROYECTOS P.N.U.D. ARG. 93/024