



IHSS

Instituto Hondureño de Seguridad Social

ADENDUM NUMERO UNO AL CONTRATO PRIVADO DE SERVICIOS SUBROGADOS DE RADIOTERAPIA CON ACELERADOR LINEAL, CELEBRADO ENTRE EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (I.H.S.S.) Y LA SOCIEDAD SERVICIOS ESPECIALIZADOS Y DISTRIBUIDORA DE INSTRUMENTOS MEDICOS Y ACCESORIOS, SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA DE CAPITAL VARIABLE (SEDIMAS S.DE R.L DE C.V) No. 39-2012.

Nosotros, **Dr. MARIO ROBERTO ZELAYA ROJAS**, mayor de edad, casado, Medico Especialista en Ortopedia, hondureño, con Tarjeta de Identidad No 0501-1968-06209 y de este domicilio, actuando en su condición de Director Ejecutivo del Instituto Hondureño de Seguridad Social, nombrado mediante Acuerdo Ejecutivo N° STSS-005-2010 de fecha 17 de febrero del 2010, entidad autónoma con Personería Jurídica creada mediante Decreto Legislativo N° 140 del 19 de mayo de 1959, publicada el tres de julio de 1959, de este domicilio con Oficinas Administrativas en el Barrio Abajo de Tegucigalpa, quien para los efectos de este Convenio se denominará **“EL INSTITUTO”** y el Señor **ROBERTO ANTONIO JEREZ CABALLERO**, mayor de edad, casado, medico, hondureño y de este domicilio, con número de Identidad 0801-1976-09918, actuando en su condición de Gerente General de la Sociedad **“Servicios Especializados Y Distribuidora De Instrumentos Médicos Y Accesorios, Sociedad De Responsabilidad Limitada De Capital Variable” (SEDIMAS S.DE R.L DE C.V)**, la cual fue Constituida ante los oficios del Notario Tomas Moncada Fornero, el 25 de febrero de 2009, en Instrumento Público número tres , estando inscrito con el número 2327 del libro de Comerciantes Sociales del Registro Mercantil de Francisco Morazán y quien para los efectos de este Contrato se denominará **“EL PROVEEDOR”**; hemos convenido celebrar como al efecto celebramos, el presente **Adendum Numero Uno al Contrato Privado de Servicios Subrogados de Radioterapia con Acelerador Lineal ,celebrado entre el Instituto Hondureño De Seguridad Social (I.H.S.S.) y la Sociedad Servicios Especializados y Distribuidora de Instrumentos Médicos y Accesorios, Sociedad de Responsabilidad Limitada de Capital Variable (SEDIMAS S. DE R.L DE C.V) No. 39-2012;** ; de conformidad al Memorando No. 680-DMDSS-IHSS-13, de fecha 12 de marzo del 2013, mediante el cual autoriza la prorroga de dicho Convenio y el Memorando No. 680-DMDSS-IHSS-13, de fecha 12 de marzo del 2013 ; el que se regirá por las cláusulas y condiciones legales siguientes: **PRIMERA:** Manifiesta el **Dr. MARIO ROBERTO ZELAYA ROJAS** en la condición con que actúa que por este acto modifica la **CLAUSULA TERCERA, CLAUSULA CUARTA y CLAUSULA DECIMA SEXTA**, del Contrato; la cual se leerán de la

