

CONTRATO DE LOCACION DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA AMBULATORIA,
HOSPITALIZACION Y OTROS

Conste por el presente documento que se extiende por triplicado el Contrato de Locación de Servicios de Atención en Hospitalización y otros que celebran de una parte la CLINICA OFTALMOLOGICA DEL CENTRO DEL PERU, con RUC N° 20486879620. y domicilio en Jr. Rosemberg Nro 427- El Tambo, del Distrito de El Tambo, Provincia de Huancayo, Departamento de Junín, quién actúa debidamente representado por el **Dr. Juan Carlos Rojas Calderón**, en su condición de GERENTE GENERAL, identificado con DNI N° 06283501, con Telf. Dr. Rojas Celular Nro 964-46987 – RPM *371003, Lic. Nalda Garay Celular 964671708 - #218698, Lic. Blanca Cisneros Celular 954060712 RPM *955786, a quién en adelante se le denominará **EL LOCADOR** y de la otra, **AFOCAT MACRO REGION CENTRO NOR ORIENTE**, con RUC N° 20486529726, debidamente representado por su Presidente del Consejo Directivo Sr. **ANDRETTY JOEL LAZO GONZALES**, identificada con DNI N° 41775162, con domicilio en Av. Giraldez N° 274-Semisótano S-15 del Distrito y Provincia de Huancayo del Departamento de Junín, a la que en adelante se le denominará **EL COMITENTE**, en los términos y condiciones siguientes:

PRIMERO: ANTECEDENTES

- 1.1 **EL LOCADOR** es una Empresa especializada en la prestación de servicios de asistencia médica oftalmológica.
- 1.2 **EL COMITENTE** es una Persona Jurídica encargada de administrar los Fondos Regionales y Provinciales contra accidentes de tránsito dentro de las regiones de Junín, Pasco, Huánuco y otras relacionadas con dichas actividades, dentro de los alcances de la Ley 28839.

SEGUNDO: OBJETO DEL CONTRATO

- 2.1 Por el presente contrato **EL LOCADOR** se obliga a prestar a favor de las víctimas de accidentes de tránsito que sean ocupantes o terceros no ocupantes del vehículo asociado de **EL COMITENTE**, todos los servicios de atención médica oftalmológica ambulatoria y hospitalaria con que cuenta y se requieran, los mismos que serán expresamente especificados por **EL COMITENTE** y estarán sujetos a las condiciones que se señalan en el presente contrato.
- 2.2 Los servicios en mención son fundamentalmente los referidos a la hospitalización de las víctimas de los asociados de **EL COMITENTE**, es decir habitación y alimentación, atención médica oftalmológica, medicinas y otros, los mismos que se facturarán de acuerdo a los precios convenidos para el programa de asistencia.
- 2.3 Los servicios médicos por atención ambulatoria, medicinas, así como los servicios por otros exámenes auxiliares serán proporcionados por **EL LOCADOR** de acuerdo a necesidades de los asociados, los mismos que también se facturarán de acuerdo a los precios convenidos.

TERCERA: GASTOS NO CUBIERTOS POR ESTE CONVENIO

1. Gastos de alquiler de teléfono y TV, gastos de cafetería y gastos de enfermeras especiales.
2. Gastos incurridos por los acompañantes.
3. Enfermedades y/o defectos congénitos y/o adquiridos al nacer y gastos derivados por causas relacionadas.
4. Cirugía plástica y/o estética con fines de embellecimiento, a excepción de los casos necesarios, como consecuencia de un accidente cubierto por este seguro.
5. Enfermedades, trastornos y deficiencias mentales y/o nerviosas y/o emocionales, surmenaje, curas de reposo y/o tratamientos psiquiátricos.
6. chequeos médicos y/o despistajes de enfermedades en personas sanas.
7. Enfermedades adquiridas a consecuencia del uso y/o adición a las drogas, los estupefacientes y/o bebidas alcohólicas, así como también los accidentes que se produzcan cuando la víctima del asociado se encuentra bajo sus efectos.
8. Tratamientos y operaciones de odontología, tales como endodoncias, ortodoncia, cuidados dentales en general y todo lo relacionado con ello, excepción hecha de

AFOCAT
CENTRO NOR ORIENTE
Andretty Joel Lazo Gonzales
PRESIDENTE

aquellos casos que sean necesarios como consecuencia de un accidente, excluyéndose, en todo caso, las prótesis.

