AÑO CVI/ LA PLATA, MIÉRCOLES 28 DE OCTUBRE DE 2015 Nº 27.650

Boletín Oficial

DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

MINISTERIO DE
JEFATURA DE GABINETE

BUENOS AIRES PROVINCIA BA

SUPLEMENTO DE 40 PÁGINAS
Resoluciones

Resoluciones

Provincia de Buenos Aires
INSTITUTO DE OBRA MÉDICO ASISTENCIAL
Resolución Nº 6.903/14

La Plata, 30 de diciembre de 2014

VISTO el expediente N° 2914-11672/11 iniciado por Dirección de Afiliaciones, caratulado "ACTUALIZACIÓN MODELOS DE CONVENIOS AFILIATORIOS CON ENTIDADES PÚBLICAS Y PRIVADAS"; y

CONSIDERANDO:

Que la Dirección de Afiliaciones promueve la actualización de los modelos de convenios afiliatorios que se suscriben con entidades públicas y privadas, en virtud de lo dispuesto por el art. 20 de la Ley N° 6.982;

Que las normas legales enunciadas regulan el régimen voluntario colectivo, en distintos aspectos que hacen a su implementación;

Qua asimismo deben dictarse otras normas de idéntico rango para normatizar nuevos aspectos que surgen como resultado de la experiencia recogida y de las adecuaciones de los distintos tipos afiliatorios del I.O.M.A.;

Que la Dirección de Relaciones Jurídicas y la Dirección de Afiliaciones entienden necesario, para un correcto manejo instrumental, la agrupación en una sola norma legal de todo lo relacionado con la temática de la Afiliación Voluntaria Colectiva prevista en el Artículo 20 de la Ley N° 6.982 y su Decreto Reglamentario Nº 7881/84, realizando modificaciones con respecto al régimen de aportes, y conservando la distinción de tratamiento según el convenio sea de incorporación masiva o parcial;

Que las modificaciones vertidas en los proyectos de convenios adjuntos a fojas 126/177 fueron puestas a consideración de la Asesoría General de Gobierno, la Contaduría General de la Provincia de Buenos Aires, y la Fiscalía de Estado;

Que el Directorio en su reunión de fecha 3 de noviembre de 2014, según consta en Acta N° 45 RESOLVIÓ: Aprobar la modificación de los modelos de convenios afiliatorios colectivos que este Instituto celebra con las distintas Entidades, en el marco de lo dispuesto por el Artículo 20 de la Ley N° 6.982 y de su Decreto N° 7.881/84, los mismos formarán parte del acto administrativo a dictarse como Anexo Único;

Por ello,

EL DIRECTORIO DEL INSTITUTO DE OBRA MÉDICO ASISTENCIAL
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, RESUELVE:

ARTÍCULO 1°. Derogar en todos sus términos las Resoluciones N° 0365 del 01/07/85, 0670 del 06/11/96, 0001 del 06/01/1997, 1119 del 16/09/97, 0235 del 22/03/99 y 0071 del 01/02/2000.

ARTÍCULO 2°. Aprobar como ANEXO 1, parte integrante de la presente, las "Condiciones y Requisitos" que deberán acreditar las Entidades Públicas y Privadas que pretendan incorporarse a los beneficios del IOMA por el régimen voluntario colectivo previsto en el Artículo 20 de la Ley N° 6.982 y su concordante reglamentario 7.881/84.

ARTÍCULO 3°. Fijar en concepto de garantía del cumplimiento de las obligaciones contractuales de las Entidades que adhieran al régimen asistencial de este I.O.M.A., el equivalente a tres (3) meses de aportes regulares. El mismo deberá ser efectivo a través de:

I. AVAL BANCARIO a un (1) año de plazo coincidente con la vigencia del convenio-, que deberá contener membrete bancario y firma certificada de quien lo extienda.

II. PÓLIZA DE SEGURO a un (1) año de plazo acompañando el recibo de pago contado.

Quedan exceptuadas de esta obligación las Entidades nacionales, provinciales, municipales o interestaduales.

ARTÍCULO 4°. Establecer que el aporte a percibir por los beneficiarios del régimen voluntario colectivo que se desempeñan sin relación de dependencia laboral, será el equivalente al noventa y cinco por ciento (95 %) del valor establecido para el régimen de aportes de los afiliados voluntarios individuales, de acuerdo a la normativa que al efecto establezca el Honorable Directorio.

ARTÍCULO 5°. Establecer que el aporte a percibir por los beneficiarios del régimen voluntario colectivo que se desempeñan con relación de dependencia laboral, será el equi-

valente al aporte y contribución previsto por el art. 13 de la Ley Nº 6.982 sobre el sueldo, bonificación, dieta, sueldo anual complementario, o cualquier otra retribución sujeta a aportes previsionales.

El valor mínimo de dicho aporte será equivalente al valor de la cuota de un afiliado voluntario individual directo.

En el caso de que el afiliado directo incorpore a su cargo al cónyuge o conviviente en aparente matrimonio en los términos establecidos en el art. 19 del Decreto N° 7.881/84, y el mismo estuviere sujeto a otro régimen asistencial obligatorio, se establece un aporte adicional equivalente al valor de la cuota de un afiliado voluntario individual directo.

ARTÍCULO 6°. Establecer la obligación para la Entidad Adherida por convenio masivo de efectivizar el aporte correspondiente a nuevos beneficiarios a partir del primer día de su ingreso a la Entidad independientemente de la presentación o no de la documentación afiliatoria.

ARTÍCULO 7°. Los postulantes de Entidades Públicas y Privadas que provengan de convenios parciales de incorporación, sean directos o indirectos, y de convenios con Entidades que incorporen a sus pasantes, deberán acompañar, como requisito previo a la aceptación de su afiliación, toda la documentación que establezca la normativa dictada por el Directorio al efecto.

ARTÍCULO 8°. La documentación referida en el artículo anterior será analizada por la Auditoría Médica, y una vez aprobada la misma iniciará el plazo de carencia. La Dirección de Afiliaciones notificará fehacientemente a la Entidad, la cual efectivizará el pago de las cuotas de carencia que correspondan.

ARTÍCULO 9°. En aquellos casos que la Auditoría Médica, luego de evaluar la documentación referida, considere que los postulantes presentan patologías susceptibles de encuadrarse como enfermedad preexistente conforme normativa vigente, la petición afiliatoria será sometida a consideración final del Directorio.

En los casos que el Directorio rechace la solicitud afiliatoria, el acto administrativo deberá ser notificado fehacientemente a los interesados y a la entidad, conforme lo establece la ley de procedimiento.

ARTÍCULO 10. Establecer que los afiliados voluntarios colectivos directos o indirectos que se hubieren desvinculado del I.O.M.A y pretendan reingresar, estarán sujetos a la normativa vigente para las afiliaciones voluntarias individuales.

ARTÍCULO 11. El postulante que se encontrare en uso de licencia sin goce de sueldo en Organismos Estatales, podrá hacer uso de su continuidad afiliatoria a

través de la Entidad que lo represente, siempre y cuando la gestión se efectivice dentro de los treinta (30) días de iniciada la licencia, provenga de Entidades con convenios parciales y cuente con el respaldo de la contratante, a efectos de la ininterrupción de los aportes correspondientes.

ARTÍCULO 12. La solicitud de afiliación al régimen voluntario colectivo que procede de ex agentes de la Administración Pública y/o voluntarios individuales con aportes regulares, gozarán de la continuidad afiliatoria, siempre y cuando la gestión se realice dentro de los sesenta (60) días de producido el hecho desvinculante y provenga de Entidades con convenios parciales.

Quedan excluidos los provenientes de Convenios Especiales, ya sea por la cuota o beneficio prestacional, distintos a los establecidos para el régimen en general.

ARTÍCULO 13. Establecer que en los casos que la solicitud de afiliación al régimen voluntario colectivo de Entidades Adheridas con convenio parcial provenga de ex afiliados voluntarios individuales, los mismos deberán presentar la correspondiente certificación que acredite que no registran deuda con este I.O.M.A., conforme a la normativa que rige la materia.

ARTÍCULO 14. Establecer que en los casos que la solicitud de afiliación al régimen voluntario colectivo de Entidades Adheridas con convenio parcial provenga de ex afiliados indirectos cualquiera sea su procedencia, gozarán de la continuidad afiliatoria siempre y cuando la gestión se realice dentro de los sesenta (60) días de producida su desvinculación.

ARTÍCULO 15. Aprobar como modelos tipos de convenios de incorporación para Entidades Públicas y Privadas los que se identifican como: ANEXO 2, para Entidades que adhieran masivamente a sus representados, con relación de dependencia laboral, ANEXO 3, para Entidades que adhieran masivamente a sus representados, sin relación de dependencia laboral, ANEXO 4, para Entidades que adhieran parcialmente a sus representados, con relación de dependencia laboral, ANEXO 5, para Entidades que adhieran parcialmente a sus representados, sin relación de dependencia laboral, y ANEXO 6, para Entidades que adhieran a sus pasantes.

ARTÍCULO 16. REGISTRAR. Comuníquese a la Asesoría General de Gobierno, a la Contaduría General de la Provincia de Buenos Aires, y a la Fiscalía de Estado. Tomen conocimiento las Direcciones Generales y Direcciones del Instituto. Cumplido, Publicar, archivar.

Antonio La Scaleia
Presidente I.O.M.A.

Anexo 1

I.O.M.A.
INSTITUTO DE OBRA MÉDICO ASISTENCIAL
PROVINCIA DE BUENOS AIRES - ENTE AUTÁRQUICO

REQUISITOS Y *CONDICIONES*
PARA LA ADHESIÓN DE
ENTIDADES PÚBLICAS Y *PRIVADAS*

CONDICIONES:

1. Estar radicada en la Provincia de Buenos Aires.
2. Poseer personería jurídica o gremial o autorización de funcionamiento.
3. Representar a un mínimo de diez (10) titulares.
4. Satisfacer la garantía exigida como aval equivalente a tres (3) cuotas por afiliado, excepto para organismos del estado nacional, provincial, municipal o interestaduales.
5. Participar en el aporte afiliatorio, indicando el porcentaje a cargo de la Entidad.

PRESENTAR NOTA DE SOLICITUD DE ADHESIÓN INDICANDO:
1. Denominación y actividad de la Entidad.
2. Número total de postulantes (directos y cargas).
3. Proporción en que será satisfecho el aporte por parte de la Entidad y de sus representados.
4. Domicilio legal en la ciudad de La Plata.
5. Indicar la/s persona/s que firmará/n el contrato, que deberá/n ser quien/es por Reglamento de la Entidad ejerce/n la representación legal de la misma.
6. Indicar la/s persona/s que realizarán las gestiones administrativas ante este I.O.M.A.
7. Prestar conformidad a efectivizar el depósito de garantía.
8. Indicar si la afiliación comprenderá a la totalidad del personal. En caso de ser parcial, señalar el porcentaje del personal que abarcará.
9. Indicar tipo de vinculación entre los postulantes y la Entidad (si existe relación de dependencia laboral, si son asociados, beneficiarios, etc.).

ACOMPAÑAR:
1. Nómina discriminativa de cada postulante a la afiliación, indicando apellido y nombre por orden alfabético, domicilio, cantidad de familiares a cargo, proporción de aporte y en el rubro OBSERVACIONES, cargo o función.
2. Contrato social o Estatuto.
3. Acreditación de personería jurídica o gremial o autorización expresa de funcionamiento extendida por autoridad competente.
4. Acta de designación de las autoridades actuales.

NOTA: La documentación que se remita en fotocopia deberá estar autenticada.

Anexo 2

Entre el INSTITUTO DE OBRA MÉDICO ASISTENCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, en adelante “el I.O.M.A.“, representado por su señor Presidente (…), por una parte; y por la otra, (…), en adelante la “ENTIDAD ADHERIDA”, representada por (…), se celebra el presente CONVENIO AFILIATORIO MASIVO CON RELACIÓN DE DEPENDENCIA, de acuerdo a la Resolución N° ..... , obrante a fojas ..... del Expediente N° (...).

CLÁUSULA 1ª: Instrumentación: Las partes convienen la instrumentación de los beneficios que brinda el “I.O.M.A”, en favor de la totalidad del personal en relación de dependencia laboral con la “Entidad Adherida”, y de sus familiares a cargo nominados en el Anexo V del presente convenio, los que suman la cantidad de ..... afiliados directos y ..... familiares a cargo en calidad de afiliados indirectos.

CLÁUSULA 2ª: Prestación: El “I.O.M.A.” prestará sus servicios asistenciales conforme a la normativa vigente y/o a la que pudiera dictar su Directorio sobre el particular, durante la vigencia de este contrato.

CLÁUSULA 3ª: Documentación afiliatoria: La “Entidad Adherida” se obliga a presentar al “I.O.M.A.“ la documentación afiliatoria de todo beneficiario ingresante a la Entidad, en la forma y bajo las condiciones establecidas en el Anexo II (integrante del presente), bajo apercibimiento de la aplicación del inciso b) de la Cláusula Décimo Tercera, en lo pertinente. Los nuevos beneficiarios ingresarán en las mismas condiciones que los incorporados anteriormente.

CLÁUSULA 4ª: Cuota: La Entidad Adherente abonará por el derecho al uso de los beneficios asistenciales una cuota mensual por afiliado directo equivalente al aporte y contribución previsto por el artículo 13 de la Ley 6.982 sobre el sueldo, bonificación, dieta, sueldo anual complementario, o cualquier otra retribución sujeta a aportes previsionales.
El valor mínimo de la cuota será establecido por el Directorio del I.O.M.A.

CLÁUSULA 5ª: Pago: Las cuotas mencionadas en la Cláusula Cuarta deberán ser abonadas por mes adelantado hasta el día diez (10) de cada mes, mediante depósito en el Banco de la Provincia de Buenos Aires, a la orden del I.O.M.A. en la cuenta Nº 829/5 de la sucursal 2000, o en aquella que la Obra Social indique. A los efectos del pago, se tomarán como base de cálculo las remuneraciones sujetas a aportes del mes inmediato anterior.
El aporte correspondiente al sueldo anual complementario se efectivizará del uno (1) al diez (10) de enero y julio respectivamente.

CLÁUSULA 6ª: Condiciones documentales: La Entidad Adherida queda obligada:
1. A remitir a la Dirección de Finanzas, dentro de los dos (2) primeros días hábiles posteriores al vencimiento del plazo para efectuar los pagos:
a) Declaración Jurada de Aportes según modelo que forma parte del presente como ANEXO I, con todos los datos en ella requeridos.
b) Boleta de depósito correspondiente a la efectivización de los pagos.
c) CD con la información contenida en las planillas.
d) Planillas discriminativas de aportes según modelo que forma parte del presente como Anexo III, con todos los datos en ella requeridos.
2. A remitir a la Dirección de Afiliaciones:
a) El movimiento de altas, bajas y modificaciones conforme a las pautas establecidas en el ANEXO II del presente contrato.
b) Listado general de sus representados conforme “Formato de Registro” obrante en el ANEXO II integrante del presente.

El “I.O.M.A” se reserva el derecho de efectuar las compulsas necesarias sobre toda documentación referida a la vinculación laboral de los incorporados a través de la Entidad Adherida, incluidos libros de sueldos y jornales. A tales efectos, la Entidad se obliga a llevar un registro mensual actualizado de su personal en relación de dependencia.

CLÁUSULA 7ª: Incumplimiento en el pago: El incumplimiento de lo establecido en la Cláusula Cuarta y Quinta hará incurrir a la Entidad Adherida en mora de pleno derecho, estableciéndose que la falta total o parcial de pago devengará, desde sus respectivos vencimientos y hasta el día de efectivo pago,
un interés equivalente a la tasa que paga el Banco de la Provincia de Buenos Aires para sus depósitos a treinta (30) días vigentes en los distintos períodos de aplicación. En caso de perder vigencia la Ley 23.928, será de plena aplicación la actualización establecida en el Artículo 36 del Decreto Reglamentario 7881/84.

CLÁUSULA 8ª: Garantía: La Entidad Adherida garantiza el cumplimiento de sus obligaciones contractuales mediante la acreditación de aval bancario y/o póliza de caución de un (1) año de vigencia, o cualquier otra documentación que al efecto determine el Directorio. La suma garantizada deberá ser equivalente a tres (3) meses de pagos regulares. El aval deberá contener membrete del Banco y certificación de firma de quien lo extiende. En el caso de póliza de caución deberá la Entidad presentar el comprobante original de pago contado anual.

CLÁUSULA 9ª: Bajas: Producida alguna baja se procederá y surtirá efectos de acuerdo a lo previsto en el ANEXO II, punto 3. En caso de incumplimiento, la Entidad Adherida continuará abonando la cuota hasta hacerse efectiva la baja en el modo descripto.

CLÁUSULA 10ª: Aceptación de bajas: Sólo se aceptarán bajas de afiliados en los casos de cesantía, renuncia o desvinculación de la Entidad Adherida, y condicionadas a que la Entidad se encuentre al día en el pago de las cuotas correspondientes.
Aquellos beneficiarios a los cuales se les hubiera aceptado su desvinculación del sistema y pretendan reingresar, estarán sujetos a la normativa vigente para las afiliaciones voluntarias individuales.

CLÁUSULA 11ª: Representantes de gestión: La Entidad adherida deberá notificar fehacientemente a este I.O.M.A. en un plazo de diez (10) días desde la suscripción del presente convenio la persona autorizada que realizará las gestiones ante este IOMA. Asimismo la Entidad adherida quedará obligada a notificar del mismo modo y un plazo de diez (10) días cualquier modificación al respecto.

CLÁUSULA 12ª: Vigencia: El presente convenio tendrá un (1) año de duración, plazo que deberá contarse a partir del Primero de ..... de ....., quedando automáticamente renovado por idéntico período en tanto las partes no manifiesten su voluntad en contrario con treinta (30) días de antelación, mediante notificación fehaciente.

CLÁUSULA 13ª: Rescisión: El I.O.MA podrá rescindir este contrato por las siguientes causales:

a) En forma automática si la Entidad Adherida no satisface el pago de dos (2) mensualidades consecutivas o alternadas de aportes, dentro de los plazos previstos en la Cláusula Quinta.
b) Falsedad en la documentación exigida en la Cláusula Sexta y/o incumplimiento en la presentación de la misma en tiempo y forma.
c) Cuando razones de política institucional del I.O.M.A. así lo aconsejen, y/o por cambio de normativa que haga necesaria la adaptación del presente.

Sin perjuicio de lo expuesto, las partes podrán denunciar este convenio incausadamente con treinta (30) días de antelación, transcurridos los primeros ciento ochenta (180) días de la fecha de vigencia. A tales efectos, deberán comunicar a la otra parte en forma fehaciente su decisión rescisoria.

CLÁUSULA 14ª: Reingreso: En caso de rescisión del presente convenio aquellos beneficiarios que pretendan reingresar a este IOMA deberán peticionarlo previa cancelación del saldo deudor en caso que existiere, sin perjuicio de las acciones que pudieren corresponder contra la Entidad.

CLÁUSULA 15ª: Suspensión de servicios: Producida alguna de las circunstancias enumeradas en los apartados a) y b) de la Cláusula Décimo Tercera y hasta tanto finalicen los trámites inherentes a la rescisión, el I.O.M.A podrá suspender inmediatamente los servicios asistenciales, sin perjuicio de poder adoptar la misma medida en caso de transgredirse cualquiera de las restantes cláusulas del presente contrato. Si la causal fuera la prevista en el apartado c), la suspensión de los servicios operará a los treinta (30) días de comunicada la decisión por parte del I.O.M.A. a la Entidad Adherida, siendo de aplicación lo previsto en el ANEXO II, punto 3.2).

CLÁUSULA 16ª: Entrega de credenciales: Si el vencimiento de las credenciales coincide con la fecha de rescisión del vínculo contractual la Entidad Adherida se obliga a su devolución en la Sede Central del I.O.M.A., en el término perentorio de diez (10) días corridos a partir de aquel vencimiento. Para el supuesto de que el presente contrato sea rescindido en cualquier momento, que no sea coincidente con lo expresado en el párrafo anterior, la Entidad Adherida deberá entregar la totalidad de las credenciales (de acuerdo a lo requerido en el ANEXO II, punto 3.), el día de la efectiva baja.
En caso de incumplimiento de lo previsto en la presente cláusula, será de aplicación lo establecido en la Cláusula Novena sin perjuicio de las medidas judiciales y/o administrativas que correspondan a la retención indebida de credenciales.

CLÁUSULA 17ª: El I.O.M.A. ejercerá el poder sancionatorio conferido por el art. 7 inc. h) del Decreto 7881/84, reglamentario del art. 7 de la Ley del I.O.M.A. N° 6982 (T.0.1987), contra los afiliados que incurran en la comisión de las irregularidades tipificadas por el mismo, mediante la aplicación, previa instrucción de sumario, de las sanciones allí previstas que la Entidad Adherida declara conocer.

CLÁUSULA 18ª: Para todos los efectos de este contrato, las partes fijan los siguientes domicilios: el I.O.M.A. en la calle 46 N° 886 de la ciudad de La Plata y la Entidad Adherida en la calle (...) de la ciudad de ....., y se someten a la competencia de los Tribunales Ordinarios del Departamento Judicial La Plata. renunciando a toda otra jurisdicción.

CLÁUSULA 19ª: Déjase expresa constancia que este contrato responde íntegramente a la Reglamentación para la incorporación de las Entidades Públicas y Privadas, que las partes declaran conocer y acatar. El IOMA aplicará su normativa vigente y/o la que pudiera dictar el Directorio sobre el particular durante la vigencia de este convenio, aún en las situaciones que el presente contrato no prevea textualmente.
La Entidad queda obligada a notificar a sus beneficiarios los términos del presente convenio y las modificaciones que el mismo sufriere, debiendo acompañar el formulario de adhesión voluntaria al convenio con IOMA conforme el Anexo IV.

Previa lectura y ratificación, se firman dos (2) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la Ciudad de La Plata, a los ..... días del mes de ..... de .....

ANEXO I

Instituto de Obra Médico Asistencial
Dirección de Finanzas
Departamento Recursos

Fecha de emisión:
Entidades Privadas

Declaración Jurada de Aportes

Entidad: **CODIGO DE ENTIDAD:**

Domicilio: .
Localidad: .
Característica Tel: . Teléfonos: Código Postal: . e-mail: . Expediente Nro.: . Fax: .

Declaración jurada: Original **Concepto de la liquidación: Normal** **Rectifica: NO** **Periodo: 04/2005** **S.A.C.: (Ninguno)**

Para	Cant. Afiliados	F. Sueldo	F. Depósito	Dif. Auditorías	Nominal	Patronal	Personal	Total
AFILIADOS			-/-/—					

Depositado en la cuenta Nro.: 829/5

Observaciones:

Afiliados:

Nota: La entidad adherida, queda obligada a remitir a la Dirección de Finanzas, la presente documentación, dentro de los 2 (dos) primeros días hábiles posteriores al vencimiento del plazo para efectuar los aportes, (cláusula 6, punto 1 inc. A,B,C), del convenio suscripto oportunamente. La presente Declaración Jurada mensual, deberá confeccionarse por duplicado, completando todos sus ítems.
Evite tachar, enmendar, remarcar o borrar el formulario de Declaración, pues perderá validez, y se le reclamará una nueva presentación. De ser necesario, confeccione un nuevo formulario.
Tenga presente las fechas de vencimiento, y consulte, en caso de mora, la forma de cálculo de intereses, multas y su pago.
Quienes suscriben, declaran bajo juramento, que la información consignada es correcta y completa, sin que se halla omitido dato alguno, y fue confeccionada según la legislación y normativa vigente, de la Ley de I.O.M.A. Nro. 6982 y sus modificatorias.

