



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Santa RosaHOSPITAL
SANTA ROSA
PUEBLO LIBRE

Calidez, ciencia y experiencia a su servicio

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

CONVENIO DE COLABORACION MUTUA ENTRE EL HOSPITAL SANTA ROSA CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO II Y EL HOSPITAL MUNICIPAL DE LOS OLIVOS CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I

Conste por el presente documento el CONVENIO para el trabajo coordinado de los Centros de Hemoterapia y bancos de Sangre, que celebran de una parte el **AIS HOSPITAL SANTA ROSA** del Ministerio de salud con Registro Único de Contribuyente N°20171604355, con domicilio legal en Av. Simón Bolívar S/N Cdra.8, Pueblo Libre, de la provincia de Lima, departamento de Lima, debidamente representado por su Director General. **M.C. CESAR HERRERA VIDAL**, identificado con DNI N° 25611092, con Resolución Ministerial N°174-2022-MINSA, de fecha 07 de marzo de 2022, a quien en adelante se le denominará "**CENTRO DE HEMOTERAPIA/BANCO DE SANGRE TIPO II**" y de otra parte **HOSPITAL MUNICIPAL DE LOS OLIVOS**, con Registro Único del Contribuyente N° 20514772194, domicilio legal en Av. Naranjal N° 318 (altura Ovalo Naranjal), del Distrito de Los Olivos y Departamento de Lima, debidamente representado/a por su Director General, el **M.C. FERNANDO LUIS MICHEL HURTADO YGREDA**, identificado con DNI N° **07206597**, designado con Resolución de Alcaldía N° 113-2023, a quien en adelante se le denominará "**CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I**", en los términos y condiciones que se especifican en las cláusulas siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: DE LAS PARTES

- 1.1. **EL HOSPITAL SANTA ROSA** es un establecimiento de salud que cuenta con un **CENTRO DE HEMOTERAPIA/ BANCO DE SANGRE TIPO II** inscrito en el Registro de Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre del PRONAHEBAS con Registro N°15-1501-168, realiza actividades de captación, selección (incluido el examen físico), obtención, extracción, fraccionamiento, tamizaje, conservación, y transferencia de unidades de sangre y hemocomponentes. Promueve y participa activamente en la promoción de la donación voluntaria de sangre. Provee de unidades de sangre aptas para uso que llevan el Sello Nacional de Calidad del PRONAHEBAS a Centros de Hemoterapia y/o Bancos de Sangre tipo I en el marco de un convenio de partes.
- 1.2. **EL HOSPITAL MUNICIPAL DE LOS OLIVOS**, es un establecimiento de salud, que cuenta con un **CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I**, inscrito en el Registro de Hemoterapia, Bancos de Sangre del PRONAHEBAS con registro N° 15-1501-217, realiza actividades de recepción, almacenamiento y atención de sangre y hemocomponentes y la realización de las pruebas de compatibilidad respectivas, provenientes de un Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo II en el marco de un convenio de partes. Participa activamente en la promoción de la donación voluntaria de sangre.

CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO DEL CONVENIO

Por el presente convenio las partes acuerdan establecer los criterios básicos que regularán el desarrollo del trabajo coordinado y sostenido en el campo del



J. PERAZZO



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Santa Rosa



Hospital Municipal
LOS OLIVOS



**HOSPITAL
SANTA ROSA**
PUEBLO LIBRE

Calidez, ciencia y experiencia a su servicio

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

abastecimiento de unidades de sangre y/o hemocomponentes de calidad de manera oportuna y en condiciones de seguridad.

CLÁUSULA TERCERA: DE LOS COMPROMISOS Y OBLIGACIONES

3.1. Son compromisos del **CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO II**:

1. Abastecer oportunamente al **CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I** con unidades de sangre, y/o hemocomponentes según la demanda de éste, sin quedarse desabastecido y manteniendo su reserva estratégica
2. Cooperación en el mantenimiento actualizado del registro de donantes voluntarios existente.
3. Garantizar la atención del donante, por evento ocurrido durante y después del proceso de donación voluntaria.