Un Seguro para todos con Justicia Social

Edificio Administrativo Barrio Abajo Tegucigalpa Teléfonos: 237-4736 Ext.1701



IHSS

Instituto Hondureño de Seguridad Social

siguiente forma: **TERCERA: DEBERES Y OBLIGACIONES DE LAS PARTES:** 1) Por parte de “**EL INSTITUTO**”: a) Pagar oportunamente a “**EL PROVEEDOR**” la prestación de **LOS PRODUCTOS** contratados de acuerdo a los mecanismos establecidos en el presente contrato; b) Solicitar a “**EL PROVEEDOR**” por escrito, en cualquier momento que lo estime conveniente, información, aclaraciones y explicaciones sobre la provisión de LOS PRODUCTOS, necesarios para la evaluación de la ejecución del presente contrato con el propósito de verificar el cumplimiento de los principios de efectividad, eficacia, calidad, equidad y humanitarismo en la prestación de LOS PRODUCTOS.- La evaluación de cumplimiento se realizará de acuerdo con los lineamientos del presente CONTRATO; c) Exigir a “**EL PROVEEDOR**” la aplicación de correctivos que la Ley y el presente contrato contemple, en aquellos casos en que “**EL INSTITUTO**” advierta irregularidades o deficiencias en la realización de las actividades de administración, en lo que se refiera a “**EL INSTITUTO**”, por parte de “**EL PROVEEDOR**”, y en la provisión de LOS PRODUCTOS por parte de éste; d) Realizar inspecciones y las auditorías médicas y administrativas necesarias en las instalaciones de “**EL PROVEEDOR**” cuando lo estime conveniente para garantizar su funcionamiento y eficiencia; e) Supervisar y evaluar la gestión del contrato según los mecanismos establecidos por “**EL INSTITUTO**”; f) Entregar a “**EL PROVEEDOR**” copia de los informes de resultados de las evaluaciones y supervisiones realizadas por “**EL INSTITUTO**”, dentro de los siguientes treinta (30) días hábiles posteriores a la terminación de las mismas; g) Suministrar a “**EL PROVEEDOR**” toda la información sobre normas, protocolos, estándares, indicadores de desempeño y cualquier otra información que requiera para generar los PRODUCTOS; h) Informar a “**EL PROVEEDOR**”, sobre cambios en las normativas y políticas institucionales que puedan afectar el suministro de LOS PRODUCTOS y las condiciones en que estos son brindados a los asegurados, así como la asistencia técnica para su incorporación; i) Informar a “**EL PROVEEDOR**”, sobre cambios en las normativas, protocolos y políticas institucionales que puedan afectar el suministro de LOS PRODUCTOS y las condiciones en que estos son brindados a los asegurados, así como la asistencia técnica para su incorporación. j) Suministrar la papelería que se requiera en la realización de los procedimientos médicos y administrativos la cual será propiedad de “**EL INSTITUTO**”, sin costo a “**EL PROVEEDOR**”.- 2) “**EL PROVEEDOR**” tendrá los siguientes deberes y obligaciones; a) Proveer LOS PRODUCTOS contemplados en el presente CONTRATO, con eficiencia, eficacia, efectividad, calidad, equidad y humanitarismo dentro de los términos y condiciones establecidos en el mismo.- Los servicios de salud establecidos en este CONTRATO, serán suministrados de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.,

Un Seguro para todos con Justicia Social

Edificio Administrativo Barrio Abajo Tegucigalpa Teléfonos: 237-4736 Ext.1701



IHSS

Instituto Hondureño de Seguridad Social

cuando se trate de servicios ambulatorios. b) El servicio no incluye el traslado de los pacientes a los centros hospitalarios especializados de “**EL INSTITUTO**”. c) Presentar, dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes, un Informe de Actividad Mensual con el detalle de las actividades realizadas en el mes inmediatamente anterior, utilizando para ello el formato que se incluye en el presente CONTRATO; e) Implementar los sistemas automatizados de información (software) cuyas condiciones serán establecidas mediante Adendum a este Contrato para cumplir con el registro de actividades médicas para producir electrónicamente el Informe de Actividad o Producto eliminar, utilizando la codificación de enfermedades CIE-10.- Esta información deberá ser recogida en una hoja de egreso hospitalario estandarizada, autorizada por “**EL INSTITUTO**”.- La información generada localmente deberá ser entregada en medios electrónicos para aumentar la agilidad en la recopilación de datos; f) Los equipos en los cuales se opere los sistemas informáticos de “**EL INSTITUTO**” para procesar información de los pacientes deberán ser de uso exclusivo para esas aplicaciones. Las claves de administración de dichos equipos serán custodiadas y mantenidas por el personal de “**EL INSTITUTO**” durante la vigencia del contrato. Cualquier pérdida de información ocurrida en la cual se identifique una violación a lo anterior, será considerada como impropio, acarreando sanciones para “**EL PROVEEDOR**”; g) El Director Administrativo y el Director Médico de dicha empresa deberán ser acreditados oficialmente ante la Administración de “**EL INSTITUTO**”; h) Coordinar según lo establecido en la normativa que establezca el “**EL INSTITUTO**”, la aplicación del Sistema de Referencia y Contrarreferencias; i) Suministrar a “**EL INSTITUTO**” la documentación e información y brindar las facilidades que este le requiera para la realización del monitoreo y evaluación continuos, así como supervisiones y auditorías específicas, de acuerdo con lo estipulado al respecto en el presente CONTRATO; j) Suministrar la información que “**EL INSTITUTO**” le solicite formalmente por escrito, dentro de un término no superior a diez (10) días hábiles contados a partir de la fecha de recibo de la solicitud, y participar en las reuniones que convoque “**EL INSTITUTO**” para la discusión de aspectos relacionados con la revisión periódica de la ejecución del CONTRATO; k) Comunicar a “**EL INSTITUTO**” tan pronto ocurra, cualquier acto que afecte el desarrollo de este CONTRATO, así como sobre cualquier daño que “**EL PROVEEDOR**” o terceras personas le causen a los bienes administrados o el acontecimiento de cualquier hecho que constituya fuerza mayor o caso fortuito, que afecte de cualquier manera los bienes o el cumplimiento de las obligaciones contraídas por “**EL PROVEEDOR**” en el presente CONTRATO; l) Asumir la responsabilidad por los daños causados a los pacientes dentro de las instalaciones de “**EL PROVEEDOR**”, o de las instalaciones de los servicios

