República Argentina
Provincia del Chubut
Secretaría de Salud

Daniel Alberto Pérez Seoane
Titular Reg. 558
Córdoba
ESCRIBANO

SECRETARÍA DE SALUD
FOLIO
28
DPA y RP

CONTRATO DE PRESTACIONES MEDICO ASISTENCIALES

----- En la localidad de Rawson, provincia del Chubut, a los 06 días del mes de enero de 2025, entre la Secretaría de Salud representada en este acto por su Secretario, Dra. Denise Raquel ACOSTA, DNI 28.976.890, con domicilio en calle Moreno N° 555 de la ciudad de Rawson en adelante "LA SECRETARÍA", y por la otra, la Obra Social del Pro Sindicato de Amas de Casas de la República Argentina, representada en este acto por Ibar Eduardo Romero DNI 12.209.430, con domicilio en calle Bartolomé de Mitre Nro. 844 de la ciudad de CABA en adelante "LA OBRA SOCIAL", convienen celebrar el presente Contrato de Prestaciones Medico Asistenciales, de acuerdo a las siguientes cláusulas:----------

PRIMERA: "LA SECRETARIA" brindará a los beneficiarios de "LA OBRA SOCIAL" que así lo requieran, servicios de atención médica en los establecimientos sanitarios de su dependencia conforme la capacidad instalada que posean estos, percibiendo una contraprestación económica equivalente a los aranceles determinados por el nomenclador autorizado. Los valores de dichos aranceles, serán actualizados de acuerdo a los incrementos que se produjeren en el citado nomenclador en el futuro.----------

SEGUNDA: Los pacientes beneficiarios de "LA OBRA SOCIAL" en todos los casos deberán ser asistidos por el personal técnico y profesional perteneciente al establecimiento prestador de los servicios de atención médica dependientes de "LA SECRETARIA".----------
---

TERCERA: Las prótesis, ortesis, mallas, válvulas, catéteres permanentes (porth-a-cath) y semipermanentes (tunelizados o cuff), catéter de drenaje percutáneos, expansor e implantes

Dra. María Fernanda Martínez
ASESORÍA LEGAL
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARIA DE SALUD
FOLIO
29
DPA y RP

mamarios, suturas mecánicas, parches y todo insumo implantable permanente serán provistos por la obra social.----------

En el caso de la provisión de insumos médicos implantables como STENT para angioplastia, estos serán suministrados por la institución para su uso, y posteriormente serán reposicionados o facturados al valor de compra correspondiente. ----------

CUARTA: "LA OBRA SOCIAL" tendrá derecho, a través del médico auditor que designare al efecto, a controlar y supervisar la atención que se brinde a sus beneficiarios, sin que ello implique interferir en las tareas asistenciales que desarrolla el prestador.----------

QUINTA: Recibidas las facturas, "LA OBRA SOCIAL" las abonará dentro de los cuarenta y cinco (45) días corridos a contar desde la fecha de presentación. El pago realizado por "LA OBRA SOCIAL" dentro de ese período le dará derecho a una bonificación del veinte por ciento (20%) sobre el nomenclador y, si lo hiciese dentro del plazo de los sesenta (60) días la bonificación será del diez por ciento (10%) sobre el nomenclador.----------

SEXTA: En caso de no cancelarse las facturas dentro de los sesenta (60) días de presentadas, surgirá, sin necesidad de interpelación alguna, la obligación para "LA OBRA SOCIAL" de abonar la suma adeudada con más la tasa para operaciones generales vencidas del Banco del Chubut.----------

SECRETARÍA DE SALUD
FOLIO
30
OPA y RP

SEPTIMA: Las partes se someten a la regulación del sistema arancelario que surja de la ley, reglamentaciones, resoluciones ministeriales y demás normas que se dicten al efecto.----------

---

OCTAVA: El incumplimiento de cualquiera de las cláusulas de éste contrato por cualquiera de las partes, autoriza a la otra a rescindir el mismo mediante comunicación fehaciente. La rescisión se producirá dentro de las veinticuatro (24) horas de producida la notificación, sin perjuicio del reclamo de los daños y perjuicios que eventualmente se produjeran, además de sujetar el pago de las prestaciones médicas brindadas por "LA SECRETARIA" en el futuro al régimen general fijado para el caso de afiliados a obras sociales sin convenio.----------