3.2. Son compromisos del **CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I**:

1. Exigir el Sello Nacional de Calidad del PRONAHEBAS en todas las unidades sanguíneas y/o hemocomponentes recibidos.
2. Verificar las condiciones en las cuales son recepcionadas las unidades de sangre y/o hemocomponentes, lo cual debe constar por escrito, con cargo para el Centro de Hemoterapia y Bancos de Sangre Tipo II.
3. El **CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I** se compromete a abastecer con un donante por cada unidad de sangre solicitada. El abastecimiento se hará efectivo con donantes voluntarios captados a través de campañas organizadas por el Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I y donantes voluntarios habituales que deben acudir de manera regular al Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo II.

CLÁUSULA CUARTA: DEL FINANCIAMIENTO

Las partes acuerdan que aquellas obligaciones que le irrogan gastos, estarán sujetas a las siguientes condiciones: **EL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO II** únicamente podrá efectivizar los costos que impliquen la obtención, procesamiento y suministro de las unidades de sangre y/o hemocomponentes.

EL CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I se compromete a reembolsar dicho costo y a abastecer de sangre a través de donantes que deben acudir de manera regular al Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo II o a través de campañas de donación de sangre.



J. PERAZZO



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

CPMyS	Descripción de Procedimiento Médico y Sanitario	Tarifa aprobada
86996	Evaluación Médica - Atención de donantes	15.00
80095	Perfil de donante de sangre (grupo sanguíneo, hematocrito, VIH I-II, HBsAg, VHC, Sífilis, Chagas, HTLV I-II y anticore HB)	171.00
86989	Plasma Fresco Congelado - Preparación y conservación de plasma	23.00
86991	Crioprecipitado - Preparación y conservación de crioprecipitado	31.00
86990	Concentrado de Plaquetas - Preparación y conservación de plaquetas	23.00
86920.01	Prueba cruzada	62.00
86999.04	Plaqueta por Aferesis	1074.00
86880	Prueba de globulina humana (prueba de Coombs); directa, cada antisuero	44.00
86885	Prueba de globulina humana (prueba de Coombs); indirecta, cualitativa, cada reactivo de eritrocitos	44.00
86901.01	Tipificación de sangre; Rh (D) variante Du	32.00

* Las tarifas aprobadas por procedimiento son a cotos total, no incluyen IGV ni margen de ganancia adicional.

EI CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO II recibirá como reembolso los 10 CPMS facturados al paciente tamizado, cargando los consumos al FUA 071 del paciente asegurado al SIS del Hospital Municipal de Los Olivos, el expediente contará con el formato de referencia, acreditación del paciente asegurado, acreditación del donante y orden de transfusión sanguínea del banco de sangre del Hospital Municipal de Los Olivos.

Asimismo, para atención de pacientes SOAT, la Unidad de Seguros del Hospital Municipal de Los Olivos debe realizar el trámite de la carta de garantía por el concepto de tamizaje con la aseguradora y enviarla al Hospital Santa Rosa.

El Hospital Municipal de Los Olivos, se compromete a enviar semanalmente las hojas de referencia con apoyo al diagnóstico, con los datos del paciente a quien se le ha administrado la sangre, mencionando el número de unidades administradas.

CLÁUSULA QUINTA: COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

5.1. Los compromisos que se desarrollen como producto del presente convenio, serán ejecutados de manera conjunta y coordinada por el Jefe de cada uno de los Bancos de Sangre involucrados y los Directores Institucionales.

5.2. Para la realización de transferencias de unidades de sangre la coordinación interinstitucional se realizará entre el Jefe de cada Banco de Sangre involucrado; quien debe visar la Constancia de Transferencia, que a su vez será firmada y sellada por el Director Institucional o el jefe de guardia en casos de emergencia, según el procedimiento y formato establecidos en el Sistema de Gestión de la Calidad vigente.





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Santa RosaHospital Municipal
LOS OLIVOS**HOSPITAL
SANTA ROSA**
PUEBLO LIBRE

Calidez, ciencia y experiencia a su servicio

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

CLÁUSULA SEXTA: VIGENCIA DEL CONVENIO

El presente convenio tendrá una vigencia de tres **(03)** años a partir del 01 de junio de 2023. Podrá ser renovado por un (01) año previo acuerdo de las partes. Para tal efecto, se cursará comunicación escrita treinta (30) días antes de su vencimiento. De aprobarse la prórroga se suscribirá una addenda, la cual formará parte integrante del presente convenio. Así mismo el CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO II deberá comunicar en forma escrita a la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud sobre la prórroga que se suscriba.