Número de serie	Código	N ó A	Periodo	F.P.S.	F. E.	Afiliados

Firma del Contador

Firma del Responsable

ANEXO II

REQUISITOS PARA TRÁMITES DE ALTAS Y BAJAS

Será responsabilidad de la Entidad Adherida:

1. La designación expresa de un representante ante el I.O.M.A., a efectos de realizar los trámites inherentes a cuestiones afiliatorias.
2. Trámite de Alta:
2.1. Presentación hasta el vigésimo (20°) día de cada mes (o hábil anterior) de "Ficha 2" debidamente cumplimentada y certificada por la Entidad. Los efectos de esa alta se producirán a partir del día 1° del mes siguiente.
2.2. Distribución de las credenciales habilitantes.
3. Trámite de Baja:
3.1. Presentación de baja, con la "Ficha 5" debidamente cumplimentada, hasta el vigésimo (20°) día de cada mes (o hábil anterior). Los efectos de esa baja se producirán a partir del día 1° del mes siguiente.
3.2. Obligación de rescatar la/s credencial/es habilitante/s en caso de baja, la/s que se acompañarán a la "Ficha 5" y de entregarlas al I.O.M.A. dentro del plazo previsto en el Punto 3.1.
4. La remisión mensual hasta el día 20 de cada mes, a la Dirección de Afiliaciones, del listado general de sus representados según el "Formato de Registro" que se adjunta a la presente.

En caso de extravío de la credencial del afiliado al I.O.M.A., deberá denunciarse en forma inmediata en la dependencia correspondiente, de la que se recabará la certificación de denuncia, sin cuyo requisito el I.O.MA no cumplimentará ningún pedido de extensión de duplicado.

Formato de Registro

Nombre del campo	Longitud	Tipo de Campo	Descripción
1. Tipo_Doc	1	Numérico	(1) Hombre (2) Mujer
2. Nro_Doc	8	Numérico	Nro. de Documento del Afiliado
3. ApeyNom	30	Carácter	Apellido y Nombre del Afiliado, sin caracteres extraños, doble espaciado.
4. Mes_Aporte	6	Numérico	Mes-Año del Aporte (Formato MMAAAA)
5. Fecha_Alta	10	Carácter	Fecha del Primer Aporte al I.O.M.A., por el afiliado

Restricciones de los datos:

1. Tipo de Documento:
   1 Si el afiliado es hombre
   2 SI el afiliado es mujer
2. Número de documento: Debe ser D.N.I. (este dato es indispensable)
3. Apellido y nombre:
   No debe tener caracteres extraños como:
   !@#$%&.:;1234567890()-_=+?/\<>, etc
   Ni tampoco doble espaciado entre nombres o apellido y nombre
4. Mes de aporte: De la forma mes/año, "092013", para "Septiembre de 2013".
5. Fecha de alta: De la forma dd/mm/aaaa; ejemplo: "01/02/2013", para el 1º de Febrero de 2013.

Nota: El archivo que se envíe al I.O.M.A., debe ser entregado con las especificaciones mencionadas, con extensión de Texto DOS (.txt) o MS Excel (.xls), y con el nombre de "LISTADO".

ANEXO III

PLANILLA DISCRIMINATIVA DE APORTES-MES

CONVENIO AFILIATORIO MASIVO CON RELACION DE DEPENDENCIA

APELLIDO Y NOMBRE		APORTE
TITULAR	REMUNERACION SUJETA A DESCUENTO	

ANEXO V

NÓMINA DE PERSONAL CON RELACION DE DEPENDENCIA

(Incluyendo familiares a cargo)

APELLIDO Y NOMBRE	
TITULAR	CARGAS

INSTRUCCIONES. FICHA Nº 5

Escribir a máquina o en letra tipo imprenta.

1) NOMBRE DE LA ENTIDAD, MINISTERIO, MUNICIPALIDAD, ETC.. Completar según corresponda.
2) NUMERO DE ENTIDAD: Se reserva para uso exclusivo del IOMA
3) ORIGEN DE AFILIACION: Se reserva para uso exclusivo del IOMA
4) NUMERO DE AFILIADO: Será tomado de la credencial correspondiente comenzando por el primer casillero de la izquierda.
5) TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL AFILIADO A DAR DE BAJA: Repetir en el cuadro en blanco correspondiente el numero de codigo asignado segun tipo de documento y sexo.
Consignar a continuación y en todos los casos el número de la Libreta de Enrolamiento o Libreta Cívica, sólo excepcionalmente y en caso de no poseerla se indicará el número de otro documento.
6) BAJA DEL AFILIADO DIRECTO Y FAMILIARES O DE ESTOS ULTIMOS SOLAMENTE: Repetir en el cuadro en blanco el número de código asignado según corresponda.
7) y 8) APELLIDO/S y NOMBRE/S: Se comenzará a escribir por el primer casillero de la izquierda, separando cada nombre y apellido con cuadro en blanco. Si estos superan el número de casilleros disponibles, se reemplazarán los últimos apellidos y / o nombres por las iniciales correspondientes.
9) CODIGO DE BAJA. Corresponde copiar la letra que se encuentra antepuesta a cada uno de los casos de baja que a continuación se detallan:

A - Fallecido
B - Renuncia o Cesantía
C - Exoneración
D - Divorcio
E - Falta de pago
F - Cancelación de Pensión
G - Baja de familiar (mayoría de edad, enlace)
H - Suspensión con sanción
I - Baja por proceso (modificaciones)
J - Licencia sin goce de sueldo
K - Mayoría de edad
M - Padres dan baja hijo por asignación universal
N - Baja por proceso (modificaciones)
P - Proceso
R - Revocatoria AVI (H. Direct.)
S - No aceptación de descuento Decreto 1771/07
U - Baja por cotejo

10) FECHA DE BAJA: Se pondrá cada número en un casillero. Si el día, mes o año es de una sola cifra se le escribirá dentro de la columna correspondiente, en el cuadro de la derecha.
11) FECHA DE FINALIZACION DE LA BAJA: (Licencia, suspensiones): Completar igual que el rubro 10.

Anexo 3

Entre el INSTITUTO DE OBRA MÉDICO ASISTENCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, en adelante “el I.O.M.A.”, representado por su Sr. Presidente (…), por una parte; y por la otra, (…), en adelante la ENTIDAD ADHERIDA, representada por (…), se celebra el presente CONVENIO AFILIATORIO MASIVO SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA, de acuerdo a la Resolución N° ....., obrante a fs ..... del Expediente N° (...).

CLÁUSULA 1ª: Instrumentación: Las partes convienen la instrumentación de los beneficios que brinda el I.O.MA, en favor de la totalidad de los asociados a la Entidad Adherida, y de sus familiares a cargo nominados en el Anexo V, los que suman la cantidad de ..... afiliados directos y ..... familiares a cargo en calidad de afiliados indirectos.

CLÁUSULA 2ª: Prestación: El I.O.M.A. prestará sus servicios asistenciales conforme a la normativa vigente y/o a la que pudiera dictar su Directorio sobre el particular, durante la vigencia de este contrato.

CLÁUSULA 3ª: Documentación afiliatoria: La Entidad Adherida se obliga a presentar al I.O.M.A. la documentación afiliatoria de todo beneficiario ingresante a la Entidad en la forma y bajo las condiciones establecidas en el Anexo II integrante del presente, bajo apercibimiento de la aplicación del inciso b) de la Cláusula Décimo Tercera, en lo pertinente. Los nuevos beneficiarios ingresarán en las mismas condiciones que los incorporados anteriormente.

CLÁUSULA 4ª: Cuota: La Entidad Adherida abonará por el derecho al uso de los beneficios asistenciales una cuota mensual, por afiliado directo y familiares a cargo, equivalente al noventa y cinco por ciento (95%) del régimen de aportes vigente para afiliados voluntarios individuales.
Las cuotas mensuales resultantes, calculadas conforme a la presente Cláusula, estarán sujetas a los reajustes y valores mínimos que al efecto establezca el Directorio del I.O.M.A.

CLÁUSULA 5ª: Pago: Las cuotas mencionadas en la Cláusula Cuarta deberán ser abonadas por mes adelantado hasta el día diez (10) de cada mes, mediante depósito en el Banco de la Provincia de Buenos Aires, a la orden del I.O.M.A. en la cuenta Nº 829/15 Sucursal 2000, o en aquella que la Obra Social indique.

CLÁUSULA 6ª: Condiciones documentales: La Entidad Adherida queda obligada:

1. A remitir a la Dirección de Finanzas, dentro de los dos (2) primeros días hábiles posteriores al vencimiento del plazo para efectuar los pagos:
a) Declaración Jurada de aportes según modelo que forma parte del presente como ANEXO 1, con todos los datos en ella requeridos.
b) Boleta de depósito correspondiente a la efectivización de los pagos.
c) CD con la información contenida en las planillas.
d) Planillas discriminativas de aportes según modelo que forma parte del presente como Anexo III, con todos los datos en ella requeridos.
2. A remitir a la Dirección de Afiliaciones:
a) El movimiento de altas, bajas y modificaciones conforme a las pautas establecidas en el ANEXO II del presente contrato.
b) Listado general de sus representados conforme “Formato de Registro” obrante en el ANEXO II integrante del presente.

El “I.O.M.A” se reserva el derecho de efectuar las compulsas necesarias sobre toda documentación referida a la vinculación de los incorporados a través de la
Entidad Adherida. A tales efectos, la Entidad se obliga a llevar un registro mensual actualizado de sus asociados.

CLÁUSULA 7ª: Incumplimiento en el pago: El incumplimiento de lo establecido en la Cláusula Cuarta y Quinta hará incurrir a la Entidad Adherida en mora de pleno derecho, estableciéndose que la falta total o parcial de pago devengará, desde sus respectivos vencimientos y hasta el día de efectivo pago, un interés equivalente a la tasa que paga el Banco de la Provincia de Buenos Aires para sus depósitos a treinta (30) días vigentes en los distintos períodos de aplicación. En caso de perder vigencia la Ley 23.928, será de plena aplicación la actualización establecida en el Artículo 36 del Decreto Reglamentario 7881/84.

CLÁUSULA 8ª: Garantía: La Entidad Adherida garantiza el cumplimiento de sus obligaciones contractuales mediante la acreditación de aval bancario y/o póliza de caución de un (1) año de vigencia o cualquier otra documentación que al efecto determine el Directorio. La suma garantizada deberá ser equivalente a tres (3) meses de pagos regulares. El aval deberá contener membrete del Banco y certificación de firma de quien lo extiende. En el caso de póliza de caución deberá la Entidad presentar el comprobante original de pago contado anual.

CLÁUSULA 9ª: Bajas: Producida alguna baja se procederá y surtirá efectos de acuerdo a lo previsto en el ANEXO II, punto 3. En caso de incumplimiento, la Entidad Adherida continuará abonando la cuota hasta hacerse efectiva en el modo descripto.

CLÁUSULA 10ª: Aceptación de bajas: Sólo se aceptarán bajas de afiliados en los casos de desvinculación con la Entidad Adherida, y condicionadas a que la Entidad se encuentre al día en el pago de las cuotas correspondientes.
Aquellos beneficiarios a los cuales se les hubiera aceptado su desvinculación del sistema y pretendan reingresar, estarán sujetos a la normativa vigente para las afiliaciones voluntarias individuales.

CLÁUSULA 11ª: Representantes de gestión: La Entidad adherida deberá notificar fehacientemente a este IOMA en un plazo de diez (10) días desde la suscripción del presente convenio la persona autorizada que realizará las gestiones ante este IOMA. Asimismo la Entidad adherida quedará obligada a notificar del mismo modo y en un plazo de diez (10) días cualquier modificación al respecto.

CLÁUSULA 12ª: Vigencia: El presente contrato tendrá un (1) año de duración, plazo que deberá contarse a partir del Primero de ..... de ....., quedando automáticamente renovado por idéntico período en tanto las partes no manifiesten su voluntad en contrario con treinta (30) días de antelación, mediante notificación fehaciente.

CLÁUSULA 13ª: Rescisión: El I.O.M.A. podrá rescindir este contrato por las siguientes causales:

a) En forma automática si la Entidad Adherida no satisface el pago de dos (2) mensualidades consecutivas o alternadas de aportes, dentro de los plazos previstos en la Cláusula Quinta.
b) Falsedad en la documentación exigida en la Cláusula Sexta y/o incumplimiento en la presentación de la misma en tiempo y forma.
c) Cuando razones de política institucional del I.O.M.A. así lo aconsejen, y/o por cambio de normativa que haga necesaria la adaptación del presente.

Sin perjuicio de lo expuesto, las partes podrán denunciar este convenio incausadamente con treinta (30) días de antelación, transcurridos los primeros ciento ochenta (180) días de la fecha de vigencia. A tales efectos, deberán comunicar a la otra parte en forma fehaciente su decisión rescisoria.

CLÁUSULA 14ª: Reingreso: En caso de rescisión del presente convenio aquellos beneficiarios que pretendan reingresar a este IOMA deberán peticionarlo previa cancelación del saldo deudor en caso que existiere, sin perjuicio de las acciones que pudieren corresponder contra la Entidad.

CLÁUSULA 15ª: Suspensión de servicios: Producida alguna de las circunstancias enumeradas en los apartados a) y b) de la Cláusula Décimo Tercera y hasta tanto finalicen los trámites inherentes a la rescisión, el I.O.M.A. podrá suspender inmediatamente los servicios asistenciales, sin perjuicio de poder adoptar la misma medida en caso de transgredirse cualquiera de las restantes cláusulas del presente contrato. Si la causal fuera la prevista en el apartado c), la suspensión de los servicios operará a los treinta (30) días de comunicada la decisión por parte del I.O.M.A. a la Entidad Adherida, siendo de aplicación lo previsto en el ANEXO II, punto 3.2).

CLÁUSULA 16ª: Entrega de credenciales: Si el vencimiento de las credenciales coincide con la fecha de rescisión del vínculo contractual la Entidad Adherida se obliga a su devolución en la Sede Central del I.O.M.A., en el término perentorio de diez (10) días corridos a partir de aquel vencimiento.
Para el supuesto de que el presente contrato sea rescindido en cualquier momento, que no sea coincidente con lo expresado en el párrafo anterior, la Entidad Adherida deberá entregar la totalidad de las credenciales (de acuerdo a lo requerido en el ANEXO II, punto 3.), el día de la efectiva baja.
En caso de incumplimiento de lo previsto en la presente cláusula, será de aplicación lo establecido en la Cláusula Novena sin perjuicio de las medidas judiciales y/o administrativas que correspondan a la retención indebida de credenciales.

CLÁUSULA 17ª. Poder sancionatorio: El I.O.M.A. ejercerá el poder sancionatorio conferido por el art. 7 inc. h) del Decreto 7.881/84, reglamentario del art. 7 de la Ley del I.O.M.A. N° 6.982 (T.O.1987), contra los afiliados que incurran en la comisión de las irregularidades tipificadas por el mismo, mediante la aplicación, previa instrucción de sumario, de las sanciones allí previstas que la Entidad Adherida declara conocer.

CLÁUSULA 18ª: Domicilios: Para todos los efectos de este contrato, las partes fijan los siguientes domicilios: el I.O.M.A. en la calle 46 N° 886 de la ciudad de La Plata y la Entidad Adherida en la calle (...) de la ciudad de ....., y se someten a la competencia de los Tribunales Ordinarios del Departamento Judicial La Plata, renunciando a toda otra jurisdicción.

CLÁUSULA 19ª: Déjase expresa constancia que este contrato responde íntegramente a la Reglamentación para la incorporación de las Entidades Públicas y Privadas, que las partes declaran conocer y acatar. El IOMA aplicará su normativa vigente y/o la que pudiera dictar el Directorio sobre el particular durante la vigencia de este contrato, aún en las situaciones que el presente contrato no prevea textualmente.

La entidad queda obligada a notificar a sus beneficiarios los términos del presente convenio y las modificaciones que el mismo sufriere, debiendo acompañar el formulario de adhesión voluntaria al convenio con IOMA conforme el Anexo IV.

Previa lectura y ratificación, se firman dos (2) ejemplares de un mismo tenor y efecto, en la Ciudad de La Plata, a los ..... días del mes de ..... de ....

ANEXO I

Instituto de Obra Médico Asistencial
Dirección de Finanzas
Departamento Recursos

Fecha de emisión:
Entidades Privadas

Declaración Jurada de Aportes

Entidad: **CODIGO DE ENTIDAD:**

Domicilio: .
Localidad: . Código Postal: . Expediente Nro.: .
Característica Tel: . Teléfonos: e-mail: . Fax: .

Declaración jurada: Original	Concepto de la liquidación: Normal	Rectifica: NO	Período: 04/2005	S.A.C.: (Ninguno)

Para	Cant. Afiliados	F. Sueldo	F. Depósito	Dif. Auditorías	Nominal	Patronal	Personal	Total
AFILIADOS			-/-/-					

Depositado en la cuenta Nro.: 829/5

Observaciones:

Afiliados:

Nota: La entidad adherida, queda obligada a remitir a la Dirección de Finanzas, la presente documentación, dentro de los 2 (dos) primeros días hábiles posteriores al vencimiento del plazo para efectuar los aportes, (cláusula 6, punto 1 inc. A,B,C), del convenio suscripto oportunamente. La presente Declaración Jurada mensual, deberá confeccionarse por duplicado, completando todos sus Items.
Evite tachar, enmendar, remarcar o borrar el formulario de Declaración, pues perderá validez, y se le reclamará una nueva presentación. De ser necesario, confeccione un nuevo formulario.
Tenga presente las fechas de vencimiento, y consulte, en caso de mora, la forma de cálculo de intereses, multas y su pago
Quienes suscriben, declaran bajo juramento, que la información consignada es correcta y completa, sin que se halla omitido dato alguno, y fue confeccionada según la legislación y normativa vigente, de la Ley de I.O.M.A. Nro. 6982 y sus modificatorias

Número de serie	Código	N ó A	Período	F.P.S.	F. E.	Afiliados

Firma del Contador Firma del Responsable

ANEXO I

ANEXO II

REQUISITOS PARA TRÁMITES DE ALTAS Y BAJAS

Será responsabilidad de la Entidad Adherida:

5. La designación expresa de un representante ante el I.O.M.A, a efectos de realizar los trámites inherentes a cuestiones afiliatorias.

6. Trámite de Alta:

6.1. Presentación hasta el vigésimo (20°) día de cada mes (o hábil anterior) de "Ficha 2" debidamente cumplimentada y certificada por la Entidad. Los efectos de esa alta se producirán a partir del día 1° del mes siguiente.

6.2. Distribución de las credenciales habilitantes.

7. Trámite de Baja:

7.1. Presentación de baja, con la "Ficha 5" debidamente cumplimentada, hasta el vigésimo (20°) día de cada mes (o hábil anterior). Los efectos de esa baja se producirán a partir del día 1° del mes siguiente.

7.2. Obligación de rescatar la/s credencial/es habilitante/s en caso de baja, la/s que se acompañarán a la "Ficha 5" y de entregarlas al I.O.M.A dentro del plazo previsto en el Punto 3.1.

8. La remisión mensual hasta el día 20 de cada mes, a la Dirección de Afiliaciones, del listado general de sus representados según el "Formato de Registro" que se adjunta a la presente.
En caso de extravío de la credencial del afiliado al I.O.M.A, deberá denunciarse en forma inmediata en la dependencia correspondiente, de la que se recabará la certificación de denuncia, sin cuyo requisito el I.O.M.A no cumplimentará ningún pedido de extensión de duplicado.

Formato de Registro

Nombre del campo	Longitud	Tipo de Campo	Descripción
1. Tipo_Doc	1	Numérico	(1) Hombre (2) Mujer
2. Nro_Doc	8	Numérico	Nro. de Documento del Afiliado
3. ApeyNom	30	Carácter	Apellido y Nombre del Afiliado, sin caracteres extraños, doble espaciado.
4. Mes_Aporte	6	Numérico	Mes-Año del Aporte (Formato MMAAAA)
5. Fecha_Alta	10	Carácter	Fecha del Primer Aporte al I.O.M.A., por el afiliado

Restricciones de los datos:
1. Tipo de Documento:
   1 Si el afiliado es hombre
   2 Si el afiliado es mujer
2. Número de documento: Debe ser D.N.I. (este dato es indispensable)
3. Apellido y nombre:
   No debe tener caracteres extraños como:
   !@#$%&..;1234567890()-_=+?/\<>, etc
   Ni tampoco doble espaciado entre nombres o apellido y nombre
4. Mes de aporte: De la forma mes/año, "092013", para "Septiembre de 2013".
5. Fecha de alta: De la forma dd/mm/aaaa; ejemplo: "01/02/2013", para el 1º de Febrero de 2013.

Nota: El archivo que se envíe al I.O.M.A., debe ser entregado con las especificaciones mencionadas, con extensión de Texto DOS (.txt) o MS Excel (.xls), y con el nombre de "LISTADO".

ANEXO III

PLANILLA DISCRIMINATIVA DE APORTES-MES

CONVENIOS AFILIATORIO MASIVO SIN RELACION DE DEPENDENCIA

APELLIDO Y NOMBRE		
TITULAR	**CARGAS**	**APORTE**

ANEXO IV

ADHESIÓN VOLUNTARIA AL CONVENIO CON IOMA

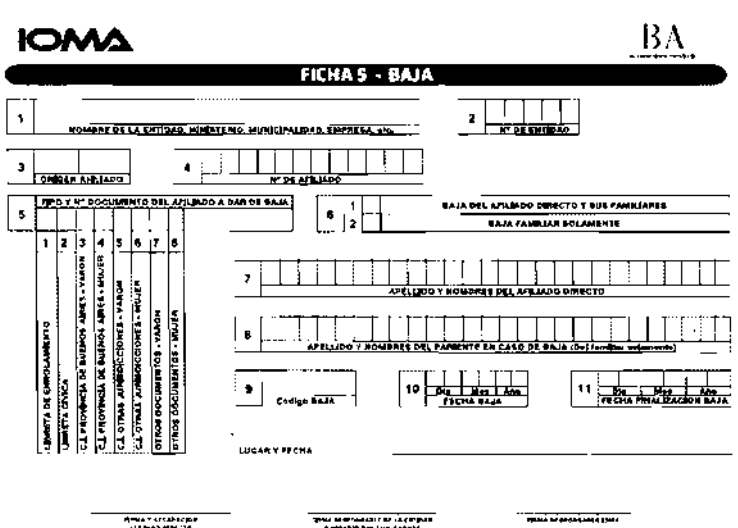
El que suscribe……DNI .....
domiciliado en calle ……de la localidad
de ……....solicita su adhesión al convenio de afiliación colectiva
suscripto por IOMA y la Entidad .....
con fecha ..... .
Por la presente presto conformidad con el procedimiento de altas, bajas, suspensión y reingresos a la Obra Social.
Acepto que el reingreso estará condicionado a la cancelación del saldo deudor que pudiere existir en concepto de cuotas afiliatorias correspondientes a mi persona y mi grupo familiar.
Acepto que la afiliación y los servicios asistenciales que prestare el IOMA se ajustarán a su normativa vigente y/o la que pudiera dictar el Directorio al respecto, y que será de aplicación el poder sancionatorio conferido por el art. 7 inc. h) del Decreto 4929/93 reglamentario del art. 7 de la ley de IOMA ante la comisión de las irregularidades tipificadas por el mismo.