NOVENA: La vigencia del presente contrato será de UN (1) año contado a partir del 06 de enero de 2025, renovable sucesiva y automáticamente por iguales plazos, salvo que sea denunciado por alguna de las partes lo que podrá hacerse en cualquier momento sin necesidad de manifestar los motivos que originaron la renuncia, a cuyo efecto deberán comunicarlo fehacientemente con treinta (30) días de anticipación a la fecha en que se pretende hacer efectivo el cese. Esta rescisión voluntaria no dará derecho a ninguna de las partes al reclamo de daños y perjuicios por ningún concepto, sin perjuicio de sujetar el pago de las prestaciones médicas brindadas por "LA SECRETARIA" en el futuro, al régimen general fijado para el caso de afiliados a obras sociales sin convenio.----------

DECIMA: El incumplimiento en el pago de las prestaciones médicas brindadas a la "LA OBRA SOCIAL" facultará a la "LA SECRETARIA" a proceder a promover la vía de apremios prevista en la Ley I N° 49.----------

ASESORÍA LEGAL
SECRETARÍA DE SALUD

República Argentina
Provincia del Chubut
Secretaría de Salud

SECRETARÍA DE SALUD FOLIO 31 OPA y RP

DECIMA PRIMERA: "LA SECRETARIA" constituye domicilio en Mariano Moreno Nº 555 de la ciudad de Rawson y "LA OBRA SOCIAL" en Bartolomé de Mitre Nro. 844 de la ciudad de CABA., y en el email camila.erramuspe@ossacra.org.ar donde se tendrán por válidas todas las notificaciones, instrucciones, citaciones y emplazamientos que las partes deban efectuar.----------

---

En prueba de conformidad se firman cuatro (4) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en la ciudad de Rawson, a los 06 .del mes de enero del año dos veinticinco (2025).------

---

Dra. DENISE RAQUEL ACOSTA
Secretaria de Salud
SECRETARÍA DE SALUD

Sr. IBAR EDUARDO ROMERO
APODERADO
O.S.S.A.C.R.A.

FIRMA CERTIFICADA S/S E
SELLO DE ACTUACIÓN NOTARIAL
Nº A071770502

Daniel Alberto Lopez Seoane
Titular Reg. 558
Córdoba
ESCRIBANO

SECRETARIA DE SALUD
FOLIO
32
DPA y RP

ACTUACIÓN NOTARIAL

Decreto n° 3516/69

VI-2023

010002 0021770502-R

A 021770502

Daniel Alberto Lopez Seoane
Titular Reg. 558
Córdoba
ESCRIBANO

CERTIFICO: Que la firma que obra en el documento adjunto **ES AUTENTICA** y que la misma fue puesta en mi presencia y que pertenece al señor don **Ibar Eduardo ROMERO**, argentino, Documento Nacional de Identidad Matrícula Individual Número 12.209.430, con domicilio en calle Celso Barrios Manzana 33 Lote 51 Numero 1502, Barrio Country del Jockey Club, de esta Ciudad de Córdoba, quien lo hace en nombre y representación de **OBRA SOCIAL DE LA ASOCIACION CIVIL PROSINDICATO DE AMAS DE CASA DE LA REPUBLICA ARGENTINA, (O.S.S.A.C.R.A.),** Inscripto en el Registro Nacional de Obra Social Numero 0-0150-8, CUIT N° 30-69637555-7, con domicilio en calle Solís Numero 756, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en calidad de APODERADO de la misma, conforme lo acredita con PODER GENERAL JUDICIAL, Escritura Numero SETENTA Y OCHO de fecha Tres del mes de Julio del año Dos Mil Catorce, otorgada por la Escribana Silvia Sandra BAI Matricula Numero 4094, de la Ciudad de Buenos Aires, con facultades suficientes para el presente acto. Manifestando el firmante que es la que utiliza en todos sus actos, acreditando su identidad con su respectivo documento y poder vigente que tengo a la vista y le devuelvo, según lo Prescripto por el Art. 306 Inciso A del Código Civil y Comercial de Nación, Ley 26.994, doy fe.- LA PRESENTE CERITIFICACION SE EXPIDE SOBRE LA FIRMA NO SOBRE EL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO.- **CONSTE.- CONSTE.- ACTA NOTARIAL NÚMERO 161 - FOLIO 3 - LIBRO DE INTERVENCIONES 73 perteneciente al Registro Notarial Número 558 a mi cargo.-** Córdoba, VEINTICINCO de ENERO del año Dos mil veinticinco.-

Daniel Alberto Lopez Seoane
Titular Reg. 558
Córdoba
ESCRIBANO