9. Aparatos Ortopédicos, prótesis y elementos de soporte, ayuda física o similares, salvo autorización expresa de **EL COMITENTE**.
10. Enfermedades contagiosas que requieran cuarentena o que sean declaradas por el Ministerio de Salud Pública como epidemia.
11. Lesiones causadas voluntariamente por un tercero ocupante o no ocupante del asociado de **EL COMITENTE**; así como, suicidio o lesiones por intento de suicidio o debidas a actos de la propia insania mental.
12. Tratamiento y/u operaciones por obesidad, raquitismo, malnutrición y relacionados.
13. Gastos por tratamientos y/u operaciones por infertilidad, fertilización o esterilización.
14. Lesiones causadas a consecuencia de la práctica de deportes notoriamente peligrosos, tales como automovilismo, paracaidismo, motociclismo y otros similares.
15. Lesiones como consecuencia de terapia de rayos X, radioterapias, radio isótopos, cobalto terapia, láser y similares, aplicados sin control médico.
16. Lesiones o enfermedades como consecuencia directa de invasión del territorio, guerra (declarada o no), revolución, motín, conmoción civil, huelgas, energía atómica, terrorismo.
17. Lesiones por participación activa del asegurado, en actos delictuosos.
18. Lesiones o enfermedades como consecuencia directa e indirecta de fenómenos catastróficos de la naturaleza.
19. Gastos por conceptos de sangre.
20. Gastos relacionados a tratamientos preventivos y vacunaciones de cualquier tipo.
21. Vitaminas, tónicos o similares indicados como tratamiento o como coadyuvante a un tratamiento específico.
22. Medicamentos vaso dilatadores cerebrales.
23. Leches o sucedáneos (previa autorización en caso contrario).
24. Tratamiento de medicina folklórica, tradicional o no convencional.
25. Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), síndromes relacionados con el SIDA y todas las enfermedades y/o males relacionados o causados por el virus HIV-POSITIVO.
26. Gastos derivados por Acné Juvenil, Menopausia, Climaterio y trastornos propios de la edad cronológica, alopecia, caída de cabello, tratamientos para disfunción eréctil y reconstituyentes.
27. Gastos por Osteoporosis.
28. Accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales.
29. Enfermedades venéreas y similares.
30. Otros gastos por medicinas que no guarden relación con él ó los diagnósticos determinados por el médico tratante en la solicitud de beneficios.
31. Los ansiolíticos, edulcorantes (previa autorización).
32. Lavado de oídos.
33. Toda atención oncológica deberá ser previamente autorizada por **EL COMITENTE**.
34. Los exámenes especiales, incluyendo las Densitometrías Óseas y Mamografías deberán ser autorizadas por **EL COMITENTE**. Los gastos excluidos podrán ser reconocidos previa autorización escrita por parte de **EL COMITENTE**.

CUARTA: LUGAR DE PRESTACION DE LOS SERVICIOS

- 4.1 Toda la atención médica materia de este convenio será proporcionada en las instalaciones de **EL LOCADOR**, con todo su personal médico, paramédico y administrativo, brindando el más esmerado y adecuado tratamiento médico a favor del asociado de **EL COMITENTE**. Si hubiera uso de terceros (Ejm.: resonancia, o cualquier otro procedimiento especial) deberán contar con la autorización de **EL COMITENTE**.
- 4.2 Las condiciones específicas en este convenio, regirán para todos los médicos que atienden en el centro hospitalario de **EL LOCADOR**.

QUINTA: PROCEDIMIENTOS PARA RECIBIR LA ATENCION MÉDICA

- 5.1 Para la atención de emergencia: **EL LOCATARIO** otorgue la atención por emergencia de un asociado del **EL COMITENTE** bastando que éste se presente con el Certificado de Accidentes de Tránsito, que posterior a dicha atención se regularizarán **EL LOCATARIO**: Denuncia Policial, dosaje etílico, licencia de conducir, tarjeta de propiedad, DNI del

conductor, copia de Certificado CAT y **EL COMITENTE** previa entrega de dichos documentos entregará la carta de garantía por emergencia.