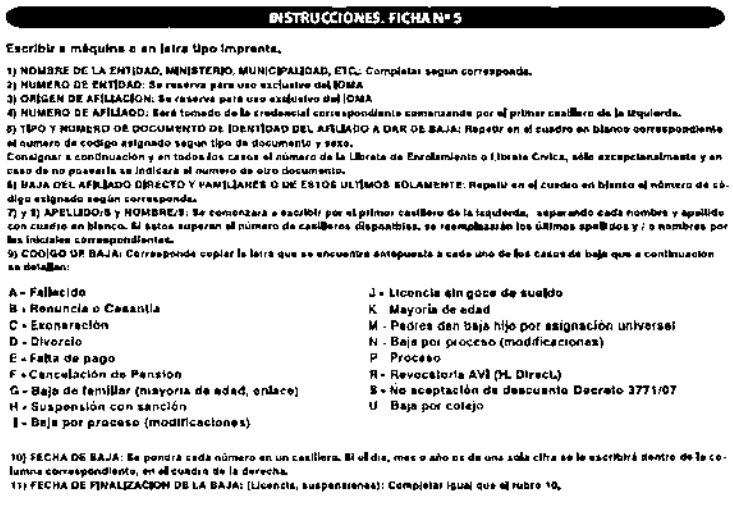
ANEXO V

NÓMINA DE ASOCIADOS A LA ENTIDAD

(Incluyendo familiares a cargo)

APELLIDO Y NOMBRE	
TITULAR	CARGAS





INSTRUCCIONES. FICHA Nº 5

Escribir a máquina o en letra tipo imprenta.

1) NOMBRE DE LA ENTIDAD, MINISTERIO, MUNICIPALIDAD, ETC.: Completar según corresponda.
2) NUMERO DE ENTIDAD: Se reserva para uso exclusivo del IOMA
3) ORIGEN DE AFILIACION: Se reserva para uso exclusivo del IOMA
4) NUMERO DE AFILIADO: Será tomado de la credencial correspondiente comenzando por el primer casillero de la izquierda.
5) TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL AFILIADO A DAR DE BAJA: Repetir en el cuadro en blanco correspondiente el numero de codigo asignado segun tipo de documento y sexo.
Consignar a continuación y en todos los casos el número de la Libreta de Enrolamiento o Libreta Cívica, sólo excepcionalmente y en caso de no poseerla se indicará el numero de otro documento.
6) BAJA DEL AFILIADO DIRECTO Y FAMILIARES O DE ESTOS ULTIMOS SOLAMENTE: Repetir en el cuadro en blanco el número de código asignado según corresponda.
7) y 8) APELLIDO/S y NOMBRE/S: Se comenzará a escribir por el primer casillero de la izquierda, separando cada nombre y apellido con cuadro en blanco. Si éstos superan el número de casilleros disponibles, se reemplazarán los últimos apellidos y / o nombres por las iniciales correspondientes.
9) CODIGO DE BAJA: Corresponde copiar la letra que se encuentra antepuesta a cada uno de los casos de baja que a continuación se detallan:

A - Fallecido
B - Renuncia o Cesantía
C - Exoneración
D - Divorcio
E - Falta de pago
F - Cancelación de Pensión
G - Baja de familiar (mayoría de edad, enlace)
H - Suspensión con sanción
I - Baja por proceso (modificaciones)
J - Licencia sin goce de sueldo
K - Mayoría de edad
M - Padres dan baja hijo por asignación universal
N - Baja por proceso (modificaciones)
P - Proceso
R - Revocatoria AVI (H. Directa)
S - No aceptación de descuento Decreto 3771/07
U - Baja por colegio

10) FECHA DE BAJA: Se pondrá cada número en un casillero. El día, mes o año de una sola cifra se le escribirá dentro de la columna correspondiente, en el cuadro de la derecha.
11) FECHA DE FINALIZACION DE LA BAJA: (Licencia, suspensiones): Completar igual que el rubro 10.

Anexo 4

Entre el INSTITUTO DE OBRA MÉDICO ASISTENCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, en adelante “el I.O.MA”, representado por su Sr. Presidente (...), por una parte; y por la otra, (...), en adelante la “ENTIDAD ADHERIDA”, representada por (...), se celebra el presente CONVENIO AFILIATORIO PARCIAL CON RELACION DE DEPENDENCIA, de acuerdo a la Resolución N° ..... , obrante a fs ..... del Expediente N° (...).

CLÁUSULA 1ª: Beneficiarios: Las partes convienen la instrumentación de los beneficios que brinda el I.O.M.A.:

a) En favor del personal en relación de dependencia laboral de la Entidad Adherida que, a la fecha de suscripción de este convenio ha optado por su inclusión, totalizando la cantidad de ..... afiliados directos y ..... familiares a cargo nominados en el Anexo V.
b) Para el personal que con posterioridad a la firma de este acuerdo hubiese hecho uso de la opción mencionada en el ítem anterior.

CLÁUSULA 2ª: Instrumentación: Los solicitantes deberán cumplimentar los siguientes requisitos:

a) Presentación de los modelos de Historia Clínica vigentes con carácter de declaración jurada, a fin de determinar la existencia de impedimentos para acceder a la afiliación.
b) Cumplimiento del plazo de noventa (90) días de carencia, contados a partir del mes inmediato posterior a la fecha de su aprobación.
e) Una vez cumplido el plazo de carencia, se procederá al alta afiliatoria.

CLÁUSULA 3ª: Prestación: El “I.O.M.A.” prestará sus servicios asistenciales conforme a la normativa vigente y/o a la que pudiera dictar su Directorio sobre el particular, durante la vigencia de este convenio.

CLÁUSULA 4: Documentación afiliatoria: La “Entidad Adherida” se obliga a presentar al “I.O.M.A” la documentación afiliatoria de todo postulante que hubiera optado por la incorporación al presente régimen, en la forma y bajo las condiciones establecidas en el Anexo II (integrante del presente), bajo apercibimiento de la aplicación del inciso b) de la Cláusula Décimo Quinta, en lo pertinente. Podrán ingresar nuevos postulantes en las mismas condiciones que los incorporados anteriormente.

CLÁUSULA 5: Cuota: La Entidad Adherente abonará por el derecho al uso de los beneficios asistenciales una cuota mensual por afiliado directo equivalente al aporte y contribución previsto por el artículo 13 de la Ley 6.982 sobre el sueldo, bonificación, dieta, sueldo anual complementario o cualquier otra retribución sujeta a aportes previsionales. El valor mínimo de la cuota será establecido por el Directorio del I.O.M.A.

CLÁUSULA 6: CARENCIA: Durante el período de carencia la Entidad abonará una cuota mensual, por cada dependiente, equivalente al cincuenta por ciento (50%) del valor de la cuota establecida en la Cláusula 5ª.

CLÁUSULA 7: Pago: Las cuotas mencionadas en las Cláusulas Quinta y Sexta deberán ser abonadas por mes adelantado hasta el día diez (10) de cada mes, mediante depósito en el Banco de la Provincia de Buenos Aires, a la orden del I.O.M.A. en la cuenta Nº 829/5 Sucursal 2000, o en aquélla que IOMA indique.
A los efectos del pago, se tomarán como base de cálculo las remuneraciones sujetas a aportes del mes inmediato anterior.
El aporte correspondiente al sueldo anual complementario se efectivizará del uno (1) al diez (10) de enero y julio respectivamente.

CLÁUSULA 8ª: Condiciones documentales: La Entidad Adherida queda obligada:

1. A remitir a la Dirección de Finanzas, dentro de los dos (2) primeros días hábiles posteriores al vencimiento del plazo para efectuar los pagos:
a) Declaración Jurada de Aportes, según modelo que forma parte del presente como ANEXO I, con todos los datos en ella requeridos.
b) Boleta de depósito correspondiente a la efectivización de los pagos.
c) CD con la información contenida en las planillas.
d) Planillas discriminativas de aportes según modelo que forma parte del presente como Anexo III, con todos los datos en ella requeridos.

2. A remitir a la Dirección de Afiliaciones:
a) El movimiento de altas, bajas y modificaciones conforme a las pautas establecidas en el ANEXO II del presente contrato.
b) Listado general de sus representados conforme "Formato de Registro" obrante en el ANEXO II integrante del presente.

El "I.O.M.A" se reserva el derecho de efectuar las compulsas necesarias sobre toda documentación referida a la vinculación laboral de los incorporados a través de la Entidad Adherida, incluidos libros de sueldos y jornales. A tales efectos, la Entidad se obliga a llevar un registro mensual actualizado de su personal en relación de dependencia.

CLÁUSULA 9ª: Incumplimiento en el pago: El incumplimiento de lo establecido en las Cláusulas Quinta Sexta y/o Séptima hará incurrir a la Entidad Adherida en mora de pleno derecho, estableciéndose que la falta total o parcial de pago devengará, desde sus respectivos vencimientos y hasta el día de efectivo pago, un interés equivalente a la tasa que paga el Banco de la Provincia de Buenos Aires para sus depósitos a treinta (30) días vigentes en los distintos períodos de aplicación. En caso de perder vigencia la Ley 23.928, será de plena aplicación la actualización establecida en el Artículo 36º del Decreto Reglamentario 7.881/84.

CLÁUSULA 10ª: Garantía: La Entidad Adherida garantiza el cumplimiento de sus obligaciones contractuales mediante la acreditación de aval bancario y/o póliza de caución de un (1) año de vigencia, o cualquier otra documentación que al efecto determine el Directorio. La suma garantizada deberá ser equivalente a tres (3) meses de pagos regulares. El aval deberá contener membrete del Banco y certificación de firma de quien lo extiende. En el caso de póliza de caución deberá la Entidad presentar el comprobante original de pago contado anual.

CLÁUSULA 11ª: Bajas: Producida alguna baja se procederá y surtirá efectos de acuerdo a lo previsto en el ANEXO II, punto 3. En caso de incumplimiento, la Entidad Adherida continuará abonando la cuota hasta hacerse efectiva en el modo descripto.

CLÁUSULA 12ª: Aceptación de bajas: Sólo se aceptarán bajas de afiliados a partir de los ciento ochenta (180) días contados desde el inicio de la vigencia del presente convenio, y condicionadas a que la Entidad se encuentre al día en el pago de las cuotas correspondientes, salvo caso de cesantía, renuncia o desvinculación de la Entidad Adherida.
Aquellos beneficiarios a los cuales se les hubiera aceptado su desvinculación del sistema y pretendan reingresar, estarán sujetos a la normativa vigente para las afiliaciones voluntarias individuales.

CLÁUSULA 13ª: Representantes de gestión: La Entidad adherida deberá notificar fehacientemente a este IOMA en un plazo de diez (10) días desde la suscripción del presente convenio la persona autorizada que realizará las gestiones ante este IOMA. Asimismo la Entidad adherida quedará obligada a notificar del mismo modo y un plazo de diez (10) días cualquier modificación al respecto.

CLÁUSULA 14ª: Vigencia: El presente convenio tendrá un (1) año de duración, plazo que deberá contarse a partir del Primero de ..... de ....., quedando automáticamente renovado por idéntico período en tanto las partes no manifiesten su voluntad en contrario con treinta (30) días de antelación, mediante notificación fehaciente.

CLÁUSULA 15ª: Rescisión: El I.O.M.A. podrá rescindir este contrato por las siguientes causales:
a) En forma automática si la Entidad Adherida no satisface el pago de (2) mensualidades consecutivas o alternadas de aportes, dentro de los plazos previstos en la Cláusula Cuarta.
b) Falsedad en la documentación exigida en la Cláusula Octava y/o incumplimiento en la presentación de la misma en tiempo y forma.
c) Cuando razones de política institucional del I.O.M.A. así lo aconsejen y/o por cambio de normativa que haga necesaria la adaptación del presente.
Sin perjuicio de lo expuesto, las partes podrán denunciar este convenio incausadamente con treinta (30) días de antelación, transcurridos los primeros ciento ochenta (180) días de la fecha de vigencia. A tales efectos, deberán comunicar a la otra parte en forma fehaciente su decisión rescisoria.

CLÁUSULA 16ª: Reingreso: En caso de rescisión del presente convenio aquellos beneficiarios que pretendan reingresar a este IOMA deberán peticionarlo previa cancelación del saldo deudor en caso que existiere, sin perjuicio de las acciones que pudieren corresponder contra la Entidad.

CLÁUSULA 17ª: Suspensión de servicios: Producida alguna de las circunstancias enumeradas en los apartados a) y b) de la Cláusula Décimo Quinta y hasta tanto finalicen los trámites inherentes a la rescisión, el I.O.M.A. podrá suspender inmediatamente los servicios asistenciales, sin perjuicio de poder adoptar la misma medida en caso de transgredirse cualquiera de las restantes cláusulas del presente contrato. Si la causal fuera la prevista en el apartado c), la suspensión de los servicios operará a los treinta (30) días de comunicada la decisión por parte del I.O.M.A. a la Entidad Adherida, siendo de aplicación lo previsto en el ANEXO II, punto 3.2).

CLÁUSULA 18ª: Entrega de credenciales: Si el vencimiento de las credenciales coincide con la fecha de rescisión del vínculo contractual la Entidad Adherida se obliga a su devolución en la Sede Central del I.O.M.A., en el término perentorio de diez (10) días corridos a partir de aquel vencimiento.
Para el supuesto de que el presente contrato sea rescindido en cualquier momento, que no sea coincidente con lo expresado en el párrafo anterior, la Entidad Adherida deberá entregar la totalidad de las credenciales (de acuerdo a lo requerido en el ANEXO II, punto 3) el día de la efectiva baja.
En caso de incumplimiento de lo previsto en la presente cláusula, será de aplicación lo establecido en la Cláusula Décimo Primera sin perjuicio de las medidas judiciales y/o administrativas que correspondan a la retención indebida de credenciales.

CLÁUSULA 19ª: Poder sancionatorio: El I.O.M.A. ejercerá el poder sancionatorio conferido por el art. 7 inc. h) del Decreto 7.881/84, reglamentario del art. 7 de la Ley del I.O.M.A. Nº 6.982 (T.O. 1987), contra los afiliados que incurran en la comisión de las irregularidades tipificadas por el mismo, mediante la aplicación previa instrucción de sumario, de las sanciones allí previstas, que la Entidad Adherida declara conocer.

CLÁUSULA 20ª: DOMICILIO: Para todos los efectos de este contrato, las partes fijan los siguientes domicilios: el I.O.M.A en la calle 46 Nª 886 de la ciudad de La Plata y la Entidad Adherida en la calle (…) de la ciudad de ..... , y se someten a la competencia de los Tribunales Ordinarios del Departamento Judicial La Plata. renunciando a toda otra jurisdicción.

CLÁUSULA 21ª: Déjase expresa constancia que este contrato responde íntegramente a la Reglamentación para la incorporación de las Entidades Públicas y Privadas, que las partes declaran conocer y acatar. El IOMA aplicará su normativa vigente y/o la que pudiera dictar el Directorio sobre el particular durante la vigencia de este contrato, aún en las situaciones que el presente contrato no prevea textualmente.
La entidad queda obligada a notificar a sus beneficiarios los términos del presente convenio y las modificaciones que el mismo sufriere, debiendo acompañar el formulario de adhesión voluntaria al convenio con IOMA conforme el Anexo IV.

Previa lectura y ratificación, se firman dos (2) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la Ciudad de La Plata, a los ..... días del mes de ..... de .....

ANEXO I

Instituto de Obra Médico Asistencial
Dirección de Finanzas
Departamento Recursos

Fecha de emisión:
Entidades Privadas

Declaración Jurada de Aportes

Entidad: **CODIGO DE ENTIDAD:**

Domicilio: .
Localidad: . Código Postal: . Expediente Nro.: .
Característica Tel: . Teléfonos: . e-mail: . Fax: .

Declaración jurada: Original	Concepto de la liquidación: Normal	Rectifica: NO	Periodo: 04/2005	S.A.C.: (Ninguno)

Para	Cant. Afiliados	F. Sueldo	F. Depósito	Dif. Auditorías	Nominal	Patronal	Personal	Total
AFILIADOS			--/--/---					

Depositado en la cuenta Nro.: 829/5

Observaciones:

Afiliados:

Nota: La entidad adherida, queda obligada a remitir a la Dirección de Finanzas, la presente documentación, dentro de los 2 (dos) primeros días hábiles posteriores al vencimiento del plazo para efectuar los aportes, (cláusula 6, punto 1 inc. A,B,C), del convenio suscripto oportunamente. La presente Declaración Jurada mensual, deberá confeccionarse por duplicado, completando todos sus ítems.
Evite tachar, enmendar, remarcar o borrar el formulario de Declaración, pues perderá validez, y se le reclamará una nueva presentación. De ser necesario, confeccione un nuevo formulario.
Tenga presente las fechas de vencimiento, y consulte, en caso de mora, la forma de cálculo de intereses, multas y su pago.
Quienes suscriben, declaran bajo juramento, que la información consignada es correcta y completa, sin que se haya omitido dato alguno, y fue confeccionada según la legislación y normativa vigente, de la Ley de I.O.M.A. Nro. 6982 y sus modificatorias.

Número de serie	Código	N ó A	Período	F.P.S.	F. E.	Afiliados

Firma del Contador

Firma del Responsable

ANEXO II

REQUISITOS PARA TRÁMITES DE ALTAS Y BAJAS

Será responsabilidad de la Entidad Adherida:

9. La designación expresa de un representante ante el I.O.M.A., a efectos de realizar los trámites inherentes a cuestiones afiliatorias.

10. Trámite de Alta:

10.1. Presentación hasta el vigésimo (20°) día de cada mes (o hábil anterior) de "Ficha 2" debidamente cumplimentada y certificada por la Entidad. Los efectos de esa alta se producirán cumplido el plazo de carencia.

10.2. Distribución de las credenciales habilitantes.

11. Trámite de Baja:

11.1. Presentación de baja, con la "Ficha 5" debidamente cumplimentada, hasta el vigésimo (20°) día de cada mes (o hábil anterior). Los efectos de esa baja se producirán a partir del día 1° del mes siguiente.

11.2. Obligación de rescatar la/s credencial/es habilitante/s en caso de baja, la/s que se acompañarán a la "Ficha 5" y de entregarlas al I.O.M.A. dentro del plazo previsto en el Punto 3.1.

12. La remisión mensual hasta el día 20 de cada mes, a la Dirección de Afiliaciones, del listado general de sus representados según el "Formato de Registro" que se adjunta a la presente.
En caso de extravío de la credencial del afiliado al I.O.M.A., deberá denunciarse en forma inmediata en la dependencia correspondiente, de la que se recabará la certificación de denuncia, sin cuyo requisito el I.O.M.A. no cumplimentará ningún pedido de extensión de duplicado.

Formato de Registro

Nombre del campo	Longitud	Tipo de Campo	Descripción
1. Tipo_Doc	1	Numérico	(1) Hombre (2) Mujer
2. Nro_Doc	8	Numérico	Nro. de Documento del Afiliado
3. ApeyNom	30	Carácter	Apellido y Nombre del Afiliado, sin caracteres extraños, doble espaciado.
4. Mes_Aporte	6	Numérico	Mes-Año del Aporte (Formato MMAAAA)
5. Fecha_Alta	10	Carácter	Fecha del Primer Aporte al I.O.M.A., por el afiliado

Restricciones de los datos:
1. Tipo de Documento:
1 Si el afiliado es hombre
2 Si el afiliado es mujer
2. Número de documento: Debe ser D.N.I. (este dato es indispensable)
3. Apellido y nombre:
No debe tener caracteres extraños como:
!@#$%&.:;1234567890()-_=+?/\<>, etc
Ni tampoco doble espaciado entre nombres o apellido y nombre
4. Mes de aporte: De la forma mes/año, "092013", para "Septiembre de 2013".
5. Fecha de alta: De la forma dd/mm/aaaa; ejemplo: "01/02/2013", para el 1° de Febrero de 2013.
Nota: El archivo que se envíe al I.O.M.A., debe ser entregado con las especificaciones mencionadas, con extensión de Texto DOS (.txt) o MS Excel (.xls), y con el nombre de "LISTADO".

ANEXO III

PLANILLA DISCRIMINATIVA DE APORTES-MES

CONVENIOS AFILIATORIO PARCIAL CON RELACION DE DEPENDENCIA

APELLIDO Y NOMBRE *TITULAR*	*REMUNERACION SUJETA A DESCUENTO*	APORTE

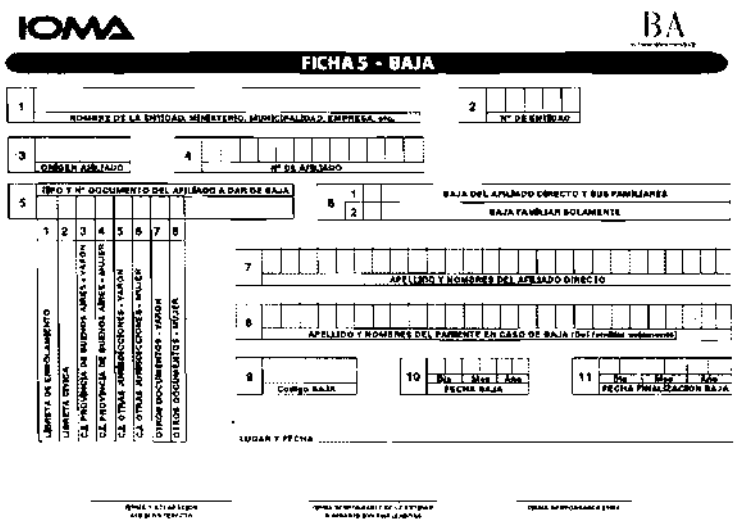
ANEXO V

NÓMINA DE PERSONAL CON RELACION DE DEPENDENCIA

(Incluyendo familiares a cargo)

APELLIDO Y NOMBRE	
TITULAR	CARGAS

ANEXO VI



INSTRUCCIONES, FICHA Nº 5

Escribir a máquina o en letra tipo imprenta.

1) NOMBRE DE LA ENTIDAD, MINISTERIO, MUNICIPALIDAD, ETC.: Completar según corresponda.
2) NUMERO DE ENTIDAD: Se reserva para uso exclusivo del IOMA
3) ORIGEN DE AFILIACION: Se reserva para uso exclusivo del IOMA
4) NUMERO DE AFILIADO: Será tomado de la credencial correspondiente comenzando por el primer casillero de la izquierda.
5) TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL AFILIADO A DAR DE BAJA: Repetir en el cuadro en blanco correspondiente el numero de codigo asignado según tipo de documento y sexo.
Consignar a continuación y en todos los casos el número de la Libreta de Enrolamiento o Libreta Cívica, sólo excepcionalmente y en caso de no poseerla se indicará el número de otro documento.
6) BAJA DEL AFILIADO DIRECTO Y FAMILIARES O DE ESTOS ULTIMOS SOLAMENTE: Repetir en el cuadro en blanco el número de código asignado según corresponda.
7) y 8) APELLIDO/S y NOMBRE/S: Se comenzará a escribir por el primer casillero de la izquierda, separando cada nombre y apellido con cuadro en blanco. Si estos superan el número de casilleros disponibles, se reemplazarán los últimos apellidos y / o nombres por los iniciales correspondientes.
9) CODIGO DE BAJA: Corresponde copiar la letra que se encuentra enfrentada a cada uno de los casos de baja que a continuación se detallan:

A - Fallecido
B - Renuncia o Cesantía
C - Exoneración
D - Divorcio
E - Falta de pago
F - Cancelación de Pensión
G - Baja de familiar (mayoría de edad, enlace)
H - Suspensión con sanción
I - Baja por proceso (modificaciones)
J - Licencia sin goce de sueldo
K - Mayoría de edad
M - Padres dan baja hijo por asignación universal
N - Baja por proceso (modificaciones)
P - Proceso
R - Revocatoria AVI (H. Direct.)
S - No aceptación de descuento Decreto 3771/07
U - Baja por cotejo

10) FECHA DE BAJA: Se pondrá cada número en un casillero. Si el día, mes o año es de una sola cifra se le escribirá dentro de la columna correspondiente, en el cuadro de la derecha.
11) FECHA DE FINALIZACION DE LA BAJA: (Licencia, suspensiones): Completar igual que el rubro 10.

