

HOSPITAL DE APOYO  
EL HOSPITAL  
COPIA DEL ORIGINAL  
Que de fecha 14/11/04  
GARCIA P...  
COLENT...

## CONVENIO DE SERVICIO MÉDICO

Conste por el presente documento el Convenio de Prestación de Servicios Médicos y Hospitalarios, que celebran de una parte **LA ASOCIACIÓN FONDO AUTOGESTIONARIO DE ASISTENCIA SOCIAL DEL MOTOTAXISTA DE TUMBES**, a quien en adelante se le denominará **EL FASMOT**, con RUC. N° 20525240917, con domicilio para los efectos del presente convenio en el Jirón Diego de Almagro N° 222, del Distrito, Provincia y Departamento de Tumbes, cuyo Representante Legal es el Sr. **ELVIS ERKMAN MENDOZA AGUILAR**, identificado con DNI. 00206441 y; de la otra parte **El Hospital de Apoyo "JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARIA"**, a quien en adelante se le denominará **EL HOSPITAL**, con RUC. N° 20366956094, con domicilio para efectos del presente Convenio en la Av. 24 de Julio N° 565 - Tumbes, debidamente representado por su **Director Ejecutivo Dr. LUIS ENRIQUE MALPICA LINDAO**, identificado con DNI. N° 08725095, en los términos y condiciones siguientes:

### **PRIMERO.- ANTECEDENTES**

1.1. **EL FASMOT** es una institución benéfica sin fines de lucro, de derecho privado, cuyo fin principal es el de brindar el servicio de seguro, asistencia social, médica y de salud en caso de accidentes de tránsitos u otras emergencias a sus asociados, afiliados, usuarios o contratantes.

1.2. **EL HOSPITAL**, es un establecimiento público que brinda atención de salud, en sentido integral, en las áreas de emergencia, hospitalización y consulta externa en el siguiente horario.

- Consulta externa en el horario establecido por **EL HOSPITAL**.
- Emergencias y Hospitalización las 24 horas durante los 365 días del año.