- 5.2 **Para la atención hospitalaria:** En los casos de hospitalización **EL LOCADOR** brindará la atención médica requerida reteniendo el CERTIFICADO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO (CAT), hasta que posteriormente sea presentada la Carta de Garantía y los documentos que solicita **EL COMITENTE** los cuales son: Denuncia Policial, dosaje etílico, licencia de conducir, tarjeta de propiedad, DNI del conductor, copia del Certificado CAT por parte de **EL LOCATARIO**.
- 5.3 En los casos de emergencia médica ambulatoria, de existir convenio ambulatorio, deberá atender **EL LOCATARIO** solicitando la Carta de Garantía respectiva.
- 5.4 Los asociados de **EL COMITENTE** no podrán atenderse con profesionales que no pertenezcan al staff médico de **EL LOCATORIO**, durante su intermedio o atención de emergencia.

SEXTO: SOBRE LAS FACTURACIONES

- 6.1 **EL LOCATARIO** podrá facturar en original para usuario y copia para la SUNAT, adjuntando los siguientes documentos:
- Recetas médicas, epícrisis, Informes médicos, registro de atenciones (por cada uno), historia clínica, examen de laboratorio (si lo hubiera), informes eco gráficos, informes de radiología, etc., (todos los servicios que se hayan prestado al paciente), registro de medicinas, inter consultas, ampliaciones por atenciones, y todos los documentos sustentatorios por los servicios prestados al paciente.
 - Asimismo se adjuntará a las facturaciones: Denuncia Policial original, copia de licencia de conducir, copia de dosaje etílico, DNI del conductor, tarjeta de propiedad del vehículo, copia del Certificado CAT y la (s) Carta (s) de garantía (s) que se hayan enviado por dicha(s) atención (es).
 - Las Cartas de garantías son referenciales de acuerdo al presupuesto de atención del paciente.
- 6.2 Sobre las auditorias de facturaciones serán en el plazo máximo de 10 días hábiles a partir del día siguiente de recepcionada dicha(s) factura(s), caso contrario se dará por admitido el pago del mismo.

SEPTIMA: LIQUIDACION Y PAGOS DE LOS GASTOS DE ATENCION MEDICA

- 7.1 **EL LOCATARIO** exigirá al momento de dar de alta al paciente que firme e imprima su huella dactilar en las facturas por concepto de los servicios de atención prestada con lo que dará fe de los servicios brindados y los gastos incurridos durante la hospitalización, atención de emergencia, atención ambulatoria.
- 7.2 **EL LOCATARIO** emitirá las facturas con los requisitos de ley, en original y copia a nombre de **EL COMITENTE**, haciendo mención del nombre de beneficiario y de la empresa a que pertenece, debiendo ceñir los importes facturados como máximo a la tarifa convenida por honorarios, servicios médicos y otros fijados por **EL LOCATARIO** y **EL COMITENTE**, remitiéndolas conjuntamente con los documentos sustentatorios de los servicios brindados y de la Carta de Garantía y/o solicitud de Beneficios según sea el caso completada por quien corresponda a **EL COMITENTE**.
- 7.3 **EL COMITENTE** cancelará las facturas en un plazo máximo de 30 días útiles, que se computarán desde su recepción y conformidad, **EL LOCATARIO** se compromete a proporcionar a **EL COMITENTE** la información que ésta considera necesaria sobre el particular, incluyendo la correspondiente a la historia clínica u otras relacionadas con las historia del paciente.

OCTAVA: TARIFAS

- 8.1 **EL LOCATARIO** se compromete a sujetar su facturación considerando las tarifas pactas con **EL COMITENTE**, según el Anexo 1.

AFCSA
CENTRO NACIONAL DE
FARMACIA

Andrés J. Lazo González
PRESIDENTE

NOVENO: AUDITORIA MEDICA

9.1 EL LOCATARIO dará las facilidades a EL COMITENTE para que ésta efectúe la revisión, control y liquidación de toda la documentación, incluyendo el libre acceso a la Historia Clínica a los médicos auditores que designe EL COMITENTE.