Anexo 5

Entre el INSTITUTO DE OBRA MÉDICO ASISTENCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, en adelante “el I.O.M.A.”, representado por su Sr. Presidente (...), por una parte; y por la otra, (...), en adelante la “ENTIDAD ADHERIDA”, representada por (...), se celebra el presente CONVENIO AFILIATORIO PARCIAL SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA, de acuerdo a la Resolución N° ....., obrante a fojas ..... del Expediente N° (...).

CLÁUSULA 1ª: Beneficiarios: Las partes convienen la instrumentación de los beneficios que brinda el I.O.M.A.:

a) En favor de los asociados a la Entidad Adherida que a la fecha de suscripción de este convenio han optado por su inclusión, totalizando la cantidad de ..... afiliados directos y ..... familiares a cargo nominados en el
Anexo V.

b) Para los asociados que con posterioridad a la firma de este acuerdo hubiesen hecho uso de la opción mencionada en el ítem anterior.

CLÁUSULA 2ª: Instrumentación: Los solicitantes deberán cumplimentar los siguientes requisitos:

d) Presentación de los modelos de Historia Clínica vigentes con carácter de declaración jurada, a fin de determinar la existencia de impedimentos para acceder a la afiliación.
e) Cumplimiento del plazo de noventa (90) días de carencia, contados a partir del mes inmediato posterior a la fecha de su aprobación.
f) Una vez cumplido el plazo de carencia, se procederá al alta afiliatoria Una vez evaluada la documentación, aprobada la incorporación, y cumplido el plazo de carencia, se procederá al alta afiliatoria.

CLÁUSULA 3ª: Prestación: El “I.O.MA” prestará sus servicios asistenciales conforme a la normativa vigente y/o a la que pudiera dictar su Directorio sobre el particular, durante la vigencia de este convenio.

CLÁUSULA 4ª: Documentación afiliatoria: La “Entidad Adherida” se obliga a presentar al “I.O.M.A” la documentación afiliatoria de todo postulante que hubiera optado por la incorporación al presente régimen, en la forma y bajo las condiciones establecidas en el Anexo II (integrante del presente), bajo apercibimiento de la aplicación del inciso b) de la Cláusula Décimo Quinta, en lo pertinente. Podrán ingresar nuevos postulantes en las mismas condiciones que los incorporados anteriormente.

CLÁUSULA 5ª: Cuota: La Entidad Adherida abonará por el derecho al uso de los beneficios asistenciales una cuota mensual, por afiliado directo y familiares a cargo, equivalente al noventa y cinco por ciento (95%) del régimen de aportes vigente para afiliados voluntarios individuales.
Las cuotas mensuales resultantes, calculadas conforme a la presente Cláusula, estarán sujetas a los reajustes y valores mínimos que al efecto establezca el Directorio del I.O.M.A.

CLÁUSULA 6ª: CARENCIA: Durante el período de carencia la Entidad abonará una cuota mensual, por cada beneficiario, equivalente al cincuenta por ciento (50%) del valor de la cuota establecida en la Cláusula 5ª.

CLÁUSULA 7ª: Pago: Las cuotas mencionadas en las Cláusulas Quinta y Sexta deberán ser abonadas por mes adelantado hasta el día diez (10) de cada mes, mediante depósito en el Banco de la Provincia de Buenos Aires, a la orden del I.O.M.A. en la cuenta. N° 829/5 Sucursal 2000, o en aquélla que IOMA indique.

CLÁUSULA 8ª: Condiciones documentales: La Entidad Adherida queda obligada:

1. A remitir a la Dirección de Finanzas, dentro de los dos (2) primeros días hábiles posteriores al vencimiento del plazo para efectuar los pagos:

a) Declaración Jurada de Aportes según modelo que forma parte del presente como ANEXO I, con todos los datos en ella requeridos.
b) Boleta de depósito correspondiente a la efectivización de los pagos.
c) CD con la información contenida en las planillas.
d) Planillas discriminativas de aportes según modelo que forma parte del presente como Anexo III, con todos los datos en ella requeridos.

2. A remitir a la Dirección de Afiliaciones:

a) El movimiento de altas, bajas y modificaciones conforme a las pautas establecidas en el ANEXO II del presente contrato.
b) Listado general de sus representados conforme “Formato de Registro” obrante en el ANEXO II integrante del presente.

El “I.O.M.A” se reserva el derecho de efectuar las compulsas necesarias sobre toda documentación referida a la vinculación de los incorporados a través de la Entidad Adherida. A tales efectos, la Entidad se obliga a llevar un registro mensual actualizado de sus asociados.

CLÁUSULA 9ª: Incumplimiento en el pago: El incumplimiento de lo establecido en las Cláusulas Quinta Sexta y/o Séptima hará incurrir a la Entidad Adherida en mora de pleno derecho, estableciéndose que la falta total o parcial de pago devengará, desde sus respectivos vencimientos y hasta el día de efectivo pago, un interés equivalente a la tasa que paga el Banco de la Provincia de Buenos Aires para sus depósitos a treinta (30) días vigentes en los distintos períodos de aplicación. En caso de perder vigencia la Ley 23.928, será de plena aplicación la actualización establecida en el Artículo 36 del Decreto Reglamentario 7.881/84.

CLÁUSULA 10ª; Garantía: La Entidad Adherida garantiza el cumplimiento de sus obligaciones contractuales mediante la acreditación de aval bancario y/o póliza de caución de un (1) año de vigencia, o cualquier otra documentación que al efecto determine el

Directorio. La suma garantizada deberá ser equivalente a tres (3) meses de pagos regulares. El aval deberá contener membrete del Banco y certificación de firma de quien lo extiende. En el caso de póliza de caución deberá la Entidad presentar el comprobante original de pago contado anual.
CLÁUSULA 11ª: Bajas: Producida alguna baja se procederá y surtirá efectos de acuerdo a lo previsto en el ANEXO II, punto 3. En caso de incumplimiento, la Entidad Adherida continuará abonando la cuota hasta hacerse efectiva en el modo descripto.

CLÁUSULA 12ª: Aceptación de bajas: Sólo se aceptarán bajas de afiliados a partir de los ciento ochenta (180) días contados desde el inicio de la vigencia del presente convenio, y condicionadas a que la Entidad se encuentre al día en el pago de las cuotas correspondientes, salvo caso de desvinculación de la Entidad Adherida.
Aquellos beneficiarios a los cuales se les hubiera aceptado su desvinculación del sistema y pretendan reingresar, estarán sujetos a la normativa vigente para las afiliaciones voluntarias individuales.

CLÁUSULA 13ª: Representantes de gestión: La Entidad adherida deberá notificar fehacientemente a este IOMA en un plazo de diez (10) días desde la suscripción del presente convenio la persona autorizada que realizará las gestiones ante este IOMA. Asimismo la Entidad adherida quedará obligada a notificar del mismo modo y un plazo de diez (10) días cualquier modificación al respecto.

CLÁUSULA 14ª: Vigencia: El presente convenio tendrá un (1) año de duración, plazo que deberá contarse a partir del Primero de ..... de ....., quedando automáticamente renovado por idéntico período en tanto las partes no manifiesten su voluntad en contrario con treinta (30) días de antelación mediante notificación fehaciente.

CLÁUSULA 15ª: Rescisión: El I.O.M.A. podrá rescindir este contrato por las siguientes causales:

a) En forma automática si la Entidad Adherida no satisface el pago de dos (2) mensualidades consecutivas o alternadas de aportes, dentro de los plazos previstos en la Cláusula Cuarta.
b) Falsedad en la documentación exigida en la Cláusula Octava y/o incumplimiento en la presentación de la misma en tiempo y forma.
c) Cuando razones de política institucional del I.O.M.A. así lo aconsejen. y/o por cambio de normativa que haga necesaria la adaptación del presente.

Sin perjuicio de lo expuesto, las partes podrán denunciar este convenio incausadamente con treinta (30) días de antelación, transcurridos los primeros ciento ochenta (180) días de la fecha de vigencia. A tales efectos, deberán comunicar a la otra parte en forma fehaciente su decisión rescisoria.

CLÁUSULA 16ª: Reingreso: En caso de rescisión del presente convenio aquellos beneficiarios que pretendan reingresar a este IOMA deberán peticionarlo previa cancelación del saldo deudor en caso que existiere, sin perjuicio de las acciones que pudieren corresponder contra la Entidad.

CLÁUSULA 17ª: Suspensión de servicios: Producida alguna de las circunstancias enumeradas en los apartados a) y b) de la Cláusula Décimo Quinta y hasta tanto finalicen los trámites inherentes a la rescisión, el I.O.M.A. podrá suspender inmediatamente los servicios asistenciales, sin perjuicio de poder adoptar la misma medida en caso de transgredirse cualquiera de las restantes cláusulas del presente contrato. Si la causal fuera la prevista en el apartado c), la suspensión de los servicios operará a los treinta (30) días de comunicada la decisión por parte del I.O.M.A. a la Entidad Adherida, siendo de aplicación lo previsto en el ANEXO II, punto 3.2).

CLÁUSULA 18ª: Entrega de credenciales: Si el vencimiento de las credenciales coincide con la fecha de rescisión del vínculo contractual la Entidad Adherida se obliga a su devolución en la Sede Central del I.O.M.A., en el término perentorio de diez (10) días corridos a partir de aquel vencimiento.
Para el supuesto de que el presente contrato sea rescindido en cualquier momento, que no sea coincidente con lo expresado en el párrafo anterior, la Entidad Adherida deberá entregar la totalidad de las credenciales (de acuerdo a lo requerido en el ANEXO II, punto 3.), el día de la efectiva baja.
En caso de incumplimiento de lo previsto en la presente cláusula, será de aplicación lo establecido en la Cláusula Décimo Primera sin perjuicio de las medidas judiciales y/o administrativas que correspondan a la retención indebida de credenciales.

CLÁUSULA 19ª: Poder sancionatorio: El I.O.M.A. ejercerá el poder sancionatorio conferido por el art. 7 inc. h) del Decreto 7.881/84, reglamentario del art. 7 de la Ley del I.O.M.A. N° 6.982 (T.O.1987), contra los afiliados que incurran en la comisión de las irregularidades tipificadas por el mismo, mediante la aplicación previa instrucción de sumario, de las sanciones allí previstas, que la Entidad Adherida declara conocer.

CLÁUSULA 20ª: DOMICILIO: Para todos los efectos de este contrato, las partes fijan los siguientes domicilios: el I.O.M.A. en la calle 46 N° 886 la ciudad de La Plata y la Entidad Adherida en la calle (...) de la ciudad de ..... , y se someten a la competencia de los Tribunales Ordinarios del Departamento Judicial La Plata, renunciando a toda otra jurisdicción.

CLÁUSULA 21ª: Déjase expresa constancia que este contrato responde íntegramente a la Reglamentación para la incorporación de las Entidades Públicas y Privadas, que las partes declaran conocer y acatar. El IOMA aplicará su normativa vigente y/o la que pudiera dictar el Directorio sobre el particular durante la vigencia de este contrato, aún en las situaciones que el presente contrato no prevea textualmente.
La entidad queda obligada a notificar a sus beneficiarios los términos del presente convenio y las modificaciones que el mismo sufriere, debiendo acompañar el formulario de adhesión voluntaria al convenio con IOMA conforme el Anexo IV.
Previa lectura y ratificación, se firman dos (2) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la Ciudad de La Plata, a los ..... días del mes de .... de .....

ANEXO I

Instituto de Obra Médico Asistencial
Dirección de Finanzas
Departamento Recursos

Fecha de emisión:
Entidades Privadas

Declaración Jurada de Aportes

Entidad: **CODIGO DE ENTIDAD:**

Domicilio: .
Localidad: .
Característica Tel: . Teléfonos: . Código Postal: . e-mail: . Expediente Nro.: . Fax: .

Declaración jurada: Original	**Concepto de la liquidación: Normal**	**Rectifica: NO**	**Periodo: 04/2005**	**S.A.C.: (Ninguno)**

Para	Cant. Afiliados	F. Sueldo	F. Depósito	Dif. Auditorías	Nominal	Patronal	Personal	Total
AFILIADOS			--/--/---					

Depositado en la cuenta Nro.: 829/5

Observaciones:

Afiliados:

Nota: La entidad adherida, queda obligada a remitir a la Dirección de Finanzas, la presente documentación, dentro de los 2 (dos) primeros días hábiles posteriores al vencimiento del plazo para efectuar los aportes, (cláusula 6, punto 1 inc. A,B,C), del convenio suscripto oportunamente. La presente Declaración Jurada mensual, deberá confeccionarse por duplicado, completando todos sus ítems.
Evite tachar, enmendar, remarcar o borrar el formulario de Declaración, pues perderá validez, y se le reclamará una nueva presentación. De ser necesario, confeccione un nuevo formulario.
Tenga presente las fechas de vencimiento, y consulte, en caso de mora, la forma de cálculo de intereses, multas y su pago.
Quienes suscriben, declaran bajo juramento, que la información consignada es correcta y completa, sin que se haya omitido dato alguno, y fue confeccionada según la legislación y normativa vigente, de la Ley de I.O.M.A. Nro. 6982 y sus modificatorias.

Número de serie	Código	N ó A	Periodo	F.P.S.	F. E.	Afiliados

Firma del Contador

Firma del Responsable

ANEXO II

REQUISITOS PARA TRÁMITES DE ALTAS Y BAJAS
Será responsabilidad de la Entidad Adherida:
13. La designación expresa de un representante ante el I.O.M.A., a efectos de realizar los trámites inherentes a cuestiones afiliatorias.
14. Trámite de Alta:
14.1. Presentación hasta el vigésimo (20°) día de cada mes (o hábil anterior) de "Ficha 2" debidamente cumplimentada y certificada por la Entidad. Los efectos de esa alta se producirán a partir del cumplimiento del plazo de carencia.
14.2. Distribución de las credenciales habilitantes.
15. Trámite de Baja:
15.1. Presentación de baja, con la "Ficha S" debidamente cumplimentada, hasta el vigésimo (20°) día de cada mes (o hábil anteríor). Los efectos de esa baja se producirán a partir del día 1° del mes siguiente.
15.2. Obligación de rescatar la/s credencial/es habilitante/s en caso de baja, la/s que se acompañará/n a la "Ficha 5" y de entregarlas al I.O.M.A. dentro del plazo previsto en el Punto 3.1.
16. La remisión mensual hasta el día 20 de cada mes, a la Dirección de Afiliaciones, del listado general de sus representados según el "Formato de. Registro" que se adjunta a la presente.
En caso de extravío de la credencial del afiliado al I.O.M.A, deberá denunciarse en forma inmediata en la dependencia correspondiente, de la que se recabará la certificación de denuncia, sin cuyo requisito el I.O.M.A no cumplimentará ningún pedido de extensión de duplicado.

Formato de Registro

Nombre del campo	Longitud	Tipo de Campo	Descripción
1. Tipo_Doc	1	Numérico	(1) Hombre (2) Mujer
2. Nro_Doc	8	Numérico	Nro. de Documento del Afiliado
3. ApeyNom	30	Carácter	Apellido y Nombre del Afiliado, sin caracteres extraños, doble espaciado.
4. Mes_Aporte	6	Numérico	Mes-Año del Aporte (Formato MMAAAA)
5. Fecha_Alta	10	Carácter	Fecha del Primer Aporte al I.O.M.A., por el afiliado

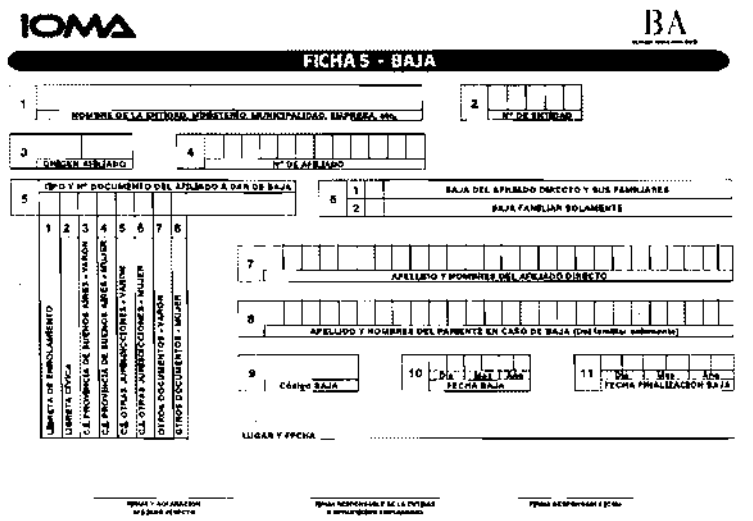
Restricciones de los datos:
1. Tipo de Documento:
1 Si el afiliado es hombre
2 SI el afiliado es mujer
2. Número de documento: Debe ser D.N.I. (este dato es indispensable)
3. Apellido y nombre:
No debe tener caracteres extraños como:
!@#$%&.:;1234567890()-_=+?/\<>, etc
Ni tampoco doble espaciado entre nombres o apellido y nombre
4. Mes de aporte: De la forma mes/año, "092013", para "Septiembre de 2013".
5. Fecha de alta: De la forma dd/mm/aaaa*;* ejemplo: "01/02/2013", para el 1º de Febrero de 2013.
Nota: El archivo que se envíe al I.O.M.A., debe ser entregado con las especificaciones mencionadas, con extensión de Texto DOS (.txt) o MS Excel (.xls), y con el nombre de "LISTADO".

ANEXO IV

ADHESIÓN VOLUNTARIA AL CONVENIO CON IOMA

El que suscribe ..... DNI ..... domiciliado en calle …… de la localidad de ..... solicita su adhesión al convenio de afiliación colectiva suscripto por IOMA y la Entidad ..... con fecha .....
Por la presente presto conformidad con el procedimiento de altas, bajas, suspensión y reingresos a la Obra Social.
Acepto que el reingreso estará condicionado a la cancelación del saldo deudor que pudiere existir en concepto de cuotas afiliatorias correspondientes a mi persona y mi grupo familiar.
Acepto que la afiliación y los servicios asistenciales que prestare el IOMA se ajustarán a su normativa vigente y/o la que pudiera dictar el Directorio al respecto, y que será de aplicación el poder sancionatorio conferido por el art. 7 inc. h) del Decreto 4929/93 reglamentario del art. 7 de la ley de IOMA ante la comisión de las irregularidades tipificadas por el mismo.

ANEXO VI


IOMA BA
FICHA 5 - BAJA
1 NOMBRE DE LA ENTIDAD, MINISTERIO, MUNICIPALIDAD, EMPRESA, etc.
2 Nº DE ENTIDAD
3 ORIGEN AFILIADO
4 Nº DE AFILIADO
5 TIPO Y Nº DOCUMENTO DEL AFILIADO A DAR DE BAJA
1 LIBRETA DE ENROLAMIENTO
2 LIBRETA CIVICA
3 C.I. PROVINCIA DE BUENOS AIRES - VARON
4 C.I. PROVINCIA DE BUENOS AIRES - MUJER
5 C.I. OTRAS JURISDICCIONES - VARON
6 C.I. OTRAS JURISDICCIONES - MUJER
7 OTROS DOCUMENTOS - VARON
8 OTROS DOCUMENTOS - MUJER
6 1 BAJA DEL AFILIADO DIRECTO Y SUS FAMILIARES
2 BAJA FAMILIAR SOLAMENTE
7 APELLIDO Y NOMBRES DEL AFILIADO DIRECTO
8 APELLIDO Y NOMBRES DEL PARIENTE EN CASO DE BAJA (Del familiar solamente)
9 Código BAJA
10 Día Mes Año FECHA BAJA
11 Día Mes Año FECHA FINALIZACIÓN BAJA
LUGAR Y FECHA

INSTRUCCIONES. FICHA N° 5

Escribir a máquina o en letra tipo imprenta.

1) NOMBRE DE LA ENTIDAD, MINISTERIO, MUNICIPALIDAD, ETC.: Completar según corresponda.
2) NUMERO DE ENTIDAD: Se reserva para uso exclusivo del IOMA
3) ORIGEN DE AFILIACION: Se reserva para uso exclusivo del IOMA
4) NUMERO DE AFILIADO: Será tomado de la credencial correspondiente comenzando por el primer casillero de la izquierda.
5) TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL AFILIADO A DAR DE BAJA: Repetir en el cuadro en blanco correspondiente el numero de codigo asignado según tipo de documento y sexo.
Consignar a continuación y en todos los casos el número de la Libreta de Enrolamiento o Libreta Cívica, sólo excepcionalmente y en caso de no poseerla se indicará el número de otro documento.
6) BAJA DEL AFILIADO DIRECTO Y FAMILIARES O DE ESTOS ULTIMOS SOLAMENTE: Repetir en el cuadro en blanco el número de código asignado según corresponda.
7) y 8) APELLIDO/S y NOMBRE/S: Se comenzará a escribir por el primer casillero de la izquierda, separando cada nombre y apellido con cuadro en blanco. Si estos superan el numero de casilleros disponibles, se reemplazarán los ultimos apellidos y / o nombres por las iniciales correspondientes.
9) CODIGO DE BAJA: Corresponde copiar la letra que se encuentra antepuesta a cada uno de los casos de baja que a continuación se detallan:

A - Fallecido
B - Renuncia o Cesantía
C - Exoneración
D - Divorcio
E - Falta de pago
F - Cancelación de Pensión
G - Baja de familiar (mayoría de edad, enlace)
H - Suspensión con sanción
I - Baja por proceso (modificaciones)
J - Licencia sin goce de sueldo
K - Mayoría de edad
M - Padres dan baja hijo por asignación universal
N - Baja por proceso (modificaciones)
P - Proceso
R - Revocatoria AVI (H. Direct.)
S - No aceptación de descuento Decreto 3771/07
U - Baja por cotejo

10) FECHA DE BAJA: Se pondrá cada número en un casillero. Si el día, mes o año es de una sola cifra se le escribirá dentro de la columna correspondiente, en el cuadro de la derecha.
11) FECHA DE FINALIZACION DE LA BAJA: (Licencia, suspensiones): Completar igual que el rubro 10.

Anexo 6

Entre el INSTITUTO DE OBRA MéDICO ASISTENCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES en adelante "EL I.O.M.A." o "la Obra Social", representado por su Sr. Presidente…… por una parte; y por la otra ..... en adelante la ENTIDAD ADHERIDA, representada por ..... , se celebra el presente CONVENIO PARA PASANTES, de acuerdo a la Resolución N° ..... obrante a fojas ..... del expediente N° ....., el que se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA 1°: Beneficiarios: Las partes convienen la instrumentación de los beneficios que brinda el I.O.M.A. para la totalidad de los pasantes educativos que se desempeñan en …….. y los que se incorporen con posterioridad a la firma de este acuerdo. Los beneficios brindados por el IOMA no se extienden a los familiares de los pasantes.

CLÁUSULA 2°: Instrumentación: Los solicitantes deberán presentar los modelos de Historia Clínica vigentes con carácter de declaración jurada, a fin de determinar la existencia de impedimentos para acceder a la afiliación.
Una vez evaluada la documentación y aprobada la incorporación se procederá al alta afiliatoria, exceptuándose de los plazos de carencias prestacionales.

CLÁUSULA 3°: Prestación: El I.O.MA prestará sus servicios asistenciales conforme a la normativa vigente y/o a la que pudiera dictar su Directorio sobre el particular, durante la vigencia de este contrato.