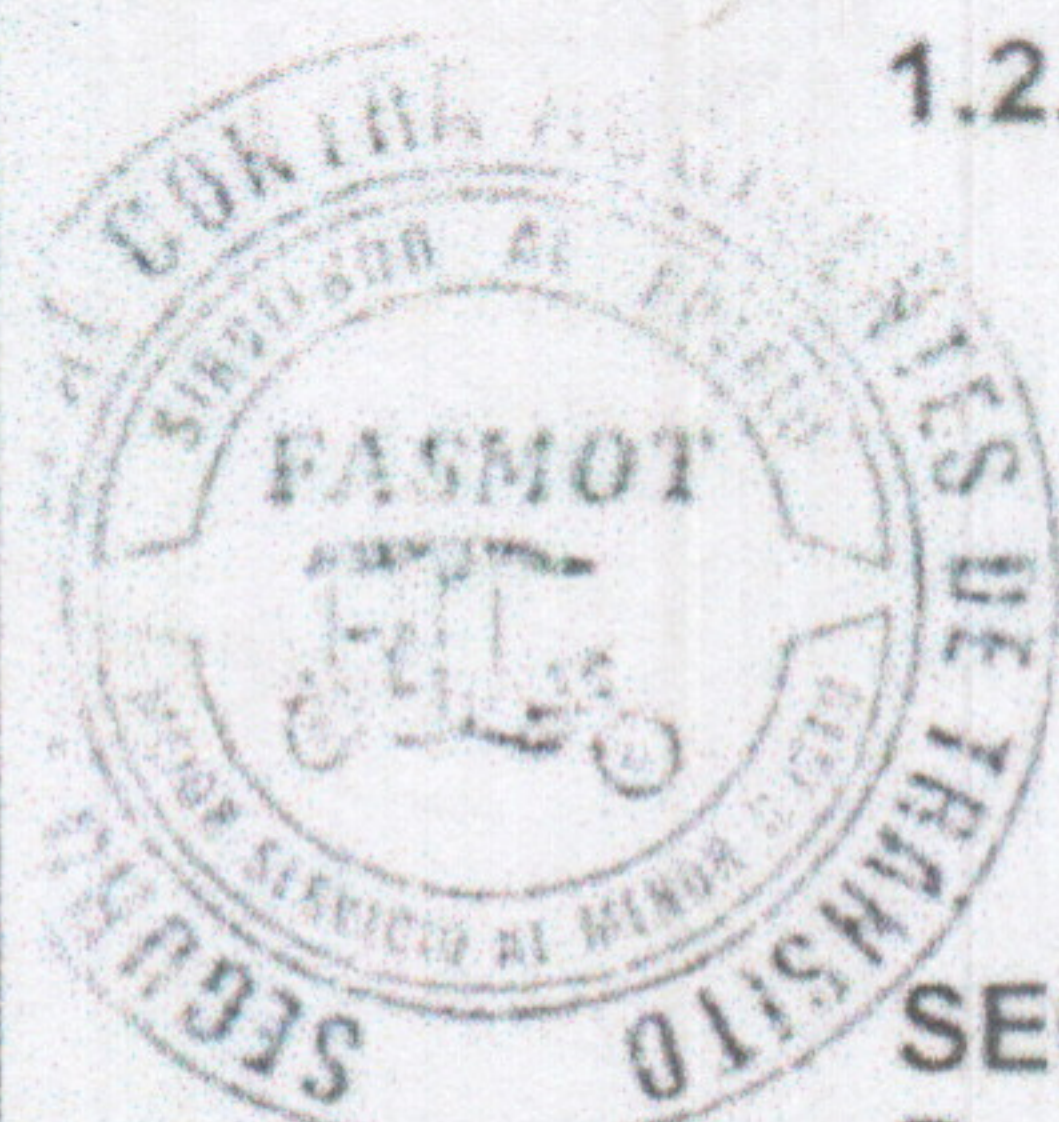
### **SEGUNDO.- OBJETO**

Por el presente documento **EL FASMOT**, contrata a **EL HOSPITAL** para que brinde sus servicios de atención de salud en sentido integral a los asociados, afiliados, usuarios o contratantes que son víctimas de súbitos accidentes de tránsitos, conforme a las tarifas establecidas en el Texto Único de Procedimientos Administrativos – TUPA de **EL HOSPITAL** aprobado mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 00086-2005/GOB. REG. TUMBES – P de fecha 01 de marzo del año en curso, aplicándose sobre el derecho de pago descrito en los ítems 15 al 82 del TUPA antes citado un porcentaje adicional del 50%.

En caso de darse alguna modificación del TUPA mediante resolución correspondiente, estas se aplicarán automáticamente al presente convenio.

### **TERCERO: LUGAR DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS**

Todo acto médico, materia del presente convenio, será proporcionado en las instalaciones de **EL HOSPITAL**, con todo su personal médico, paramédico y administrativo, brindando el más esmerado y adecuado tratamiento médico a favor de los pacientes asegurados de **EL FASMOT**. En caso de que el paciente requiera ser transferido a otro establecimiento de salud de mayor complejidad por el apremiante estado de salud del paciente, debido a que dichas prestaciones no puedan ser brindadas por **EL HOSPITAL** por su propia



HOSPITAL...  
El presente Documento es  
COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Que he verificado a la Vista

Sr. VICTORY GARCIA PENA

complejidad **EL FASMOT** o el propio paciente se hará responsable de cubrir los gastos en la entidad que preste el servicio requerido. Eximiéndose de toda responsabilidad a **EL HOSPITAL**.

**CUARTO.- PROCEDIMIENTOS PARA RECIBIR LA ATENCIÓN MÉDICA**

En caso que los asociados, afiliados, usuarios o contratantes de **EL FASMOT** requieran atención por emergencia, **EL HOSPITAL**, brindará la atención médica requerida reteniendo el Certificado FASMOT del vehículo asegurado, hasta que posteriormente sea presentada la Copia Certificada de la Denuncia Policial y la Carta de Garantía.

**QUINTO.- FACTURACIÓN - EXPEDIENTE DE REEMBOLSO**

Por las prestaciones médicas brindadas, **EL HOSPITAL** emitirá la (s) factura (s) en original y una copia, adjuntando a ella (s) el expediente de reembolso que estará constituido por: copia de la Denuncia Policial, copia del Certificado FASMOT, detalle de gastos y el Informe Médico de las víctimas de accidentes de tránsito.