9.2 EL LOCATARIO proporcionará los informes médicos que requiera EL COMITENTE.

DECIMA: DE LA VIGENCIA

10.1 Queda expresamente establecido que el presente contrato tendrá un plazo de vigencia de un año, el mismo que se computará a partir de la fecha de suscripción de este documento, no obstante, cualquiera de las partes podrá resolverlo sin expresión de causa, mediante comunicación cursada con 30 días de anticipación SIN DEUDA ALGUNA.

10.2 Si ninguna de las partes comunicara por escrito su voluntad de resolver o no renovar el contrato con 30 días de anticipación a su vencimiento, el contrato quedará automáticamente renovado por 01 año adicional, y así sucesivamente.

DECIMO PRIMERO: DE LAS NORMAS LEGALES APLICABLES

11.1 Queda expresamente establecido que el presente contrato regirá por las normas contenidas en él y adicionalmente por las normas del Código Civil aplicables a los Contratos de Locación de Servicios según corresponda.

DECIMO SEGUNDO

12.1 EL LOCATARIO y EL COMITENTE declaran expresamente que sus domicilios son los consignados en la introducción del presente instrumento y que cualquier comunicación deberá ser remitida a los mismos para que surta efecto válidamente. Cualquier cambio de domicilio deberá ser comunicado necesariamente a la otra parte, para que el mismo tenga efecto.

12.2 Las partes renuncian expresamente al fuero judicial de sus domicilios y se someten expresamente a la jurisdicción y competencia de los Jueces y Tribunales de Huancayo, para la solicitud de cualquier diferencia o controversia que tuviera su origen en la aplicación o interpretación de las disposiciones contenidas en el presente contrato.

En fe de lo cual las partes suscriben el presente contrato en la ciudad de Huancayo a los 20 días del mes de Febrero del 2012.

AFOCAT
CENTRO NOR-ORIENTE

.....
Andrés J. Lazo González
AFOCAT "Centro Nor-Oriente"



.....
EL LOCADOR

Dr. Juan C. Rojas Calderón
Médico Cirujano Oftalmólogo
CNP: 87848 RNE: 16245

AFOCAT
CENTRO NOR-ORIENTE
.....
Andrés J. Lazo González
PRESIDENTE

ANEXO I

FACTOR	: 4.5
CONSULTA MEDICA (Médico General y/o Especialista) (Emergencia, Ambulatoria y/o diurna o nocturna).	: S/. 45.00
CONSULTA OPTOMETRICA	: S/. 25.00

HONORARIOS MEDICOS:

- Tratamiento hospitalaria por dia hasta 5 dias.	: S/. 60.00
- Intervenciones Quirúrgicas.	: Según Factor.
TARIFA CUARTO DIARIO INDIVIDUAL	: S/. 60.00
SALA DE OBSERVACION POR DIA	: S/. 60.00
SALA DE RECUPERACIÓN	: S/. 50.00

FARMACIA:

- Medicinas genéricas (30% en recetas) a precios del mismo y descuento 0%.
- Medicinas Comerciales (70% en recetas), descuento por medicina 20%

USO DE TOPICO:

- Curación en general.	: S/. 30.00
------------------------	-------------

ECOGRAFIAS DE OJO:

- Atención Ambulatoria	: S/. 45.00
TOPOGRAFIA GALILEI	: S/. 250.00
CAMPIMETRIA	: S/. 160.00
O C T TOPOGRAFIA RETINAL	: S/. 300.00
ECOVIMETRIA	: S/. 150.00
PAQUIMETRIA	: S/. 80.00
GEONOSCOPIA	: S/. 80.00
APLICACIÓN YAG LASSER	: S/. 460.00
APLICACIÓN ARGON LASSER POR SESION	: S/. 400.00
RETINOGRAFIA	: S/. 200.00
ANGIOFLORECINOGRAFIA	: S/. 350.00
REFRACCION	: S/. 30.00
DESPISTAJE	: S/. 20.00
TONOMETRIA	: S/. 30.00

NOTA: LOS COSTOS INCLUYEN IGV.

AFOCAT
CENTRO NOR ORIENTE

.....
Andrés V. Dazo Gonzales
PRESIDENTE