CLÁUSULA 4°: Documentación afiliatoria: La "Entidad Adherida" se obliga a presentar al "I.O.M.A" la documentación afiliatoria de todo beneficiario ingresante a la misma, en la forma y bajo las condiciones establecidas en el Anexo II (integrante del presente), bajo apercibimiento de la aplicación del inciso b) de la Cláusula Décimo Tercera, en lo pertinente. Podrán ingresar nuevos beneficiarios en las mismas condiciones que los incorporados anteriormente.
CLÁUSULA 5°: Cuota: La Entidad Adherida abonará por el derecho al uso de los beneficios asistenciales una cuota mensual por afiliado directo, equivalente al noventa y cinco por ciento (95%) del régimen de aportes vigente para afiliados voluntarios individuales.
Las cuotas estarán sujetas a los reajustes que al efecto establezca el Directorio del I.O.M.A.

CLÁUSULA 6°: Pago: Las cuotas mencionadas en la Cláusula Quinta deberán ser abonadas por mes adelantado hasta el día diez (10) de cada mes, mediante depósito en el Banco de la Provincia de Buenos Aires, a la orden del I.O.M.A. en la cuenta Nº 829/5 Sucursal 2000, o en aquella que la Obra Social indique.

CLÁUSULA 7°: Condiciones documentales: La Entidad Adherida queda obligada:
1. A remitir a la Dirección de Finanzas, dentro de los dos (2) primeros días hábiles posteriores al vencimiento del plazo para efectuar los pagos:
a) Declaración Jurada de Aportes según modelo que forma parte del presente como ANEXO I, con todos los datos en ella requeridos.
b) Boleta de depósito correspondiente a la efectivización de los pagos.
c) CD con la información contenida en las planillas.
d) Planillas discriminativas de aportes según modelo que forma parte del presente como Anexo III, con todos los datos en ella requeridos.
2. A remitir a la Dirección de Afiliaciones:
a) El movimiento de altas, bajas y modificaciones conforme a las pautas establecidas en el ANEXO II del presente contrato.
b) Listado general de sus representados conforme "Formato de Registro" obrante en el ANEXO II integrante del presente.

El "I.O.M.A" se reserva el derecho de efectuar las compulsas necesarias sobre toda documentación referida a la vinculación de los incorporados a través de la Entidad Adherida. A tales efectos, la Entidad se obliga a llevar un registro mensual actualizado de sus pasantes.

CLÁUSULA 8°: Incumplimiento en el pago: El incumplimiento de lo establecido en las Cláusulas Quinta y Sexta hará incurrir a la Entidad Adherida en mora de pleno derecho, quedando facultado el I.O.M.A. a tomar las medidas necesarias para regularizar la situación sin recurrir a interpelación judicial o extrajudicial, estableciéndose que la falta total o parcial de pago devengará, desde sus respectivos vencimientos y hasta el día de pago, un interés equivalente a la tasa que pague el Banco de la Provincia de Buenos Aires para sus depósitos a treinta (30) días vigentes en los distintos períodos de aplicación. En caso de perder vigencia la Ley 23.928, será de plena aplicación la actualización establecida en el Artículo 36 del Decreto Reglamentario 7.881/84.

CLÁUSULA 9°: Bajas: Producida alguna baja se procederá y surtirá efectos de acuerdo a lo previsto en el ANEXO II, punto 3. En caso de incumplimiento, la Entidad Adherida continuará abonando la cuota hasta hacerse efectiva en el modo descripto.

CLÁUSULA 10°: Aceptación de bajas: Sólo se aceptarán bajas de afiliados en los casos de desvinculación de la Entidad Adherida, y condicionadas a que la Entidad se encuentre al día en el pago de las cuotas correspondientes.
Aquellos beneficiarios a los cuales se les hubiera aceptado su desvinculación del sistema y pretendan reingresar, estarán sujetos a la normativa vigente para las afiliaciones voluntarias individuales.

CLÁUSULA 11°: Representantes de gestión: La Entidad adherida deberá notificar fehacientemente a este IOMA en un plazo de diez (10) días desde la suscripción del presente convenio la persona autorizada que realizará las gestiones ante este IOMA. Asimismo la Entidad adherida quedará obligada a notificar del mismo modo y un plazo de diez (10) días cualquier modificación al respecto.

CLÁUSULA 12°: Vigencia: El presente contrato tendrá un (1) año de duración, plazo que deberá contarse a partir del ....., quedando automáticamente renovado por idéntico período en tanto las partes no manifiesten su voluntad en contrario con treinta (30) días de antelación, mediante notificación fehaciente.

CLÁUSULA 13°: Rescisión: El I.O.M.A. podrá rescindir este contrato por las siguientes causales:
a) En forma automática si la Entidad Adherida no satisface el pago de dos (2) mensualidades consecutivas o alternadas de aportes, dentro de los plazos previstos en la Cláusula Sexta.
b) Falsedad en la documentación exigida en la Cláusula Séptima y/o incumplimiento en la presentación de la misma en tiempo y forma.
c) Cuando razones de política institucional del I.O.M.A. así lo aconsejen, y/o por cambio de normativa que haga necesaria la adaptación del presente.
Sin perjuicio de lo expuesto, las partes podrán denunciar este convenio incausadamente con treinta (30) días de antelación, transcurridos los primeros ciento ochenta (180) días de la fecha de vigencia. A tales efectos, deberán comunicar a la otra parte en forma fehaciente su decisión rescisoria.

CLÁUSULA 14°: Reingreso: En caso de rescisión del presente convenio aquellos beneficiarios que pretendan reingresar a este IOMA deberán peticionarlo previa cancelación del saldo deudor en caso que existiere, sin perjuicio de las acciones que pudieren corresponder contra la Entidad.

CLÁUSULA 15°: Suspensión de servicios: Producida alguna de las circunstancias enumeradas en los apartados a) y b) de la Cláusula Décimo Tercera y hasta tanto finalicen los trámites inherentes a la rescisión, el I.O.M.A. podrá suspender inmediatamente los servicios asistenciales, sin perjuicio de poder adoptar la misma medida en caso de transgredirse cualquiera de las restantes cláusulas del presente contrato. Si la causal fuera la prevista en el apartado c), la suspensión de los servicios operará a los treinta (30) días de comunicada la decisión por parte del I.O.M.A. a la Entidad Adherida, siendo de aplicación lo previsto en el ANEXO II, punto 3.2).

CLÁUSULA 16°: Entrega de credenciales: Si el vencimiento de las credenciales coincide con la fecha de rescisión del vínculo contractual la Entidad Adherida se obliga a su devolución en la Sede Central del I.O.M.A., en el término perentorio de diez (10) días corridos a partir de aquel vencimiento Para el supuesto de que el presente contrato sea rescindido en cualquier momento, que no sea coincidente con lo expresado en el párrafo anterior, la Entidad Adherida deberá entregar la totalidad de las credenciales (de acuerdo a lo requerido en el ANEXO II, punto 3.2), el día de la efectiva baja.
En caso de incumplimiento de lo previsto en la presente cláusula, será de aplicación lo establecido en la Cláusula Novena sin perjuicio de las medidas, judiciales y/o administrativas que correspondan a la retención indebida de credenciales.

CLÁUSULA 17°: Poder Sancionatorio: El I.O.M.A. ejercerá el poder sancionatorio conferido por el art. 7 inc. h) del Decreto 7.881/84, reglamentario del art. 7 de la Ley del I.O.M.A. N° 6.982 (T.O.1987), contra los afiliados que incurran en la comisión de las irregularidades tipificadas por el mismo, mediante la aplicación, previa instrucción de sumario, de las sanciones allí previstas que la Entidad Adherida declara conocer.

CLÁUSULA 18°: Domicilios: Para todos los efectos de este contrato, las partes fijan los siguientes domicilios: el I.O.M.A. en la calle 46 N° 886 de la ciudad de La Plata y la Entidad Adherida en ..... , y se someten a la competencia de los Tribunales Ordinarios del Departamento Judicial La Plata, renunciando a toda otra jurisdicción.

CLÁUSULA 19°: Déjase expresa constancia que este contrato responde íntegramente a la Reglamentación para la incorporación de las Entidades Públicas y Privadas, que las partes declaran conocer y acatar. El IOMA aplicará
su normativa vigente y/o la que pudiera dictar el Directorio sobre el particular durante la vigencia de este contrato, aún en las situaciones que el presente contrato no prevea textualmente.
La entidad queda obligada a notificar a sus beneficiarios los términos del presente convenio y las modificaciones que el mismo sufriere, debiendo acompañar el formulario de adhesión voluntaria al convenio con IOMA conforme el Anexo IV.

Previa lectura y ratificación, se firman dos (2) ejemplares de un mismo tenor y efecto, en la Ciudad de La Plata, a los ..... días del mes de ..... de dos mil trece.

Anexo 6

ANEXO II

REQUISITOS PARA TRÁMITES DE ALTAS Y BAJAS

Será responsabilidad de la Entidad Adherida:

17. La designación expresa de un representante ante el I.O.M.A, a efectos de realizar los trámites inherentes a cuestiones afiliatorias.
18. Trámite de Alta:
18.1. Presentación hasta el vigésimo (20°) día de cada mes (o hábil anterior) de "Ficha 2" debidamente cumplimentada y certificada por la Entidad.
18.2. Distribución de las credenciales habilitantes.
19. Trámite de Baja:
19.1. Presentación de baja, con la "Ficha 5" debidamente cumplimentada, hasta el vigésimo (20°) día de cada mes (o hábil anterior). Los efectos de esa baja se producirán a partir del día 1º del mes siguiente.
19.2. Obligación de rescatar la/s credencial/es habilitante/s en caso de baja, la/s que se acompañará/n a la "Ficha 5" y de entregarlas al I.O.M.A dentro del plazo previsto en el Punto 3.1.
20. La remisión mensual hasta el día 20 de cada mes, a la Dirección de Afiliaciones, del listado general de sus representados según el "Formato de Registro" que se adjunta a la presente.

En caso de extravío de la credencial del afiliado al I.O.M.A., deberá denunciarse en forma inmediata en la dependencia correspondiente, de la que se recabará la certificación de denuncia, sin cuyo requisito el I.O.M.A no cumplimentará ningún pedido de extensión de duplicado.

Formato de Registro

Nombre del campo	Longitud	Tipo de Campo	Descripción
1. Tipo_Doc	1	Numérico	(1) Hombre (2) Mujer
2. Nro_Doc	8	Numérico	Nro. de Documento del Afiliado
3. ApeyNom	30	Carácter	Apellido y Nombre del Afiliado, sin caracteres extraños, doble espaciado.
4. Mes_Aporte	6	Numérico	Mes-Año del Aporte (Formato MMAAAA)
5. Fecha_Alta	10	Carácter	Fecha del Primer Aporte al I.O.M.A., por el afiliado

Restricciones de los datos:
1. Tipo de Documento:
1 Si el afiliado es hombre
2 SI el afiliado es mujer

2. Número de documento: Debe ser D.N.I. (este dato es indispensable)
3. Apellido y nombre:
   No debe tener caracteres extraños como:
   !@#$%&.:;1234567890()-_=+?/\<>, etc
   Ni tampoco doble espaciado entre nombres o apellido y nombre
4. Mes de aporte: De la forma mes/año, “092013”, para “Septiembre de 2013”.
5. Fecha de alta: De la forma dd/mm/aaaa; ejemplo: “01/02/2013”, para el 1º de febrero de 2013.

Nota: El archivo que se envíe al I.O.M.A., debe ser entregado con las especificaciones mencionadas, con extensión de Texto DOS (.txt) o MS Excel (.xls), y con el nombre de “LISTADO”.

ANEXO III

PLANILLA DISCRIMINATIVA DE APORTES-MES

CONVENIOS CON CUOTA AFILIADO VOLUNTARIO

APELLIDO Y NOMBRE	APORTE

Que a fojas 4, la Dirección de Relaciones Jurídicas no encuentra objeciones legales que formular correspondiendo su tratamiento y consideración por el Directorio;

Que el Departamento de Coordinación deja constancia que el Directorio, en su reunión de fecha 20 de mayo de 2015, según consta en Acta Nº 20, Resolvió: Aprobar la creación de la Delegación de este Instituto en la localidad de Villa Elvira, partido de La Plata;

Que la presente medida se dicta en uso de las facultades conferidas en el art. 8 inc k) de la Ley N° 6.982 (T. O. 1987).

Por ello,

EL DIRECTORIO DEL INSTITUTO DE OBRA MÉDICO ASISTENCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, RESUELVE:

ARTÍCULO 1° Aprobar la creación de la Delegación de este Instituto en la localidad de Villa Elvira, partido de La Plata, ello en virtud de los considerandos que anteceden.

ARTÍCULO 2°. Registrar. Comunicar a la Dirección General de Regionalización. Pasar a las Direcciones Generales y demás Direcciones intervinientes del Instituto para su conocimiento. Publicar. Dar al Boletín Oficial. Cumplido, archivar.

Antonio La Scaleia
Presidente – IOMA
C.C. 12.520

Provincia de Buenos Aires
INSTITUTO DE OBRA MÉDICO ASISTENCIAL
Resolución N° 2.254/15

La Plata, 9 de Junio de 2015

VISTO el expediente N° 2914-2137/15, iniciado por DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES, caratulado: “REF SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN DE VALORES DEL NOMENCLADOR DE PRESTACIONES HOSPITALES MUNICIPALES”, y

CONSIDERANDO:

Que tratan las presentes actuaciones de las modificaciones de los valores del Nomenclador de Prestaciones del II Nivel y Alta Complejidad Terapéutica, Procedimientos Ambulatorios, Odontología, Foniatría, Salud Mental, Diálisis y Rehabilitación realizadas en Hospitales Municipales;

Que a fojas 1, la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médica de Establecimientos Asistenciales informa que en virtud del incremento en los costos de la salud la propuesta contempla un aumento en módulos y prestaciones complementarias de los procedimientos ambulatorios y prestaciones complementarias con un estimativo global del treinta y dos por ciento (32%), el que se detalla en el Anexo 1, obrante a fojas 2/43. Por otra parte, se pone en consideración el invalorable aporte que realizan los Hospitales Municipales que se constituyen como únicos efectores de su región, proponiéndose que los mismos reciban una bonificación especial mensual equivalente al veinte por ciento (20%) del total de la facturación, excluyendo los ítems correspondientes a la medicación excluida y la alimentación parenteral, denominada Bonificación Único Efector (BUE). Por lo expuesto, la Dirección propiciante ha evaluado las modificaciones estimándolas criteriosas sugiriendo su implementación a partir del 1º de julio de 2015. Finalmente informa que el impacto económico que las modificaciones producirán se estima una facturación promedio de siete millones mensuales ($7.000.000), lo cual representa un aumento mensual de pesos dos millones doscientos cuarenta mil ($2.240.000), y en lo que respecta a la bonificación único efector (BUE) un incremento del presupuesto mensual de pesos un millón cincuenta y seis mil ($ 1.056.000);

Que a fojas 44, la Dirección General de Prestaciones interviene dando conformidad a los actuados considerando dar curso favorable a lo peticionado;

Que por su parte, la Dirección General de Administración remite los presentes a la Dirección de Finanzas a fin de tomar el compromiso preventivo por un monto total de pesos diecinueve millones setecientos setenta y seis mil ($19.776.000) por el período julio - diciembre 2015;

Que a fojas 46 se agrega compromiso preventivo del gasto, que será atendido con cargo a la partida ENT 200, PRG 1, AES 1, Finalidad 3, Función 1 , Principal 3, Subprincipal 4, Par 8, Fuente de Financiamiento 1.2, Presupuesto General Ejecutivo 2015 Ley Nº 14.652;

Que la Dirección de Relaciones Jurídicas no encuentra objeciones que formular desde el punto de vista de su competencia estimando que puede el Directorio dictar el acto administrativo por medio del cual se modifiquen los valores del Nomenclador de Prestaciones del II Nivel y Alta Complejidad Terapéutica, Procedimientos Ambulatorios, Odontología, Foniatría, Salud Mental, Diálisis y Rehabilitación realizadas en Hospitales Municipales y se apruebe la propuesta de la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médica de Establecimientos Asistenciales, de conformidad con el proyecto de Anexo obrante a fojas 2/43;

Que el Departamento de Coordinación deja constancia que el Directorio en su reunión de fecha 3 de junio de 2015, según consta en Acta Nº 22, RESOLVIÓ: Aprobar las modificaciones de los valores del Nomenclador de Prestaciones del II Nivel y Alta Complejidad Terapéutica, Procedimientos Ambulatorios, Odontología, Foniatría, Salud Mental, Diálisis y Rehabilitación realizadas en Hospitales Municipales, y aprobar la Bonificación Único Efector (BUE), en un beneficio mensual equivalente al veinte por ciento (20%) del total de la facturación, excluyendo los ítems correspondientes a la medicación excluida y la alimentación parenteral. Las presentes formarán parte del acto administrativo a dictarse como Anexo Único, con vigencia a partir del 1º de julio de 2015;

Que la presente medida se dicta en uso de las facultades conferidas en la Ley N° 6.982 (T.O. 1987).

Por ello,

EL DIRECTORIO DEL INSTITUTO DE OBRA MÉDICO ASISTENCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, RESUELVE:

ARTÍCULO 1°: Aprobar las modificaciones de los valores del Nomenclador de Prestaciones del II Nivel y Alta Complejidad Terapéutica, Procedimientos Ambulatorios, Odontología, Foniatría, Salud Mental, Diálisis y Rehabilitación realizadas en Hospitales Municipales.

ARTÍCULO 2°: Aprobar la Bonificación Único Efector (BUE), en un beneficio mensual equivalente al veinte por ciento (20%) del total de la facturación, excluyendo los ítems correspondientes a la medicación excluida y la alimentación parenteral. Las Bonificaciones como Anexo Único formarán, parte de la presente Resolución con vigencia a partir del 1º de julio de 2015, ello en virtud de los considerandos que anteceden.

ARTÍCULO 3°. El gasto demandado será atendido con cargo a la partida: ENT 200, PRG1, AES 1, Finalidad 3, Función 1 , Principal 3, Subprincipal 4, Par 8, Fuente de Financiamiento 1.2, Presupuesto General Ejecutivo 2015 Ley Nº 14.652.

ARTÍCULO 4°. Registrar. Comunicar a la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médica de Establecimientos Asistenciales, a la Dirección General de Prestaciones y a la Dirección General de Administración. Pasar a las Direcciones Generales y demás Direcciones intervinientes del Instituto para su conocimiento. Publicar, dar al Boletín Oficial Cumplido, archivar.

Antonio La Scaleia
Presidente – IOMA

ANEXO 1

IOMA - HOSPITALES MUNICIPALES

CUADROS DE VALORES

2015

CAPÍTULO 1

	CUADRO DE VALORES II NIVEL Y ALTA COMPLEJIDAD - HOSPITALES MUNICIPALES 2015	
CODIGO	DESCRIPCION	VALOR
U	UNIDADES	PESOS
UG2 III	UNIDAD GASTOS II NIVEL	18.44
UG3	UNIDAD GASTOS III NIVEL	4.55
UDA	UNIDAD DERECHOS DE APARATOLOGÍA	4.55
UNEO	UNIDAD NEONATOLOGÍA	4.55
UHM	UNIDAD HONORARIOS MEDICOS	4.55
UGT	UNIDAD PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS ESPECIALES (ET-DGT-DGE)	3.13
BUE	BONIFICACION UNICO EFECTOR SOBRE UG2 III (EXCLUYE MEDICACION Y ALIMENTACION PARENTERAL)	20%
PIE	PRESTACIONES O INSUMOS ESPECIALES	
	HEMOCOMPONENTES	
AUH	ADICIONAL UNIDAD DE HEMODERIVADOS	713
AUH (ON 6)	ADICIONAL UNIDAD DE HEMODERIVADOS dentro del Módulo ON 6	713
APF	ADICIONAL MODULO DE PLASMAFÉRESIS, LEUCOFÉRESIS O ERITROFÉRESIS	7513
	MEDICACION	
CV 12 B	ADICIONAL TROMBOLITICOS	5322
	INSUMO NEUROLOGICO	
SN 8 A	SENSOR DE PIC	16854
	OFTALMOLOGICOS	
OF 2 A	ADICIONAL VITRECTOMÍA	5445
OF 13 A	ADICIONAL USO DE ESPONJA Y/O BANDA DE SILICON	1315
OF 14 A	ADICIONAL POR LIO RIGIDA Y SUSTANCIA VISCOELASTICA	2538
OF 15 A	ADICIONAL POR TUBO DE JONES Y/O SONDA	737
OF 16 A	ADICIONAL POR LIO PLEGABLE Y SUSTANCIA VISCOELASTICA	4384
OF 21	CIRUGIA REFRACTIVA POR EXCIMER LASER	5386
NEO L A	ADICIONAL FOTOCOAGULACIÓN O ABLACION BILATERAL DE RETINA EN RETINOPATIA DEL PREMATURO CON LASER DIODO	13763
	ALIMENTACIÓN PARENTERAL	
AP 500 S	Hasta 500 ml SIN Lípidos	577
AP 500 C	Hasta 500 ml CON Lípidos	682
AP 1000 S	Hasta 1000 ml SIN Lípidos	735
AP 1000 C	Hasta 1000 ml CON Lípidos	787
AP 1500 S	Hasta 1500 ml SIN Lípidos	840
AP 1500 C	Hasta 1500 ml CON Lípidos	945
AP 2000 S	Hasta 2000 ml SIN Lípidos	1259
AP 2000 C	Hasta 2000 ml CON Lípidos	1364
AP 2500 S	Más de 2000 ml SIN Lípidos	1469
AP 2500 C	Más de 2000 ml CON Lípidos	1574
AP	ADICIONAL INSUMO PROTÉSICO	
OSN1	CLAVIJA DE KIRCHNER (todos los diametros)	109
OSN2	ALAMBRE QUIRURGICO	175
OSN3	CLAVO TIPO RUSH	327
OSN4	CLAVO TIPO ENDER O SIMILARES	655
OSN5	CLAVO TIPO CLAVO TIPO STEIMANN	109
RN1	DIABOLO DE TEFLON	568
RN2	DIABOLO DE SILICONA TIPO PAPARELLA	546
RN3	DIABOLO DE PLATINA ANCHA	437
RN4	DIABOLO DE TITANIO	437
RN5	DIABOLO DE SILICON EN T	705
RPN1	ESTRIBO ARTIFICIAL DE TEFLON Y ACERO	1360
RPN2	ESTRIBO DE TEFLON	1360
RPN3	ESTRIBO ARTIFICIAL DE TEFLON Y PLATINO	1360
RPN4	ESTRIBO ARTIFICIAL DE TEFLON Y HUESO DR. DIAMANTE	1545
RPN5	ESTRIBO ARTIFICIAL DE TEFLON DR. CAMPO MERCANDINO	1847
	TRASLADOS	
	URBANO (por Km)	
	AMBULANCIA SIN MÉDICO	85.78
	AMBULANCIA CON MÉDICO	145.83
	MOVIL DE CUIDADOS INTENSIVOS	343.13
	INTERURBANO (por Km)	
	AMBULANCIA SIN MÉDICO	1.72
	AMBULANCIA CON MÉDICO	4.86
	MOVIL DE CUIDADOS INTENSIVOS	6.86

CAPITULO 2

NOMENCLADOR DE ANESTESIOLOGIA HOSPITALES MUNICIPALES

TABLA DE VALORES DE PRESTACIONES	NIVELES	
ANESTESIOLOGICAS	MB	282.10
	MD	324.41
	ME	373.07
	MF	429.02
	MI	493.38
	EA	567.38
	EB	652.66
	EC	750.52
	ED	862.96
	EE	992.40
	EF	1141.30
	EG	1308.95
	EH	1509.34
	EI	1735.77
	EJ	1996.10
	EK	2295.55
	EL	2638.60
	EM	3035.90
	EN	3507.06
	EO	4069.31
	EP	4718.02
	EV	74.72
	UD	137.62
	EN	275.22
	UF	272.84

NORMA DE TRABAJO:

Las prestaciones de anestesia seran presentadas para su facturacion acompañadas del parte de anestesia, firmado por el profesional actuante, fotocopia del protocolo quirurgico. Las practicas ambulatorias, deberan facturarse acompañadas del parte de anestesis firmado por el profesional actuante y fotocopia del informe de la practica realizada

CAPITULO 3

PRACTICAS AMBULATORIAS NOMENCLADAS Y GENERALIDADES

PRÁCTICAS AMBULATORIAS NOMENCLADAS

Normas Particulares:

- ✓ Las prácticas ambulatorias incluídas en el Nomenclador Nacional y que no estuvieran incluídas como prácticas ambulatorias de Alta Complejidad (codigos 88se regirán por las normas que allí se detallan
- ✓ En caso de realizarse una practica que requiriera anestesia se adicionarán los Honorarios de acuerdo al código del Capitulo correspondiente
- ✓ Los valores son los correspondientes al siguiente detalle:

Aquellas prestaciones Nomencladas que se realicen y no se encuentren moduladas o valorizadas en otros ítems se facturarán de acuerdo a la siguiente tabla:

CONSULTA MEDICA		79.00
VALOR GALENO PRACTICA		4,90
UNIDAD "C" OTROS GASTOS		0,61
UNIDAD "D" - GASTO RADIOLOGICO		2,38
UNIDAD GASTO BIOQUIMICO		5.23

- ✓ Para su facturación se requiere: Orden de Prestación con todos los datos que en ella se consignan, firma y sello del profesional que indica, firma y sello del profesional que realiza la práctica o procedimiento, valores. Informes.