CLÁUSULA SETIMA: MODIFICACIONES DEL CONVENIO

Con la misma formalidad establecida en la cláusula anterior, las partes podrán introducir, de mutuo acuerdo, modificaciones al presente Convenio como resultado de las evaluaciones periódicas que se realicen durante el tiempo de su vigencia; siempre y cuando, no se desnaturalice lo dispuesto en las normas legales vigentes.

CLÁUSULA OCTAVA: DE LA RESOLUCIÓN DEL CONVENIO

- 9.1. El presente convenio podrá ser resuelto antes de su vencimiento previo acuerdo entre las partes, siendo responsabilidad del **CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO II** comunicar en forma escrita a la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud la resolución del mismo.
- 9.2. El incumplimiento de alguno de los compromisos asumidos por el presente Convenio será causal de resolución del mismo. Para dicho efecto, quien invoque el respectivo incumplimiento deberá cursar un documento a la parte que incumplió otorgándole un plazo acordado mutuamente, el cual no deberá ser mayor a treinta (30) días, para cumplir con su obligación correspondiente. Vencido dicho plazo sin subsanarse el incumplimiento, la parte perjudicada quedará automáticamente autorizada para dar por terminado el presente contrato, sin perjuicio de ejercer sus derechos en la instancia correspondiente. Así mismo la parte afectada deberá comunicar en forma escrita a la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud la resolución del presente contrato indicando el motivo de la causal para su conocimiento y la adopción de las sanciones correspondientes.
- 9.3. El término del convenio, no afectará la culminación de las obligaciones/compromisos pendientes a la fecha de su resolución.

CLÁUSULA NOVENA: DE LA BUENA FÉ ENTRE LAS PARTES

Ambas partes declaran que en la elaboración del presente Convenio no ha habido dolo, error, coacción, ni ningún vicio que pueda ser invalidado.

CLÁUSULA DÉCIMA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las partes acuerdan que el presente Convenio se rige por las leyes peruanas y se celebra de acuerdo a las reglas de la buena fe y la común intención de las partes. En ese espíritu, las partes celebrantes tratarán en lo posible de resolver cualquier desavenencia o diferencia de criterios que se pudiera presentar durante el desarrollo y/o



I. PERAZZO



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Santa Rosa



Hospital Municipal
LOS OLIVOS



**HOSPITAL
SANTA ROSA**
PUEBLO LIBRE

Calidez, ciencia y experiencia a su servicio

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

ejecución del Convenio, mediante el trato directo y el común entendimiento. De no ser ello posible, la controversia se resolverá mediante el fuero común o Arbitraje de Derecho.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: DE LA CESIÓN DE POSICIÓN CONTRACTUAL

- 11.1. Ambas partes están totalmente impedidas de realizar cesión de posición contractual alguna a terceros, para la ejecución del presente convenio.
- 11.2. El incumplimiento de lo antes establecido por cualquiera de las partes, faculta a la otra a resolver el presente Convenio, de manera inmediata, siendo suficiente para ello la remisión de una Carta Notarial al domicilio señalado en la parte introductoria del presente documento.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: DISPOSICIONES FINALES

- 12.1 Cualquier comunicación que deba ser cursada entre las partes se entenderá válidamente realizada en los domicilios legales consignados en la parte introductoria del presente Convenio. Los cambios de domicilio deberán ser puestos en conocimiento de la otra parte con cuarenta y ocho (48) horas de anticipación.
- 12.2 Las comunicaciones se realizarán mediante documentos formales cursados entre los funcionarios designados como representantes a que se refiere la cláusula séptima.

Estando las partes firmantes de acuerdo con todas y cada una de las Cláusulas del presente convenio, lo suscriben en dos (02) ejemplares originales con igual valor, en la ciudad de Lima a los veintiún días del mes de junio del año dos mil veintitrés.



MC. CESAR WALTER HERRERA VIDAL
DIRECTOR GENERAL (e)
CMP 20398 RNE. 10295