Un Seguro para todos con Justicia Social

Edificio Administrativo Barrio Abajo Tegucigalpa Teléfonos: 237-4736 Ext.1701



IHSS

Instituto Hondureño de Seguridad Social

subcontratados por **“EL PROVEEDOR”** para la atención de los asegurados en el marco del presente contrato, los cuales deberán estar debidamente comprobados y acreditados; quedando **“EL INSTITUTO”** exento de cualquier tipo de responsabilidad que **“EL PROVEEDOR”** tenga con suplidoras, contratistas, trabajadores, paciente o usuarios de **“EL PROVEEDOR”**; m) Administrar los expedientes clínicos de los asegurados, incluyendo aspectos de resguardo físico y traslado de expedientes, según las normas institucionales y condiciones que al efecto establezca **“EL INSTITUTO”**; n) Garantizar la prestación de LOS PRODUCTOS a los derechohabientes de **“EL INSTITUTO”**; los cuales deberán presentar el respectivo carné que los identifique como asegurados de la REGION, salvo que se trate de la atención de urgencias.- Para los efectos de usuarios asegurados, deberá exigirles lo siguiente previo a la atención: 1.) Carné de asegurado, pensionado, jubilado o beneficiario expedido por **“EL INSTITUTO”**; 2.) Documento de comprobación de vigencia de derechos expedida por **“EL INSTITUTO”**, con validez a la fecha en que se reclama el servicio.- En ausencia de dicho documento, el asegurado podrá presentar certificación expedida por la dependencia administrativa Regional Local de **“EL INSTITUTO”** donde conste que le corresponde tal derecho.- En el caso de pacientes sin identificación, el paciente tendrá un plazo de 24 (veinticuatro) horas para demostrar su condición de asegurado con derechos vigentes; caso contrario, **“EL PROVEEDOR”** está facultado para proceder a la facturación de los servicios directamente al paciente o su traslado a un centro de salud local de acuerdo a la complejidad del caso; o) **“EL PROVEEDOR”** podrá solicitar a **“EL INSTITUTO”** la respectiva Autorización de Suministro de Servicio, con su correspondiente número de autorización emitido por la dependencia autorizada de **“EL INSTITUTO”**, para la atención de los pacientes cuando por alguna razón de fuerza mayor estos no puedan demostrar oportunamente su estatus de asegurado activo, autorización que deberá llenar los requisitos administrativos y legales para su validez.- En estos casos, el pago de las atenciones médicas por parte de **“EL INSTITUTO”** estará condicionado a que **“EL PROVEEDOR”** suministre a **“EL INSTITUTO”** cada Autorización de Suministro de Servicios y los números de autorizaciones respectivos, y que **“EL INSTITUTO”** los verifique como válidos; p) Ofrecer, sin discriminación, en caso de urgencias médicas, los servicios que requiera todo asegurado con derechos, residente o no de LA REGION para tratamiento y estabilización.- r) Instalar en un lugar visible al público, en LA CLINICA, rótulos que identifiquen la participación de **“EL INSTITUTO”** en la provisión de los servicios de salud, con la leyenda “Instituto Hondureño de Seguridad Social” y el logotipo de **“EL INSTITUTO”**; s) **“EL PROVEEDOR”** se obliga a realizar el registro diferenciado de las atenciones en salud, según se trate de los Regímenes que tiene establecido **“EL INSTITUTO”** y