CAPITULO 4

CODIGOS 88 LIVIANOS

CODIGO	NEUROLOGIA	
88.01.01	MAPEO CEREBRAL COMPUTADO	344
88.01.02	POLISOMNOGRAFIA (CON CIRCUITO DE TV)	429
88.01.03	MONITOREO ELECTROENCEFALOGRAFICO AMBULATORIO (24 HS.)	172
88.01.04	OXIMETRIA DIGITAL	286
88.01.05	TEST DE LATENCIAS MULTIPLES	143
88.01.06	POTENCIALES EVOCADOS	86
CODIGO	**OFTALMOLOGIA**	
88.02.01	CAMPO VISUAL COMPUTARIZADO	100
88.02.02	CONTEO DE CELULAS ENDOTELIALES POR OJO	51
88.02.03	ECOMETRIA	49
88.02.04	ELECTRORETINOGRAMA	28
88.02.05	IRIDOTOMIA CON LASER TRATAMIENTO COMPLETO POR OJO	715
88.02.06	PAQUIMETRIA POR OJO	28
88.02.07	PLOMBAJE POR OJO	28
88.02.08	TEST DE LOTMAN	51
88.02.09	TEST DE SENSIBILIDAD DEL CONTRASTE	43
88.02.10	TRABECULOPLASTIA CON LASER (HASTA 2 SESIONES)	715

88.02.11	EXAMEN CITOBACTERIOLOGICO	57
88.02.12	EXAMEN DE OJO SECO	51
88.02.13	FOTOCOAGULACION CON LASER (POR SESION, HASTA 4 SESIONES) POR OJO	572
88.02.14	TEST DE VISION DE COLORES	28
88.02.15	CAPSULOTOMIA POSTERIOR CON YAG LASER POR OJO	572
88.02.16	TOPOGRAFIA CORNEAL POR OJO	71
CODIGO	**OTORRINOLARINGOLOGIA**	
88.03.01	NASOFARINGOLARINGOSCOPIA	71
88.03.02	NASOFARINGOLARINGOSCOPIA (CON VIDEO)	71
CODIGO	**NEUMONOLOGIA**	
88.05.01	CURVA FLUJO VOLUMEN COMPUTARIZADO	86
88.05.02	ESPIROMETRIA COMPUTADA	99
88.05.03	ESPIROMETRIA POR COMPRESION TORACICA	343
CODIGO	**GASTROENTEROLOGIA**	
88.08.01	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON VIDEO	343
88.08.02	VIDEOCOLONOSCOPIA	400
88.02.03	COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGADA ENDOSCOPICA CON VIDEO	458
CODIGO	**UROLOGIA**	
88.10.01	TEST DE DROGAS VASOACTIVAS	171
88.10.02	TEST DE TUMESCENCIA Y RIGIDEZ PENEANA NOCTURNA (PRIMERA NOCHE)	200
88.10.03	TEST DE TUMESCENCIA Y RIGIDEZ PENEANA NOCTURNA (SEGUNDA NOCHE)	129
88.10.04	CAVERNOSONOGRAFIA	143
88.10.05	ESTUDIO URONEUROFISIOLOGICO	114
88.10.06	PENOSCOPIA	71
88.10.07	PENOSCOPIA CON BIOPSIA	86
88.10.08	FLUJOMETRIA URINARIA COMPUTARIZADA	257
88.10.09	ESTUDIO URINARIO COMPLETO COMPUTARIZADO	285
88.10.10	BIOPSIA ENDOSCOPICA VESICAL CON PINZA FRIA	229
88.10.11	URETERORENOSCOPIA DIAGNOSTICA	572
88.10.12	VIDEOURETROCISTOSCOPIA	171
CODIGO	**GINECOLOGIA**	
88.11.01	DIAGNOSTICO PRENATAL POR AMNIOCENTESIS	372
88.11.02	DIAGNOSTICO PRENATAL POR BIOPSIA CORIONICA	571
CODIGO	**ANATOMIA PATOLOGICA**	0
88.15.01	PUNCION BIOPSIA POR ASPIRACION	143
88.15.02	BIOPSIA POR INMUNOFLUORESCENCIA	172
88.15.03	RECEPTORES HORMONALES POR METODO IHQ. (ESTROGENOS Y PROGESTERONA)	429
88.15.04	ESTUDIO DE BIOPSIA POR IHQ EN CORTES EMBEBIDOS EN PARAFINA (HASTA TRES MARCADORES)	229
88.15.05	ESTUDIO DE BIOPSIA POR IHQ.EN CORTES EMBEBIDOS EN PARAFINA (MAS DE TRES MARCADORES ,C/U)	57
CODIGO	**CARDIOLOGIA**	
88.17.01	PRESUROMETRIA	114
88.17.02	ELECTROCARDIOGRAMA DE ALTA RESOLUCION DE SEÑALES	200
88.17.03	TILT TEST	200
CODIGO	**GENETICA**	
88.21.01	DETECCION DEL SITIO FRAGIL DEL CROMOSOMA X	429
88.21.02	CARIOTIPO CON ALTA RESOLUCION DE BANDA	429
88.21.03	ESTUDIO CROMOSOMICO	429
88.21.04	CARIOTIPO DE MATERIAL DE ABORTO ESPONTANEO	429
CODIGO	**HEMATOLOGIA**	
88.23.01	CITOMETRIA DE FLUJO (LEUCEMIAS Y LINFOMAS)	858
88.23.02	CITOMETRIA DE FLUJO (ADN E INDICACIONES DE MEDICINA TRANSFUSIONAL)	572
88.23.03	CITOMETRIA DE FLUJO (HIV y CD34)	214
88.23.04	AUTOTRANSFUSION, HASTA 2 UNIDADES	429
CODIGO	**ECOGRAFIAS**	
88.18.01	ECOCARDIOFETAL	86
88.18.02	ECOGRAFIA TRNASFONTANERAL	86
88.18.03	ECOGRAFIA DE LA CADERA DEL RECIEN NACIDO	86
88.18.04	ECOGRAFIA MUSCULOESQUELETICA	86
88.18.05	ECOGRAFIA TRANSCRANEANA	86
88.18.06	ECOGRAFIA GENERAL DE OTROS ORGANOS Y REGIONES	86
88.18.07	ECOGRAFIA ENDOCAVITARIA GINECOLOGICA INCLUYE : Material Descartable y Anestesia	171
88.18.08	ECOGRAFIA ENDOCAVITARIA PROSTATICA TRANSRECTAL INCLUYE : Material Descartable y Anestesia	171
88.18.09	ECOGRAFIA ENDOCAVITARIA ESOFAGICA-GASTRICA-RECTAL INCLUYE :Material Descartable y Anestesia	171
88.18.10	ECOGRAFIA CON DROGAS CON DIGITALIZACION DE IMAGENES (DIPIRIDAMOL, ETC) INCLUYE : Medicación	171
CODIGO	**ECOGRAFIA DOPPLER BLANCO Y NEGRO**	
88.18.20	DE VASOS DE CUELLO	129
88.18.21	ARTERIAL PERIFERICO	129
88.18.22	AORTA Y SUS RAMAS	129
88.18.23	VENOSA DE MIEMBROS INFERIORES	129
88.18.24	DEL EJE ESPLENO PORTAL	129
88.18.25	DE PENE	129
88.18.26	DEL CORDON ESPERMATICO	129
88.18.27	OBSTETRICO	129
88.18.28	CARDIOLOGICO	129
88.18.29	PULSADO VASCULAR PERIFERICO/NEFROLOGICO	129

CODIGO	MAMOGRAFIAS	
88.34.01	PUNCION BIOPSIA O LOCALIZACION PREBIOPSIA DE LESION NO PALPABLE CON MARCADOR INCLUYE : Material Descartable y elementos de marcación - EXCLUYE : Anatomia Patológica y Bacteriológica	400
88.34.02	PUNCION BIOPSIA CON MARCACION ESTEREOTAXICA INCLUYE : Material Descartable y elementos de marcación - EXCLUYE : Anatomia Patológica y Bacteriológica	858
88.34.03	MAGNIFICACION MAMOGRAFICA (POR LADO)	57
CODIGO	**DENSITOMETRIA OSEA**	
	Estudio con equipo emisor de Rayos X de baja energía ,	
88.34.70	DE UNA REGION	100
88.34.71	DE DOS O MAS REGIONES	129
88.34.72	POR TAC CON SOFTWARE ESPECIFICO	172
CODIGO	**ESPINOGRAFIA**	
88.34.80	DE CUALQUIER REGION, realizado con portachasis especifico y cuadrícula con numeración	143

NOMENCLADOR DE PRACTICAS Y VALORES
ALTA COMPLEJIDAD. CODIGOS 88 (PESADOS)

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA		4ta. GENERACION			2da./3ra. GENERACION		
LOS ESTUDIOS INCLUYEN : Materiales Descartables, Medios de Contraste (iónicos o no iónicos) y medicación anestésica. EXCLUYEN : H.M. de Anestesia		H.M	GASTOS	V.M.T.	H.M	GASTOS	V.M.T.
88.34.10	T.A.C. DE CEREBRO	172	713	883	172	631	803
88.34.12	T.A.C. DE CEREBRO CONTROL	172	480	652	172	434	606
88.34.25/00	T.A.C. DE ORBITAS	172	713	884	172	631	803
88.34.25/01	T.A.C. DE HIPOFISIS	172	713	884	172	631	803
88.34.25/02	T.A.C DE OIDOS	172	713	884	172	631	803
88.34.25/03	T.A.C. DE MACIZO FACIAL	172	713	884	172	631	803
88.34.25/04	T.A.C. DE S.P.N.	172	713	884	172	631	803
88.34.26/00	T.A.C. DE CUELLO	172	541	713	172	467	639
88.34.26/01	T.A.C. DE FARINGE/LARINGE	172	713	884	172	631	803
88.34.17	T.A.C. COMPLETA DE ABDOMEN	172	1028	1199	172	933	1105
88.34.19	T.A.C. DE TORAX	172	812	983	172	732	904
88.34.27/00	T.A.C. DE PELVIS OSEA	172	541	713	172	467	639
88.34.27/01	T.A.C.DE CADERAS	172	541	713	172	467	639
88.34.27/02	T.A.C. DE RODILLAS	172	541	713	172	467	639
88.34.27/03	T.A.C. DE TOBILLOS	172	541	713	172	467	639
88.34.27/04	T.A.C. DE PIES	172	541	713	172	467	639
88.34.27/05	T.A.C. DE HOMBROS	172	541	713	172	467	639
88.34.27/06	T.A.C. DE CODO	172	541	713	172	467	639
88.34.27/07	T.A.C. DE MUÑECA	172	541	713	172	467	639
88.34.27/08	T.A.C. DE MANO	172	541	713	172	467	639
88.34.21	T.A.C. DE COLUMNA CERVICAL	172	713	884	172	658	829
88.34.22	T.A.C. DE COLUMNA DORSAL	172	713	884	172	658	829
88.34.23	T.A.C. DE COLUMNA LUMBAR	172	713	884	172	658	829
88.34.24	T.A.C. DE OTROS ORGANOS Y REGIONES	172	541	713	172	467	639
TOMOGRAFIA COMPUTADA POR BARRIDO HELICOIDAL							
Los estudios con Barrido Helicoidal INCLUYEN : Materiales Descartables , Medios de Contraste (iónicos o no iónicos) y medicación anestésica. EXCLUYEN : H.M. de Anestesia		H.M	GASTOS	V.M.T.			
88.34.30	T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL DE CEREBRO	172	773	945			
88.34.40/00	T.C. HELICOIDAL DE ORBITAS	172	773	945			
88.34.40/01	T.C. HELICOIDAL DE HIPOFISIS	172	773	945			
88.34.40/02	T.C. HELICOIDAL DE OIDOS	172	773	945			
TOMOGRAFIA COMPUTADA POR BARRIDO HELICOIDAL		H.M	GASTOS	V.M.T.			
88.34.40/03	T.C. HELICOIDAL DE MACIZO FACIAL	172	773	945			
88.34.40/04	T.C. HELICOIDAL DE S.P.N.	172	773	945			
88.34.41/00	T.C. HELICOIDAL DE CUELLO	172	714	886			
88.34.41/01	T.C. HELICOIDAL DE FARINGE/LARINGE	172	773	945			
88.34.32	T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL COMPLETA DE ABDOMEN	172	1129	1300			
88.34.34	T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL DE TORAX	172	965	1137			
88.34.42/00	T.C. HELICOIDAL DE PELVIS OSEA	172	714	886			
88.34.42/01	T.C. HELICOIDAL DE CADERAS	172	714	886			
88.34.42/02	T.C. HELICOIDAL DE RODILLAS	172	714	886			
88.34.42/03	T.C. HELICOIDAL DE TOBILLOS	172	714	886			
88.34.42/04	T.C. HELICOIDAL DE PIES	172	714	886			
88.34.42/05	T.C. HELICOIDAL DE HOMBROS	172	714	886			
88.34.42/06	T.C. HELICOIDAL DE CODO	172	714	886			
88.34.42/07	T.C. HELICOIDAL DE MUÑECA	172	714	886			
88.34.42/08	T.C. HELICOIDAL DE MANO	172	714	886			
88.34.36	T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL DE COLUMNA CERVICAL	172	773	945			
88.34.37	T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL DE COLUMNA DORSAL	172	773	945			
88.34.38	T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL DE COLUMNA LUMBAR	172	773	945			
88.34.39	T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL DE OTROS ORGANOS Y REGIONES	172	714	886			
PRACTICAS INTERVENCIONSTAS BAJO CONTROL DE TOMOGRAFIA COMPUTADA		H.M	GASTOS	V.M.T.			
88.34.50	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE ABDOMEN	548	1238	1786			
88.34.51	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE HIGADO	548	1238	1786			
88.34.52	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE RIÑON	548	1238	1786			
88.34.53	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE PANCREAS	548	1238	1786			
88.34.54	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE TORAX/PULMON	548	1238	1786			
88.34.55	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE UNA VERTEBRA	548	1238	1786			
88.34.56	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE OTROS ORGANOS O REGIONES	548	1238	1786			

TOMOGRAFIA COMPUTADA MULTISLICE 64 PISTAS		H.M	GASTOS	V.M.T.
Los estudios de TC.MS INCLUYEN : Materiales Descartables , Medios de Contraste (iónicos o no iónicos) y medicación anestésica. EXCLUYEN : H.M. de Anestesia				
88.34.90/00	T.C. MULTISLICE DE CEREBRO	221	965	1187
88.34.91/01	T.C. MULTISLICE DE ORBITAS	221	965	1187
88.34.91/02	T.C. MULTSLICE DE HIPOFISIS	221	965	1187
TOMOGRAFIA COMPUTADA MULTISLICE 64 PISTAS (CONT)		**H.M**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.34.91/03	T.C. MULTISLICE DE OIDOS	221	965	1187
88.34.91/04	T.C. MULTISLICE DE MACIZO FACIAL	221	965	1187
88.34.91/05	T.C. MULTISLICE DE S.P.N.	221	965	1187
88.34.91/06	T.C. MULTSLICE DE CUELLO	221	890	1111
88.34.91/07	T.C. MULTISLICE DE FARINGE/LARINGE	221	965	1187
88.34.92/00	T.C. MULTISLICE COMPLETA DE ABDOMEN	221	1428	1650
88.34.93/00	T.C. MULTISLICE DE TORAX	221	965	1187
88.34.94//00	T.C. MULTISLICE DE PELVIS OSEA	221	890	1111
88.34.94/01	T.C. MULTISLICE DE CADERAS	221	890	1111
88.34.94/02	T.C. MULTISLICE DE RODILLAS	221	890	1111
88.34.94/03	T.C. MULTISLICE DE TOBILLOS	221	890	1111
88.34.94/04	T.C. MULTISLICE DE PIES	221	890	1111
88.34.94/05	T.C. MULTISLICE DE HOMBROS	221	890	1111
88.34.94/06	T.C. MULTISLICE DE CODO	221	890	1111
88.34.94/07	T.C. MULTISLICE DE MUÑECA	221	890	1111
88.34.94/08	T.C. MULTISLICE DE MANO	221	890	1111
88.34.94/09	T.C. MULTISLICE DE COLUMNA CERVICAL	221	965	1187
88.34.94/10	T.C. MULTISLICE DE COLUMNA DORSAL	221	965	1187
88.34.94/11	T.C. MULTISLICE DE COLUMNA LUMBAR	221	965	1187
88.34.95/00	T.C. MULTISLICE DE OTROS ORGANOS Y REGIONES	221	890	1111
88.34.96/00	ANGIO TAC MULTISLICE CARDIACA CORONARIA	865	4092	4957
88.34.97/00	ANGIO TAC MULTISLICE DE UNA REGION (TORAX,ABDOMEN Y PELVIS, MIEMBROS ETC.)	374	1868	2241
88.34.97/01	ANGIO TAC MULTISLICE SEGUNDA O MAS REGIONES	296	1519	1815
88.34.98/00	RECONSTRUCCION 3D-4D incluye TC-MS segunda region y subsiguientes	374	1868	2241
PRACTICAS INTERVENCIONSTAS BAJO CONTROL DE TOMOGRAFIA COMPUTADA MULTISLICE 64 PISTAS		**H.M**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.34.99/01	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. MS DE ABDOMEN	716	1569	2285
88.34.99/02	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE HIGADO	716	1569	2285
88.34.99/03	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE RIÑON	716	1569	2285
88.34.99/04	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE PANCREAS	716	1569	2285
88.34.99/05	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE TORAX/PULMON	716	1569	2285
88.34.99/06	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE UNA VERTEBRA	716	1569	2285
88.34.99/07	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE OTROS ORGANOS O REGIONES	716	1569	2285

RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR		H.M	GASTOS	V.M.T.
INCLUYEN : Materiales Descartables , Medios de Contraste, medicación anestésica y EXCLUYEN : H.M. de Anestesia. **El módulo incluye ANGIORESONANCIA Y COLANGIORESONANCIA.**				
PRIMERA EXPOSICION				
88.46.01 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CEREBRO (ALTO CAMPO)	172	1276	1448
88.46.01 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CEREBRO (BAJO CAMPO)	172	1110	1281
88.46.01 A1	ANGIO-R.M.N. CEREBRO 1RA EXPOSICION (ALTO CAMPO)	172	1276	1448
88.46.01 B1	ANGIO-R.M.N. CEREBRO 1RA EXPOSICION (BAJO CAMPO)	172	1110	1281
88.46.02 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE RODILLA (ALTO CAMPO)	172	1276	1448
88.46.02 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE RODILLA (BAJO CAMPO)	172	1110	1281
88.46.03 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CADERA (ALTO CAMPO)	172	1276	1448
88,46,03 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CADERA (BAJO CAMPO)	172	1110	1281
88.46.04 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION OFTALMOLOGICA (ALTO CAMPO)	172	1276	1448
88,46,04 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION OFTALMOLOGICA (BAJO CAMPO)	172	1110	1281
88.46.05 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CUELLO (ALTO CAMPO)	172	1276	1448
88.46.05 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CUELLO (BAJO CAMPO)	172	1110	1281
88.46.05 A1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE CUELLO (ALTO CAMPO)	172	1276	1448
88.46.05 B1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE CUELLO (BAJO CAMPO)	172	1110	1281
88.46.06 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION MAMARIA (ALTO CAMPO)	172	1276	1448
88.46.06 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION MAMARIA (BAJO CAMPO)	172	1110	1281
88.46.07 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE PELVIS (ALTO CAMPO)	172	1276	1448
88.46.07 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE PELVIS (BAJO CAMPO)	172	1110	1281
88.46.07 A1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE PELVIS (ALTO CAMPO)	172	1276	1448
88.46.07 B1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE PELVIS (BAJO CAMPO)	172	1110	1281
88.46.08 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE ABDOMEN (ALTO CAMPO)	172	1276	1448
88.46.08 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE ABDOMEN (BAJO CAMPO)	172	1110	1281
88.46.08 A1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE ABDOMEN (ALTO CAMPO)	172	1276	1448