**SEXTO.- RESPONSABILIDAD, PLAZO Y LUGAR DE PAGO**

**EL FASMOT** se responsabiliza por el pago total de la (s) factura (s) que se generaron con ocasión del accidente. El plazo para el pago de la (s) facturas será de 30 días calendarios contados a partir de la presentación de la (s) misma (s) en la Oficina de **EL FASMOT**.

En caso de existir alguna observación, antes de la fecha de vencimiento del pago, este no suspenderá dicho vencimiento, y en caso de proceder la observación, el pago realizado en exceso o indebido será devuelto a **EL FASMOT** en un plazo no mayor de 10 días hábiles.

**SEPTIMO.- INTERES MORATORIO**

Vencido el plazo anteriormente señalado, **EL HOSPITAL** tendrá derecho a cobrar los intereses moratorios de conformidad con el artículo 1242º, segundo párrafo, del Código Civil, por la mora automática incurrida por parte de **EL FASMOT**, sin que sea necesario a este respecto ningún requerimiento, ya sea escrito o verbal por parte de **EL HOSPITAL**; para cuyo caso se aplicara la máxima tasa de interés moratorio permitida por el Banco Central de Reserva del Perú (BCR).

**OCTAVO.- AUDITORÍA MÉDICA**

**EL HOSPITAL**, otorgará a **EL FASMOT** las facilidades que requiera para efectuar adecuadamente dentro de sus instalaciones la revisión, control, verificación y liquidación de toda la documentación, incluyendo el libre acceso a la Historia Clínica que requieran los médicos auditores designados por **EL FASMOT**. Dicha auditoria médica se deberá realizar dentro del plazo de 30 días calendarios de recibido el expediente de reembolso.

**NOVENO.- DURACIÓN DEL CONVENIO**

El presente convenio tendrá un plazo de vigencia de un (01) año contado a partir de su suscripción, entendiéndose que queda automáticamente prorrogado indeterminadamente si ninguna de las partes comunica su voluntad de resolverlo al momento de su vencimiento.



**DÉCIMO.- RESOLUCIÓN**

No obstante lo mencionado en la cláusula anterior, el presente convenio podrá ser resuelto por cualquiera de las partes siempre que se haga por escrito y con una anticipación de quince (15) días calendarios, sin que ello origine responsabilidad alguna. En este caso, **EL FASMOT** reconocerá y abonará todas las facturas debidamente sustentadas por servicios prestados antes de la fecha efectiva de resolución.

**UNDÉCIMO.- DOMICILIO**

Las partes señalan como domicilio el que se indica en la introducción del presente convenio, a donde se dirigirán validamente todas las comunicaciones y/o notificaciones vinculadas a éste convenio, salvo que se hubiera comunicado a la otra parte el cambio de domicilio por escrito y con cargo de recepción.

**DUODÉCIMO.- SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

Las partes declaran haber celebrado el presente Convenio conforme a las leyes peruanas, sin embargo, en el supuesto de que surja alguna controversia o discrepancia con relación a la interpretación y aplicación de las obligaciones y prestaciones exigibles en virtud de este Convenio, las partes procurarán resolver dichas discrepancias o controversias de mutuo acuerdo y mediante el diálogo, aplicando las reglas de la buena fe y la común intención de las partes. En caso subsistan las desavenencias o controversias, serán resueltas por los Jueces y Tribunales de Tumbes.

En señal de conformidad, ambas partes suscriben el presente Convenio en tres ejemplares idénticos y de igual valor, en la ciudad de Tumbes, a los 10 días del mes de Noviembre del 2005.



*[Handwritten signature]*  
**Luis Mejores Acosta**  
00206441

*[Handwritten signature]*  
Dr. Luis Torres  
MIRP  
DNI

HOSPITAL DE APOYO JAMOT TUMBES  
El Presente Documento es  
COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Que he visto a

*[Handwritten signature]*  
**Sr. VENTURA GARCIA PEÑA**  
FEDATARIO SUPLENTE  
ED. N° 125-05-CR-Tumbes-00000000-13-03-05-OP-DE  
Solo para uso en el Hospital de Apoyo JAMOT Tumbes  
Fecha: 11.11.05