Un Seguro para todos con Justicia Social

Edificio Administrativo Barrio Abajo Tegucigalpa Teléfonos: 237-4736 Ext.1701



IHSS

Instituto Hondureño de Seguridad Social

cualquier otro Régimen de protección que establezca “**EL INSTITUTO**”; t) “**EL PROVEEDOR**” esta en la obligación de actualizar científicamente en forma periódica y programada a su personal médico y paramédico, reportando estas actividades a la Regional adscrita de “**EL INSTITUTO**” y enviando fotocopias de los diplomas, certificados y/u otros documentos que avalen la capacitación.; u) “**EL PROVEEDOR**” se obliga a la asistencia del personal requerido por “**EL INSTITUTO**” en las actividades técnicas y administrativas programadas y solicitadas por las Unidades Técnicas y Administrativas de la Institución; v) En casos de complicaciones medicas y quirúrgicas por iatrogenia, Negligencia, Mala Praxis u otra complicaciones que conlleven a un proceso medico-legal comprobada, “**EL PROVEEDOR**” cubrirá los costos que se produzcan por esta causa; w) “**EL PROVEEDOR**” deberá aplicar las normas, protocolos, guías clínicas de atención vigentes y autorizadas por “**EL INSTITUTO**”; x) “**EL PROVEEDOR**” está en la obligación de presentar una Garantía Bancaria, fianza o cheque certificado por el quince por ciento (15%) del valor del contrato por el fiel cumplimiento del contrato, la que se constituirá con una vigencia hasta tres meses después de finalizado el contrato y deberá llevar la cláusula obligatoria siguiente “**LA PRESENTE GARANTIA DE CUMPLIMIENTO SERA EJECUTADA A SIMPLE REQUERIMIENTO DEL IHSS; ACOMPAÑADA DE UN CERTIFICADO DE INCUMPLIMIENTO EXTENDIDO POR LA DIRECCION EJECUTIVA DE “EL INSTITUTO”.-** La garantía de cumplimiento será devuelta hasta finalizar el período de suministros y servicios contratado.- **CUARTA: CONDICIONES PARA EL SUMINISTRO DE LOS PRODUCTOS.-** Sera de forma exclusiva la Radioterapia Lineal, que será brindada, previo evaluación de los médicos especialistas del área respectiva, incluye la consulta médica y de otros medios diagnósticos cuando se requiera. Cada uno de los productos y sus definiciones aplicables ya están definidas por “**EL INSTITUTO**”, documento que será entregado a “**EL PROVEEDOR**” para la clasificación de los productos de acuerdo a la normativa aprobada y vigente de “**EL INSTITUTO**”.- **Gestión de Referencias Médicas:** a) Cuando un asegurado adquiera su estatus como tal y todavía no se encuentre en poder de “**EL PROVEEDOR**” la información para verificar localmente dicha condición, “**EL PROVEEDOR**” deberá solicitar a “**EL INSTITUTO**” la extensión de una Autorización de Servicios, la cual se brindará con su respectivo número de autorización aplicable al paciente atendido.- En el Informe de Actividad deberá figurar la información sobre las referencias emitidas, o bien autorizaciones emitidas, para todas y cada una de las atenciones en salud brindadas por “**EL PROVEEDOR**”, con excepción de las urgencias médicas pues estas no requieren referencia o autorización para su atención; b) Cada referencia será emitida de acuerdo a la normativa de “**EL INSTITUTO**”; c) Los servicios de consulta médica