88.46.08 B1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE ABDOMEN (BAJO CAMPO)	172	1110	1281
88.46.08 A2	COLANGIO-RMN 1RA. EXPOSICION (ALTO CAMPO)	172	1276	1448
88.46.08 B2	COLANGIO-RMN 1RA. EXPOSICION (BAJO CAMPO)	172	1110	1281
PRIMERA EXPOSICION (CONT.)		**H.M**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.46.09 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE TORAX (ALTO CAMPO)	172	1276	1448
88.46.09 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE TORAX (BAJO CAMPO)	172	1110	1281
88.46.09 A1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE TORAX (ALTO CAMPO)	172	1276	1448
88.46.09 B1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE TORAX (BAJO CAMPO)	172	1110	1281
88.46.10 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA CERVICAL (ALTO CAMPO)	172	1276	1448
88.46.10 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA CERVICAL (BAJO CAMPO)	172	1110	1281
88.46.11 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA DORSAL (ALTO CAMPO)	172	1276	1448
88.46.11 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA DORSAL (BAJO CAMPO)	172	1110	1281
88.46.12 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA LUMBAR (ALTO CAMPO)	172	1276	1448
88.46.12 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA LUMBAR (BAJO CAMPO)	172	1110	1281
88.46.13 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE TOBILLO Y PIE (ALTO CAMPO)	172	1276	1448
88.46.13 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE TOBILLO Y PIE (BAJO CAMPO)	172	1110	1281
88.46.14 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CODO MUÑECA Y MANO (ALTO CAMPO)	172	1276	1448
88.46.14 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CODO MUÑECA Y MANO (BAJO CAMPO)	172	1110	1281
88.46.15 A0	R.M.N. DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (ALTO CAMPO)	172	1276	1448
88.46.15 B0	R.M.N. DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (BAJO CAMPO)	172	1110	1281
88.46.15 A1	ANGIO-R.M.N.1RA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (ALTO CAMPO)	172	1276	1448
88.46.15 B1	ANGIO-R.M.N.1RA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (BAJO CAMPO)	172	1110	1281
88.46.16 A0	R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE HOMBRO (ALTO CAMPO)	172	1276	1448
88.46.16 B0	R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE HOMBRO (BAJO CAMPO)	172	1110	1281
SEGUNDA EXPOSICION		**H.M**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.47.01 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CEREBRO (ALTO CAMPO)	172	908	1079
88.47.01 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CEREBRO (BAJO CAMPO)	172	815	987
88.47.01 A1	ANGIO-R.M.N. CEREBRO 2DA EXPOSICION (ALTO CAMPO)	172	908	1079
88.47.01 B1	ANGIO-R.M.N. CEREBRO 2DA EXPOSICION (BAJO CAMPO)	172	815	987
88.47.02 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE RODILLA (ALTO CAMPO)	172	908	1079
88.47.02 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE RODILLA (BAJO CAMPO)	172	815	987
88.47.03 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CADERA (ALTO CAMPO)	172	908	1079
88.47.03 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CADERA (BAJO CAMPO)	172	815	987
SEGUNDA EXPOSICION (CONT.)		**H.M**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.47.04 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION OFTALMOLOGICA (ALTO CAMPO)	172	908	1079
88.47.04 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION OFTALMOLOGICA (BAJO CAMPO)	172	815	987
88.47.05 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CUELLO (ALTO CAMPO)	172	908	1079
88.47.05 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CUELLO (BAJO CAMPO)	172	815	987
88.47.05 A1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CUELLO (ALTO CAMPO)	172	908	1079
88.47.05 B1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CUELLO (BAJO CAMPO)	172	815	987
88.47.06 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION MAMARIA (ALTO CAMPO)	172	908	1079
88.47.06 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION MAMARIA (BAJO CAMPO)	172	815	987
88.47.07 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE PELVIS (ALTO CAMPO)	172	908	1079
88.47.07 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE PELVIS (BAJO CAMPO)	172	815	987
88.47.07 A1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE PELVIS (ALTO CAMPO)	172	908	1079
88.47.07 B1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE PELVIS (BAJO CAMPO)	172	815	987
88.47.08 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE ABDOMEN (ALTO CAMPO)	172	908	1079
88.47.08 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE ABDOMEN (BAJO CAMPO)	172	815	987
88.47.08 A1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE ABDOMEN (ALTO CAMPO)	172	908	1079
88.47.08 B1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE ABDOMEN (BAJO CAMPO)	172	815	987
88.47.08 A2	COLANGIO-RMN 2DA. EXPOSICION (ALTO CAMPO)	172	908	1079
88.47.08 B2	COLANGIO-RMN 2DA. EXPOSICION (BAJO CAMPO)	172	815	987
88.47.09 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TORAX (ALTO CAMPO)	172	908	1079
88.47.09 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TORAX (BAJO CAMPO)	172	815	987
88.47.09 A1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TORAX (ALTO CAMPO)	172	908	1079
88.47.09 B1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TORAX (BAJO CAMPO)	172	815	987

88.47.10 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA CERVICAL (ALTO CAMPO)	172	908	1079
88.47.10 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA CERVICAL (BAJO CAMPO)	172	815	987
88.47.11 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA DORSAL (ALTO CAMPO)	172	908	1079
88.47.11 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA DORSAL (BAJO CAMPO)	172	815	987
88.47.12 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA LUMBAR (ALTO CAMPO)	172	908	1079
88.47.12 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA LUMBAR (BAJO CAMPO)	172	815	987
88.47.13 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TOBILLO Y PIE (ALTO CAMPO)	172	908	1079
88.47.13 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TOBILLO Y PIE (BAJO CAMPO)	172	815	987
	SEGUNDA EXPOSICION (CONT.)	**H.M**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.47.14 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CODO MUÑECA Y MANO (ALTO CAMPO)	172	908	1079
88.47.14 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CODO MUÑECA Y MANO (BAJO CAMPO)	172	815	987
88.47.15 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (ALTO CAMPO)	172	908	1079
88.47.15 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (BAJO CAMPO)	172	815	987
88.47.15 A1	ANGIO-R.M.N.2DA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (ALTO CAMPO)	172	908	1079
88.47.15 B1	ANGIO-R.M.N.2DA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (BAJO CAMPO)	172	815	987
88.47.16 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE HOMBRO (ALTO CAMPO)	172	908	1079
88.47.16 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE HOMBRO (BAJO CAMPO)	172	815	987
	TERCERA EXPOSICION	**H.M**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.48.01 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CEREBRO (ALTO CAMPO)	172	815	987
88.48.01 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CEREBRO (BAJO CAMPO)	172	718	890
88.48.02 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE RODILLA (ALTO CAMPO)	172	815	987
88.48.02 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE RODILLA (BAJO CAMPO)	172	718	890
88.48.03 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CADERA (ALTO CAMPO)	172	815	987
88.48.03 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CADERA (BAJO CAMPO)	172	718	890
88.48.04 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION OFTALMOLOGICA (ALTO CAMPO)	172	815	987
88.48.04 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION OFTALMOLOGICA (BAJO CAMPO)	172	718	890
88.48.05 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CUELLO (ALTO CAMPO)	172	815	987
88.48.05 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CUELLO (BAJO CAMPO)	172	718	890
88.48.06 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION MAMARIA (ALTO CAMPO)	172	815	987
88.48.06 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION MAMARIA (BAJO CAMPO)	172	718	890
88.48.07 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE PELVIS (ALTO CAMPO)	172	815	987
88.48.07 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE PELVIS (BAJO CAMPO)	172	718	890
88.48.08 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE ABDOMEN (ALTO CAMPO)	172	815	987
88.48.08 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE ABDOMEN (BAJO CAMPO)	172	718	890
88.48.09 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE TORAX (ALTO CAMPO)	172	815	987
88.48.09 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE TORAX (BAJO CAMPO)	172	718	890
88.48.10 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE COLUMNA CERVICAL (ALTO CAMPO)	172	815	987
88.48.10 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE COLUMNA CERVICAL (BAJO CAMPO)	172	718	890
	TERCERA EXPOSICION (CONT.)	**H.M**	**GASTOS**	**V.M.T.**
88.48.11 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE COLUMNA DORSAL (ALTO CAMPO)	172	815	987
88.48.11 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE COLUMNA DORSAL (BAJO CAMPO)	172	718	890
88.48.12 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE COLUMNA LUMBAR (ALTO CAMPO)	172	815	987
88.48.12 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE COLUMNA LUMBAR (BAJO CAMPO)	172	718	890
88.48.13 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE TOBILLO Y PIE (ALTO CAMPO)	172	815	987
88.48.13 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE TOBILLO Y PIE (BAJO CAMPO)	172	718	890
88.48.14 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CODO MUÑECA Y MANO (ALTO CAMPO)	172	815	987
88.48.14 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CODO MUÑECA Y MANO (BAJO CAMPO)	172	718	890
88.48.15 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (ALTO CAMPO)	172	815	987
88.48.15 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (BAJO CAMPO)	172	718	890
88.48.16 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE HOMBRO (ALTO CAMPO)	172	815	987
88.48.16 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE HOMBRO (BAJO CAMPO)	172	718	890

	MEDICINA NUCLEAR	**H.M.**	**GASTOS**	**VALOR MODULO**	**RADIO-F**		**VALOR MODULO TOTAL**
88.26.01	***PRUEBAS FUNCIONALES***				TIPO		
	A- MEDICINA NUCLEAR CURVA DE CAPATACION TIROIDEA	172	27	198	I-131	343	541
	B- MEDICINA NUCLEAR PRUEBA DE INHIBICION	172	27	198	I-131	343	541

88.26.02	***CENTELLOGRAFIA LINEAL***						
	A- CENTELLOGRAFIA LINEAL DE TIROIDES	172	42	214	I-131	343	557
	B- CENTELLOGRAFIA TIROIDES / MEDIASTINO	172	65	237	I-131	343	580
88.26.03	***ESTUDIOS CON CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA GAMAMGRAFIA DE***						
	A- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA TIROIDEA	214	63	276	Tc99m	627	904
	B- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA DE PARATIROIDES	214	63	276	Tc 99mMIBI	1946	2222
	C- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA PULMONAR PERFUSION	214	63	276	Tc 99m	627	904
	D- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA PULMONAR VENTILACION	214	63	276	Tc 99m	2149	2426
	E- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA PULMONAR PERFUSION / VENTILACION	214	63	276	Tc 99m	2540	2816
	F- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA DE GLANDULAS SALIVALES	214	63	276	Tc 99m	627	904
	G- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA HEPATICA	214	63	276	Tc 99m	627	904
	H- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA ESPLENICA	214	63	276	Tc 99m	783	1060
	I- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA CEREBRAL (4 POSICIONES)	214	63	276	Tc 99m	978	1254
	J- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA OSEA (1 AREA)	214	63	276	Tc 99m	1367	1644
	K- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA DE MAMA	214	63	276	Tc 99mMIBI	1555	1832
	L- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA RENAL	214	63	276	Tc 99m	627	904
	LL-CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA UN AREA CON ATB MARCADO	214	63	276	Tc 99m + ATB MARC.	2117	2394
	M-CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA UN AREA CON Ga 67 (1 dosis)	214	63	276	Ga67	2944	3220
88.26.04	***ESTUDIOS CON CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA***	**H.M.**	**GASTOS**	**VALOR MODULO**	**RADIO-F**		**VALOR MODULO TOTAL**
					TIPO		
	A- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA ANGIOGRAFIA	172	106	278	Tc 99m	978	1256
	B- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA FLEBOGRAFIA (1 AREA)	172	106	278	Tc 99m	570	847
	C- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA FLEBOGRAFIA (AREA ADICIONAL)	172	35	206	Tc 99m	392	598
	D- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA RADIORENOGRAMA	172	156	328	Tc 99m	570	897
	E- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA RESIDUO VESICAL	172	106	278	Tc 99m	570	847
	F- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA DETECCION DE TORSION TESTICULAR	172	106	278	Tc 99m	978	1256
	G- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA TRANSITO ESOFAGICO	172	106	278	Tc 99m	570	847
	H- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA REFLUJO GASTROESOFAGICO	172	106	278	Tc 99m	570	847
88.26.05	***CENTELLOGRAFIA CORPORAL TOTAL***						
	A- CENTELLOGRAFIA OSEA TOTAL	436	221	658	Tc 99m	1367	2025
	B- CENTELLOGRAFIA OSEA EN TRES TIEMPOS	292	178	470	Tc 99m	1367	1837
88.26.06	**CENTELLOGRAFIA RASTREO PARA FEOCROMOCITONA**	353	294	648	I-131 MIBG	9590	10237
88.26.07	***BARRIDO CORPORAL TOTAL***						
	A1- BARRIDO CORPORAL TOTAL PARA Ca. DE TIROIDES	332	276	608	I 131	859	1467
	A2- BARRIDO CORPORAL TOTAL PARA Ca. DE TIROIDES (RASTREO POST DOSIS TERAPÉUTICA)	332	276	608	--	0	608
	B- BARRIDO CORPORAL TOTAL CON Ga -67	353	294	648	Ga-67	8829	9477
88.26.08	***CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL***	**H.M.**	**GASTOS**	**VALOR MODULO**	**RADIO-F**		**VALOR MODULO TOTAL**
					TIPO		
	A- CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL HEMORRAGIA DIGESTIVA	221	186	407	Tc 99m	1367	1774
	B- CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL DIVERTICULO DE MECKEL	172	105	276	Tc 99m	570	846
	C- CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL VACIAMIENTO GASTRICO	221	186	407	Tc 99m	275	682
	D- CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL LINFOGRAFIA	172	111	283	Tc 99m	570	852
	E- CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL CISTERNOGRAFIA	214	178	392	Tc 99m	570	961
	F- CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL FISTULA DE LCR	172	120	292	Tc 99m	570	861
88.26.10	***ESTUDIOS CARDIOLOGICOS CON CAMARA GAMMA PLANAR***						
	A- ESTUDIOS CARDIOLOGICOS CON CAMARA GAMMA REPOSO CON TRAZADORES DE PERFUSION	172	106	278	Tc 99m MIBI	1841	2118
	B- ESTUDIOS CARDIOLOGICOS CON CAMARA GAMMA REPOSO CON TRAZADORES DE DAÑO	172	106	278	Tc 99m MIBI	1060	1338
	C- ESTUDIOS CARDIOLOGICOS CON CAMARA GAMMA PLANAR DE MIOCARDIO : REPOSO/ESFUERZO Ó REPOSO/REPOSO Ó APREMIO FARMACOLOGICO/REPOSO	214	178	392	Tc 99m MIBI	1841	2232
88.26.11	***VENTRICULOGRAFIA FRACCION DE EYECCION***						
	A- VENTRICULOGRAFIA FRACCION DE EYECCION EN REPOSO	214	178	392	Tc 99m	1367	1759
	B- VENTRICULOGRAFIA FRACCION DE EYECCION EN REPOSO Y APREMIO	436	364	800	Tc 99m	1367	2167
88.26.12	***ESTUDIOS CARDIOLOGICOS POR SPECT***	**H.M.**	**GASTOS**	**VALOR MODULO**	**RADIO-F**		**VALOR MODULO TOTAL**
					TIPO		
	A.- ESTUDIO CARDIOLOGICO POR SPECT PERFUSION MIOCARDICA EN REPOSO	214	178	392	Tc 99mMIBI	1060	1452
	B- ESTUDIO CARDIOLOGICO POR SPECT PERFUSION MIOCARDICA EN REPOSO Y ESFUERZO	675	526	1201	Tc 99mMIBI	1841	3041
	C- ESTUDIO CARDIOLOGICO POR SPECT PERFUSION MIOCARDICA EN REPOSO CON REINYECCION. TALIO 201 (ESTUDIO DE VIABILIDAD MIOCARDICA)	675	526	1201	TALIO 201	3617	4818
	D- ESTUDIO CARDIOLOGICO POR SPECT ESTUDIOS GATILLADOS	214	178	392	_	0	392
88.26.13	***ESTUDIOS GENERALES POR SPECT***						
	A- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA TIROIDEA	312	259	571	Tc 99 m	909	1480
	B- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA DE PARATIROIDES (INCLUYE CUELLO Y MEDIASTINO)	312	259	571	Tc 99mMIBI	1841	2412
	C- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA PULMONAR PERFUSION	312	259	571	Tc 99 m	909	1480
	D- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA PULMONAR VENTILACION	312	259	571	Tc 99 m	2149	2720
	E- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA PULMONAR PERFUSION / VENTILACION	312	259	571	Tc 99 m	2540	3110
	F- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA HEPATICA	312	259	571	Tc 99 m	909	1480
	G- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA ESPLENICA	312	259	571	Tc 99 m	909	1480
	H- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA RENAL	312	259	571	Tc 99 m	909	1480
	I .- ESTUDIO GRAL POR SPECT OSEO (1 AREA)	312	259	571	Tc 99mMIBI	1841	2412
	J- ESTUDIO GRAL POR SPECT CEREBRAL CON TRAZADORES DE FLUJO con Tc-99m + HMPAO	312	259	571	Tc99m HMPOA	1841	2412

88.26.14	PRACTICAS TERAPEUTICAS	H.M.	GASTOS	VALOR MODULO	RADIO-F		VALOR MODULO TOTAL
					TIPO		
	A1- DOSIS TERAPEUTICA PARA TIROTOXICOSIS O NODULO CALIENTE , 20 mCi	246	204	449	I 131	1421	1870
	A2- DOSIS TERAPEUTICA PARA TIROTOXICOSIS O NODULO CALIENTE , 30 mCi	246	204	449	I 131	1795	2244
	B1- DOSIS TERAPEUTICA PARA CARCINOMA DE TIROIDES 100 mCi	246	204	449	I 131	4415	4864
	B2- DOSIS TERAPEUTICA PARA CARCINOMA DE TIROIDES 150 mCi	246	204	449	I 131	6286	6735
	B3- DOSIS TERAPEUTICA PARA CARCINOMA DE TIROIDES 200 mCi	246	204	449	I 131	8159	8608

CAPITULO 5 CODIGO 88 PESADOS

	ECOGRAFIA DOPPLER COLOR			
		HM	Gastos	V.M.T.
88.18.40	ECO DOPPLER CARDIACO	223	288	511
	ECO DOPPLER CARDIACO FETA	223	288	511
88.18.41	A- ECO DOPPLER PERIFERICO PRIMERA REGION	223	288	511
	B- ECO DOPPLER PERIFERICO DOS O MAS REGIONES	223	288	511
88.18.42	ECO DOPPLER COLOR GENERALES			
	A- ECO DOPPLER COLOR OBSTETRICO	223	288	511
	B- ECO DOPPLER COLOR DEL EJE ESPLENOPORTAL	223	288	511
	C- ECO DOPPLER COLOR RENAL	223	288	511
88.18.43	ECO DOPPLER CARDIACO TRANSESOFAGICO	562	899	1460
	ECOGRAFIA INTERVENCIONISTA			
	INCLUYE : Material Descartable, aguja de punción y Anestesia local. EXCLUYE: Anatomía Patológica y Bacteriología			
88.18.11	ECOGRAFIA INTERVENCIONISTA CON PUNCION	324	404	728
88.18.12	ECOGRAFÍA INTERVENCIONISTA CON PUNCION BIOPSIA MULTIPROSTÁTICA	466	724	1190

CAPITULO 6
NOMENCLADOR DE ODONTOLOGIA

CAPITULOS	DESCRIPCION DE CODIGOS	
CAPITULO I	CONSULTAS	
01.01	Consulta- Fichado	37
01.02	Consulta preventiva/profiláctica	37
01.09	Consulta p/las derivaciones	29
CAPITULO II	OPERATORIA	
02.01	Restauraciones plásticas	100
02.02	Restauración plástica fotopolimerizable	94
CAPITULO III	ENDODONCIA	
03.01	Trat. Endodoncia – Un conducto	186
03.02	Trat, Endodoncia – Dos conductos	214
03.03	Trat. Endodoncia – tres conductos	257
03.04	Trat. Endodoncia – cuatro conductos	272
03.05	Biopulpectomía parcial	129
03.06	Trat. Endodoncia Perm. Jóvenes (unirr)	186
03.07	Trat. Endodoncia Perm. Jóvenes (multirr)	214
03.08	Protección pulpar directa	43
Códigos para derivación		
03.11	Trat. Endodoncia (una raíz)	186
03.12	Trat. Endodoncia (dos raíces)	214
03.13	Trat. Endodoncia (tres raíces)	257
03.14	Trat. Endodoncia (cuatro raíces)	272
03.15	Biopulpectomía parcial	129
03.16	Trat. Endodoncia Perm. Jóvenes (Unrr)	186
03.17	Trat. Endodoncia Perm. Jóvenes (Multirr)	214
03.18	Protección Pulpar directa	43
Códigos para Reejecución		
03.91	Trat. Endodoncia (una raíz)	192
03.92	Trat.. Endodoncia (dos raíces)	220
03.93	Trat. Endodoncia (tres raíces)	263
03.94	Trat. Endodoncia (cuatro raíces)	277
03.95	Biopulpectomía Parcial	129
03.96	Trat. Endodoncia Perm. Jóvenes (unirr)	186
03.97	Trat. Endodoncia Perm. Jóvenes (multirr)	214
03.98	Protección pulpar directa	86
CAPITULOS	DESCRIPCION DE CODIGOS	
Códigos de reejecución P/Derivación		
03.71	Trat. Endodoncia (una raíz)	186
03.72	Trat. Endodoncia (dos raíces)	214
03.73	Trat. Endodoncia (tres raíces)	263
03.74	Trat. Endodoncia (cuatro raíces)	277
03.75	Biopulpectomía parcial	129
03.76	Trat. Endodoncia Perm. Jóvenes (unirr)	186
03.77	Trat. Endodoncia Perm. Jóvenes (multirr)	214
03.78	Protección pulpar directa	86
CAPITULO V	ODONTOLOGIA PREVENTIVA	
05.01	Destartraje, cepillado mecánico, enseñanza de cepillado y aplicación tópica de flúor.	46
05.03	Topicación con Fluor	40
05.05	Sellantes de puntos y fisuras	29
CAPITULO VII	ODONTOPEDIATRIA	
07.01	Consulta - Motivación - Ens. de Cepillado	57
07.02	Mantenedor de espacios dent. Simples o bilaterales	100
07.03	Trat. de formocresol en dientes primarios	114
07.04	Inactiavación de caries en piezas temporarias. Hasta 4 piezas	71
07.05	Inactiavación de caries en piezas temporarias. 5 piezas ó más.	100
CAPITULO VIII	PERIODONCIA	
08.02.01	Tratamiento de gingivitis maxilar superior	51
08.02.02	Tratamiento de gingivitis maxilar inferior	51
CAPITULO IX	RADIOLOGIA	
09.01 -	Rx. Periapical	20
09.07 -	Media seriada - 7 películas	77
09.14 -	Seriada - 14 películas	146
09.16 -	Rx. Oclusales	30
09.21 -	Rx. Extraorales	41
09.22 -	Rx. Extraorales p/ exp. Siguientes	37
09.23 -	Condilografías - seis exposiciones	61
09.24 -	Ortopantomografía - (Panorámica)	78
09.25 -	Telerradiografías	78
09.26 -	Sialografías	78
CAPITULOS	DESCRIPCION DE CODIGOS	
CAPITULO X	CIRUGIA	
10.01 -.	Extracciones dentarias simples	77
10.04	Biopsia tejidos blandos superficiales endobucales	100
10.08 -	Extracción de piezas dentarias retenidas mucosa	229
10.09 -	Extracción de piezas dentarias retenidas óseas	286
10.10	Biopsia tejidos duros endobucales	114
10.11 -	Liberación de piezas dentarias retenidas	143
10.12 -.	Apicectomía	229
10.16 -	Frenectomía	60
10.17	Sutura de encía	23
	Códigos para Derivación	
11.01 -	Extracciones dentarias simples	77
11.04	Biopsia tejidos blandos superficiales endobucales	100
11.08 -	Extracción piezas dentarias retenidas mucosa	229
11.09 -	Extracción piezas dentarias retenidas óseas	286
11.10	Biopsia de tejidos duros endobucales	114
11.11 -	Liberación de piezas dentarias retenidas	143
11.12 -	Apicectomía	229
11.16 -	Frenectomía	60
Códigos de Reejecución		
19.01 -	Extracciones dentarias simples	77
19.08 -	Extracciones piezas dentarias retenidas mucosa	243
19.09 -	Extracciones piezas dent. retenidas óseas	286
19.11 -	Liberación de piezas dentarias retenidas	160
19.12 -	Apicectomía	257
19.16 -	Frenectomía	74
Códigos de Reejecución P/Derivación		
17.01 -	Extracciones dentarias simples	77
17.08 -	Extracciones piezas dentarias retenidas mucosa	243
17.09 -	Extracciones piezas dentarias retenidas óseas	286
17.11 -	Liberación de piezas dentarias retenidas	160
17.12 -	Apicectomía	257
17.16 -	Frenectomía	74

CAPITULO 7
AUDIOLOGIA,FONIATRIA Y LOGOPEDIA

NOMENCLADOR DE PRACTICAS

MODULOS PRESTACIONALES: Las prácticas se agrupan en 3 módulos prestacionales de acuerdo al grado de complejidad que presentan las distintas patologías

MODULO I
MODULO II
MODULO III

VALOR DEL MODULO:	251

MODULO I: Edad mínima: 3 años

Duración de tratamiento: 5 meses por patología única. 10 meses con más de una patología

Practicas que agrupa:
Dislalias (edad mínima 4 años)
Deglución atípica –clase III de angle renovable con Historia Clínica)
Respiración Bucal
Disfunción Tubaria
Trastorno Práxico Orofacial
Disfunción de la ATM
Rinolalia
Insuficiencia respiratoria nasal
Incompetencia velo-faringea

MODULO II:

Duración de tratamiento: 10 meses de tratamiento Renovable con ampliación de historia clínica y justificación médica

Practicas que agrupa:

Atención temprana del desarrollo infantil (0 a 3 años)
Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje
Disfluencia
Trastorno específico del lenguaje con patología y/o asociado
Disartria
Afasia
Trastornos de aprendizaje
Trastorno del lenguaje por patología auditiva de tipo neurosensorial

MODULO III

Duración: 6 meses de tratamiento. Renovable con ampliación de historia clínica y justificación médica

Patologías que agrupa
Reflujogastro-esofágico
Disfagia
Fisura labio-alveolo.palatina (0 a 15 años) en bloques de 4 meses renovables con historia clínica
Disfonía **(no incluye docentes en actividad por estar contempladas en la aseguradora de riesgo de trabajo como enfermedad laboral)**
Rinofonía
Laringectomizado

AUDIOLOGIA

CODIGO	PRACTICA	
31 01.02	Audiometría tonal En adultos	24
31 01.23	Audiometría tonal en niños y otras discapacidades asociadas	29
31 01.03	Logoaudiometría	24
31 01.04	Pruebas supraliminares	13
31 01.09	Impedanciometría y Timpanometría	40
31 01.05	Selección de otoamplifonos	64
31 01.24	Otoemisiones acústicas	79

CAPITULO 8

REHABILITACION VALORES

MÓDULO.	VALOR MENSUAL	VALOR DIARIO (*)
Internación con Alto grado de Minusvalía.	12882	429
Internación Intensiva en Rehabilitación.	21470	716
Internación con respirador B-PAP.	44275	1476
Internación con respirador volumétrico.	49382	1646
Htal. de Día jornada completa (PRÁCTICA).	315	
Htal. de Día Media jornada.	199	
Módulo pediátrico I. Mensual	629	
Módulo pediátrico II. Mensual	1257	
Módulo pediátrico III. Mensual	1573	
Módulo pediátrico IV. Mensual	1859	
Sesiones de Kinesiología.	43	
Sesiones de Fonoaudiología.	43	
Sesiones de Terapia Ocupacional.	43	
Sesiones de Psicología.	43	
Sesiones de Psicopedagogía.	43	
Sesiones de Hidroterapia.	43	
Sesiones de Estimulación Temprana.	43	

(*) El valor/día se considerará únicamente en aquellos casos de finalización o interrupción de la prestación previamente a completar el Módulo Mensual autorizado.