Un Seguro para todos con Justicia Social

Edificio Administrativo Barrio Abajo Tegucigalpa Teléfonos: 237-4736 Ext.1701



IHSS

Instituto Hondureño de Seguridad Social

especializada cubrirán a los asegurados directos y a los hijos de asegurados hasta la edad de 11 años.- **Normas, protocolos y procedimientos referentes a LOS PRODUCTOS:** Las definiciones, normas, protocolos, procedimientos, estándares de calidad y de productividad y cualquier otro concepto que se requiera en la comprensión y definición de los términos o la magnitud, extensión y calidad de LOS PRODUCTOS objeto del Contrato , serán las descritas en éste, o las definidas por “EL INSTITUTO” en la normativa institucional vigentes legalmente y de cumplimiento obligatorio en la República de Honduras, o las definidas en la normativa institucional aprobada por “EL INSTITUTO” y aquellas disposiciones técnicas que sean emitidas por parte del “EL INSTITUTO” o por la Secretaría de Salud. En caso de no haberse definido expresamente, se aplicarán aquellos procedimientos, normas y métodos de atención en salud, aceptados y validados científicamente a nivel internacional y aprobado por la Dirección Médica Nacional de “EL INSTITUTO”.- **Informes periódicos:** “EL PROVEEDOR” suministrará a “EL INSTITUTO” informes mensuales, según la Norma del “EL INSTITUTO” vigente, incluyendo el reporte oportuno de las enfermedades de notificación obligatoria a la Secretaría de Salud.- Específicamente, “EL PROVEEDOR” enviará a la Gerencia Administrativa y Financiera de “EL INSTITUTO” un Informe mensual de actividades, suministrado en medios electrónicos y en los formatos específicos que al efecto defina “EL INSTITUTO” , conteniendo el detalle de las variables que se describen a continuación: **Variables obligatorias del Informe de Actividad Mensual:** 1) Número de identificación del asegurado atendido; 2) Profesional que brinda la atención – código y nombre; 3) Condición de aseguramiento; 4) Aseguradora o institución que financia; 5) Fecha y hora de la atención; 6) Fecha de Inicio de Tratamiento; 7) Fecha de Finalización de Tratamiento; 8) Tipo de producto (según catálogo que se defina); 9) Tipo de actividad; según Catálogo de Servicios que se defina; 10) Diagnóstico principal – Código CIE-10; 11) Diagnóstico secundario – Código CIE-10; 12) Procedimientos Radioterapia; 13) Traslados; 14) Referencia y contrarreferencia; 15) Tipos de Referencia y Contrarreferencia ; 16) Condición del Egreso Hospitalario.- Los informes de actividades, deberán ser presentados a la Gerencia Administrativa y Financiera de “EL INSTITUTO” dentro de los primeros cinco días hábiles después de cumplido el mes reportado.- **INDICADORES PARA LA EVALUACION DEL DESEMPEÑO.**- Serán evaluados y supervisados de acuerdo a los indicadores establecidos por la Dirección Medica Nacional, en forma periódica sin especificación del tiempo en que serán realizadas dichas evaluaciones. **DECIMA SEXTA: DURACION DEL CONTRATO:** El presente Adendum tendrá una vigencia a partir del **VEINTICINCO (25) DE ENERO DEL DOS MIL TRECE (2013) AL TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DEL DOS MIL TRECE (2013)** , pudiendo prorrogarse a voluntad de

Un Seguro para todos con Justicia Social

Edificio Administrativo Barrio Abajo Tegucigalpa Teléfonos: 237-4736 Ext.1701



IHSS

Instituto Hondureño de Seguridad Social

ambas partes, mediante notas con anticipación de treinta (30) días, quedando las demás Clausulas en las mismas condiciones que el Contrato original.- **SEGUNDA:** **DE LA ACEPTACION:** Manifiesta el señor **ROBERTO ANTONIO JEREZ CABALLERO**, que es cierto todo lo expresado por el **Dr. MARIO ROBERTO ZELAYA ROJAS** y que en este acto se compromete a dar fiel cumplimiento a las Clausulas y condiciones establecidas en el presente Adendum.- En fe de lo cual firmamos en la ciudad de Tegucigalpa Municipio del Distrito Central, a los once días del mes de abril del dos mil trece.

DR. MARIO ROBERTO ZELAYA R.
DIRECTOR EJECUTIVO, IHSS

ROBERTO ANTONIO JEREZ CABALLERO
GERENTE GENERAL
SEDIMAS S. DE R.L DE C.V.

Cc: Archivo
Cc: Interesado