CAPITULO 9: PRESTACIONES DE SALUD MENTAL

1) EN INTERNACIÓN

ü ***Internación institucional de pacientes agudos***. Se considera internación aguda hasta ***sesenta días (60) al año***; pasado ese lapso se considera paciente crónico. Cumplido el año calendario desde su fecha de alta, el paciente vuelve a ser considerado como agudo.

En la internación se deberán brindar las siguientes prestaciones:
a. Control psiquiátrico
b. Psicoterapia individual
c. Psicoterapia familiar
d. Psicoterapia multifamiliar
e. Psicoterapias de Grupo
f. Terapias ocupaciones
g. Otras actividades contextuales (Musicoterapia, recreación, gimnasia, lectura, etc.)

Se adecuarán la combinación de los distintos tipos de atención, según la patología a tratar.

Incluye toda la medicación psiquiátrica.

Valor: ***por día, hasta 60 días***. En caso de requerirse la continuidad de la internación pasará a modulo crónico.	202

ü ***Internación institucional de crónicos***. Para esta modalidad prestacional se considerará paciente crónico a aquel que, atento a las características de su patología permanece bajo hospitalización prolongada, entendiendo como tal la que ***supera los sesenta (60) días de internación.***.

En la internación se deberán brindar las siguientes prestaciones
a. Control psiquiátrico
b. Psicoterapia individual
c. Psicoterapia familiar
d. Psicoterapia multifamiliar
e. Psicoterapias de Grupo
f. Terapias ocupaciones
g. Otras actividades contextuales (Musicoterapia, recreación, gimnasia, lectura, etc.)

Se adecuarán la combinación de los distintos tipos de atención, según la patología a tratar.

Incluye toda la medicación psiquiátrica.

Valor: Crónico ***por día.***	131

Trastornos psiquiátricos asociados al consumo de sustancias (pacientes duales) Se incluirán todas las patologías que se encuentran clasificada en el capítulo **Trastornos relacionados con sustancias** del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mental (DSM IV), en pacientes psiquiátricos. *La internación deberá ser justificada clínicamente y podrá realizarse dos veces al año, con una duración de hasta* ***30 días cada una****.*

En la internación se deberá brindar las siguientes prestaciones
a. Control psiquiátrico
b. Psicoterapia individual
c. Psicoterapia familiar
d. Psicoterapia multifamiliar
e. Psicoterapias de Grupo
f. Terapias ocupaciones
g. Otras actividades contextuales (Musicoterapia, recreación, gimnasia, lectura, etc.)

Se adecuarán la combinación de los distintos tipos de atención, según la patología a tratar.

Incluye medicación específica para la estabilización del cuadro (antipsicóticos, hipnóticos, anticonvulsivantes). Alimentación parenteral.

Valor: por día, por los primeros 30 días; si el paciente debe permanecer internado por siguientes e inmediatos 60 días, el valor diario es igual al de agudo; pasados estos noventa días (90), de continuar la internación, ésta se fracturará, al valor reconocido para los pacientes crónicos. Se admite un máximo de internación de dos (2) veces en el año calendario.	263

PRESTACIONES AMBULATORIAS (PSICOLÓGICA Y PSIQUIATRICA)

CONSULTA PSICOLÓGICAS

Las prestaciones psicológicas que el I.O.M.A. contempla en la actualidad comprenden, de acuerdo al nomenclador nacional y al convenio vigente con el Colegio de Psicólogos, los siguientes códigos:

§ 33.01.01 A Primera entrevista y cuatro (4) sesiones iniciales.
§ 33.01.01 B Psicoterapia individual (Adultos, niños y adolescentes)
§ 33.01.01 C Entrevista de orientación a padres

Cobertura y frecuencia:

PRIMERA CONSULTA Y SESIONES INICIALES (4)

Código	
33.01.01A	40

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL: 40 sesiones en total (entre 4 y 5 por mes)

Código	
33.01.01 B	47

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL NIÑOS – ENTREVISTA DE ORIENTACION A PADRES

Código	
33.01.02 C	40

Los valores consignados son los estipulados para las primeras cuarenta y cinco (sesiones) incluida la primera consulta y las cuatro (4) preliminares o previas, consideradas por año calendario y su prórroga de un período de hasta 22 entrevistas. Cumplido este lapso, el IOMA podrá otorgar, sujeto a criterio de Auditoria, la prórroga de tratamiento, modificando el monto a cargo de este IOMA a razón de $10 por sesión.

Código	
33.01.01 B	27

Cumplido el período inmediato anterior y en caso de requerirse la prolongación de la asistencia, la cobertura a cargo del IOMA se reducirá a $5,00 por sesión
.

Código	
33.01.01 B	13

CONSULTA PSIQUIATRICA

La consulta psiquiátrica comprende la atención de todas las patologías incluidas dentro de las clasificaciones nosológicas internacionales (DSM-IV, CIE-10) y se considerará su valor homólogo al resto de las consultas médicas, nomencladas como 42.01.01.

En el caso de la práctica psicoterapéutica realizada por psiquiatras deberá facturarse el código 33.01.01, debiendo atenerse la duración y el número de las mismas a las normas vigentes en el nomenclador nacional.

CAPITULO 10 DIALISIS

Módulos de Hemodiálisis y Diálisis Continua Ambulatoria

Título I. Hemodiálisis Crónica Ambulatoria (DPCA)

	Pesos
I-1. El valor del Módulo de Hemodiálisis Crónica Ambulatoria por Sesión	1280
Mensual de Referencia por 13 sesiones (Honorarios, estudios y medicación específica ; Bolsas, kit y conexiones)	16643

I-2. El módulo incluye los derechos y honorarios profesionales y del personal técnico-auxiliar, todos los materiales descartables inherentes a la práctica hemodialitica habitual (tabuladuras,agujas,jeringas,etc.), el filtro de hemodiálisis y su recambio de acuerdo a las normas cientificas establecidas, toda la medicación de uso habitual durante la sesión de hemodiálisis más la provisión de eritropoyetina,hierro oral parental (EV),calcitriol oral o EV,complejo B, Vitamina C, Ácido Fólico, Sales de Calcio, asi como la confección de los accesos vasculares, excepto el primero que será a cargo de IOMA por las vias de autorización correspondientes, más los traslados desde el domicilio del afiliado hasta el centro prestador y su regreso para la realizar cada sesión de tratamiento.El valor del módulo incluye también la realización de las siguientes prácticas:

a)Mensuales:
-Hemograma
-Glucemia
-Urea pre y post diálisis
-Creatinima
-Ionograma plasmático
-Calcemia
-Fosfatemia
-TGP
-FAL
b)Trimestrales:
-Ferritina.ferremia, saturación de transferrina
-Hepatograma
-Perfil lipidico
-Albuminemia
-PCR
c)Semestrales:
-serología para hepatitis B
-serología para hepatitis C
-serología para HIV
-Dosaje de TPHi

d)Los controles obligatorios fisicos-quimicos semestrales del agua para diálisis y los controles bacteriológicos mensuales del agua para diálisis y al menos del último puesto de diálisis.

Titulo II Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DCA)

II-1.El módulo de DCA está dividido en tres submódulos:

a)Sub-Módulo 1 de colocación de catéter peritoneal y entrenamiento:

Valor del Sub-Módulo 1	3089

Incluye:

§ Colocación de catéter peritoneal, incluida la provisión del catéter
§ Honorarios de Cirujano, Ayudante, anestesista y Gastos operatorios
§ Instrucción teórico práctico del paciente y/o sus familiares del método, a cargo de personal técnico especializado y bajo supervisión médica permanente durante un periodo de 15 dias
§ Provisión de todos los materiales necesarios para la práctica
§ de la DPCA durante el periodo de entrenamiento incluidas las
§ las bolsas de diálisis

b)Sub-Módulo 2 de Mantenimiento

Valor del submodulo 2		20400

Incluye:

- Control médico mensual.
- Control técnico especializado mensual(incluye visita
- domiciliaria de ser necesario).
- Control de psicologia,nutricionista y asistente social.
- Control de laboratorio con las mismas inclusiones que
- Hemodiálisis.
- Test de equilibrio peritoneal(PET) cuando se encuentre
- Indicado.
- Análisis fisicoquímico y cultivos de liquido peritoneal.
- Todas las consultas médicas y técnicas que no requieran
- Internación.
- Servicio de guardia pasiva médica y técnica permanente.
- Cambio de set transferencia cuando corresponda.
- Reentrenamiento de ser necesario.
- Provisión de medicación de acuerdo a las inclusiones de la
- Hemodiálisis.
- Tratamiento ambulatorio de la peritonitis incluida la provisión
- de antibióticos necesarios.
- Provisión en el domicilio del afiliado de todo el material
- necesario para efectuar la diálisis peritoneal.

1.Bolsas de diálisis en cantidad, volumen y concentración adecuada a la prescripción médica para realizar la diálisis Peritoneal durante un mes.

2.Líneas de transferencia, clamps, sistemas de conexión y desconexión adecuada a la prescripción médica para realizar la diálisis peritoneal durante un mes.

3.Material de higiene y antisepsia necesario (antisépticos, barbijos, gasa, etc.)adecuado a la prescripción médica para realizar la practica Diálisis peritoneal durante un mes.

-Traslado del paciente al centro de diálisis y su regreso para su control

c)Sub-Módulo 3 de Extracción de Catéter Pertineal

Valor del Submódulo 3 Extracción de Catéter Peritoneal		4410

Incluye:

-Honorarios médicos de cirujano y anestesista

-Derecho sanatoriales

-Internación por 24hs.

-Catéter peritoneal

Titulo III Traslados que exceden los 20 km del Establecimiento por Km excedente		3.48

CAPITULO 11 ANALISIS BIOQUIMICOS

	POME	
Práctica	**Nombre**	
157	17-CETOESTEROIDES NEUTROS URINARIOS TOTALES	14.38
161	17-CETOESTEROIDES Y 17-HIDROXICORTICOIDES, E.C/ACT	28.08
158	17-CETOESTEROIDES, ESTIMULACION CON ACTH	18.59
159	17-CETOESTEROIDES, INHIBICION CON DEXAMETASONA	18.59
160	17-CETOESTEROIDES, INHIBICION Y ESTIMULACION (*)	23.56
486	17-HIDROCORTICOIDES EN ORINA	16.62
702	5 NUCLEOTIDASA	12.29
2	ACETONURIA CUALITATIVA	4.78
4	ACIDIMETRIA GASTRICA CURVA DE	15.07
5	ACIDO BASE ESTADO (PH, PCO2, BIC, E.B)	17.90
6	ACTH POR RIA	57.42
7	ADDIS RECUENTO DE	7.04
13	AGLUTININAS ANTI RH MEDIO SALINO	8.34
14	AGLUTININAS DEL SISTEMA ABO M. SAL. CUANT	7.51
16	ALCOHOL DEHIDROGENASA (ADH)	8.34
17	ALCOHOLEMIA	11.15
18	ALDOLASA	14.81
19	ALDOSTERONA PLASMATICA, POR RIA.	69.40
20	ALFA FETO PROTEINAS POR RIA	57.42
22	AMILASEMIA	6.71
23	AMILASURIA	6.71
25	AMINOACIDEMIA FRACCIONADA CROMATOGRAFIA	23.22
27	AMINOACIDURIA FRACCIONADA CROMATOGRAFIA	23.22
28	AMNIOTICO LIQUIDO CELULAS NARANJAS	5.54
29	AMNIOTICO LIQUIDO ESPECTROFOTOMETRIA	7.78
30	AMNIOTICO LIQUIDO RELACION LECITINA./ESFINGOMIELIN	11.53
31	AMONEMIA	14.79

32	AMP CICLICO POR RIA	63.03
33	ANGIOTENSINA I O II POR RADIOINMUNOENSAYO (C/U)	63.03
34	ANHIDRASA CARBONICA B ERITROCITARIA	9.75
35	ANTIBIOGRAMA	14.41
36	ANTIBIOGRAMA BACILO DE KOCH (7 ANT)	31.78
44	ANTICUERPOS ANTI FRACCION MICROSOMAL DE TIROIDES H	21.28
40	ANTICUERPOS ANTIGLOMERULAR POR IF	22.76
41	ANTICUERPOS ANTIMEMBRANA BASAL POR IF	22.76
55	ANTICUERPOS ANTIMITOCONDRIALES IF	22.76
42	ANTICUERPOS ANTIMUSCULO LISO POR IF	22.76
56	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES IF	22.76
46	ANTICUERPOS ANTITIROGLOBULINA	21.28
43	ANTICUERPOS CONTRA CEPA BACTERIANA AISLADA	10.63
49	ANTIDESOXIRRIBONUCLEASA (ADNASA)	17.15
50	ANTIESTAFILOLISINA	15.48
51	ANTIESTREPTOLISINAS "O"	17.16
52	ANTIESTREPTOQUINASA	15.48
1000	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO	172.25
54	ANTIHIALURONIDASA	12.67
740	ANTIPEROXIDASA	5.16
57	ANTITRIPSINA ID CUANTITATIVA	19.87
58	ANTITROMBINA III TITULACION	8.65
59	ARSENICO	22.76
598	ARTRITIS REUMATOIDEA PRUEBA DE LATEX	10.21
60	ASCORBICO ACIDO	7.96
61	AUTOVACUNA	21.47
101	BACILOSCOPIA DIRECTA (ZIEHL-NEELSEN)	5.77
102	BACILOSCOPIA DIRECTA Y CULTIVO	15.10
103	BACILOSCOPIA POR INMUNOFLUORESCENCIA	22.76
104	BACTERIOLOGIA DIRECTA (GRAM)	5.80
105	BACTERIOLOGIA DIRECTA Y CULTIVO CON IDENTIFICACION	19.59
107	BARBITURICOS EN ORINA	9.37
108	BENCE-JONES PROTEINAS DE	4.82
109	BICARBONATO	16.99
110	BILIRRUBINEMIA TOTAL, DIRECTA E INDIRECTA	6.56
111	BILIRRUBINURIA	6.56
1115	MARCADOR PARA OVARIO CA 125	180.21
1120	MARCADOR PARA MAMA CA 15-3	180.21
131	CADENA LIVIANA KAPPA Y LAMBDA	29.74
132	CADMIO TOXICO EN ORINA	15.86
133	CALCEMIA TOTAL	6.56
134	CALCIO IONICO	6.71
135	CALCIO PRUEBA DE SOBRECARGA DE	8.57
137	CALCITONINA PLASMATICA POR RIA	57.42
136	CALCIURIA	6.56
138	CALCULO URINARIO EXAMEN FISICO-QUIMICO-	8.65
139	CARBONICO ANHIDRIDO (PCO2)	16.99
140	CARIOTIPO MAPA CROMOSOMICO	40.15
141	CAROTENO BETA EN SANGRE	8.12
143	CATECOLAMINAS LIBRES FRACCIONADAS	27.32
1015	CD4 SUBPOBLACIONES LINFOCITARIAS POR CF	75.55
148	CELULAS NEOPLASICAS (LIQ. EXUD. TRAS.)	7.74
150	CEREBROSIDOS CROMATOGRAFIA	27.93
151	CERULOPLASMINA	20.59
152	CETOGENOESTEROIDES URINARIOS	17.95
154	CETONEMIA	4.78
241	CHAGAS AGLUTINACION DIRECTA	11.61
242	CHAGAS FIJACION DE COMPLEMENTO	10.63
243	CHAGAS INMUNOFLUORESCENCIA	22.76
244	CHAGAS REACCION DEL LATEX	9.37
1020	CLHAMYDIA ANTICUERPOS IGG	114.83
164	CITOLOGIA VAGINAL HORMONAL (1 MUESTRA)	6.64
1025	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IGG	45.52
1030	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IGM	150.02
167	CITRICO ACIDO	6.71
168	CLORO PLASMATICO	6.33
169	COAGULACION Y SANGRIA TIEMPO DE	5.54
170	COAGULO RETRACCION DEL	4.78
171	COAGULOGRAMA BASICO = 170,887,746,169,771.	12.26
172	COBRE EN SANGRE	19.49
173	COCAINA	16.24
1035	COLESTEROLHDL	9.37
1040	COLESTEROL LDL	9.37
174	COLESTEROL TOTAL	8.81
176	COLONIAS RECUENTO DE	9.03
177	COMPATIBILIDAD RHOGAM SANGRE MATERNA (DU Y COOMBS	14.53
178	COMPATIBILIDAD SANGUINEO MATRIMONIAL (2 ABO Y 2 R	30.27
179	COMPLEMENTO ACTIVIDAD TOTAL (CH50)	21.85
180	COMPLEMENTO INMUNOQUIMICO C1Q C1S C3 C4 C5 C7 C8 C/U	19.87
181	CONCENTRACION DE LIQUIDOS BIOLOGICOS	8.65
182	CONCENTRACION PRUEBA DE (FUNCION RENAL)	5.16
184	COOMBS DIRECTA PRUEBA	6.79
185	COOMBS INDIRECTA CUALITATIVA	7.28
186	COOMBS INDIRECTA CUANTITATIVA	10.58
187	COPROCULTIVO	29.51
188	COPROPORFIRINAS	11.83
189	CORTISOL PLASMATICO POR RIA	57.42
1045	CPK MB	28.08
191	CREATINA ORINA O SANGRE	6.94
193	CREATININA, CLEARENCE O DEPURACION	8.73
192	CREATININA, ORINA O SANGRE	7.78
190	CREATINQUINASA (CPK)	22.37
194	CRIOAGLUTININAS	4.97
195	CRIOGLOBULINAS	4.78
196	CROMATINA SEXUAL	6.00
261	DAVIDSON DIFERENCIAL PRUEBA DE	10.09

262	DEHIDROEPIANDROSTERONA EN SANGRE U ORINA	55.08
263	DERMATOFITOS INTRADERMORREACION	6.18
268	DIGOXINA	57.42
266	DILUCION, PRUEBA DE LA FUNCION RENAL	5.16
269	DISACARIDASAS	27.46
1050	DROGAS DE ABUSO SCREENING (C/U)	8.12
293	EMBARAZO TEST DE	12.27
295	EOSINOFILOS RECUENTO DE	5.46
1055	EPSTEIN-BARR ANTI VCA IGG	150.02
1060	EPSTEIN-BARR ANTI VCA IGM	150.02
296	ERITROBLASTOS PORCENTAJE DE	5.16
297	ERITROSEDIMENTACION	4.78
298	ESPERMOGRAMA	10.63
300	ESTRADIOL PLASMATICO	57.42
299	ESTRICNINA EN LIQ. BIOLOGICOS	17.00
302	ESTRIOL PLASMATICO	57.42
301	ESTRIOL URINARIO	14.19
304	ESTROGENOS TOTALES	57.42
305	ESTRONA PLASMA POR RIA	57.42
307	ETANOL TOXICO EN SANGRE	11.15
308	EUGLOBULINAS TEST DE	6.56
309	EXUDADO NASOFARINGEO INVESTIGACION DE L™EFLER	7.28
331	FACTOR DE COAGULACION V	8.34
332	FACTOR DE COAGULACION VII	8.34
333	FACTOR DE COAGULACION VIII	8.53
334	FACTOR DE COAGULACION IX	8.53
335	FACTOR DE COAGULACION X	9.75
336	FACTOR DE MIGRACION LINFOCITARIA (MIF)	25.41
1155	FAUCES, TEST RAPIDO	7.28
338	FENIL CETONURIA	6.79
337	FENILALANINA SERICA	6.79
340	FENILPIRUVICO ACIDO EN ORINA	7.28
342	FENOTIAZINAS	8.80
343	FERREMIA	10.20
344	FIBRINA PRODUCTOS DE DEGRADACION (PDF)	19.50
345	FIBRINOGENO EN SANGRE	6.94
349	FISICO-QUIMICO EXAMEN (LIQ.EXUD.TRASUD I	11.80
350	FLUOREMIA	13.05
351	FLUORURIA	13.05
352	FOLICO ACIDO (ELISA)	13.43
353	FONDO OSCURO	7.40
354	FORMULA LEUCOCITARIA	5.16
355	FOSFATASA ACIDA PROSTATICA INHIBICION CON TARTRATO	6.79
356	FOSFATASA ACIDA TOTAL	6.56
357	FOSFATASA ALCALINA	6.56
361	FOSFATASA ALCALINA (ISOENZIMAS)	11.39
360	FOSFATASA ALCALINA (TERMO ESTABLE)	7.32
358	FOSFATASA ALCALINA CITOQUIMICA (GOMORI)	7.32
359	FOSFATASA ALCALINA CITOQUIMICA (KAPLOW)	7.32
362	FOSFATEMIA	6.56
363	FOSFATURIA	6.56
364	FOSFO HEXOSA-ISOMERASA	20.14
365	FOSFOLIPIDOS	8.92
366	FOSFORO CLEARENCE DEPURACION DE	10.17
367	FOSFORO REABSORCION TUBULAR DE	10.17
368	FRAGMENTO FAB POR FC	9.33
369	FREI INTRADERMORREACCION DE	13.27
1065	FURCTOSAMINA	45.05
370	FSH	57.42
371	FTA/ABS INMUNOFLUORESCENCIA	22.76
373	FUNCIONAL EXAMEN (MATERIA FECAL)	13.20
401	GALACTOSA PRUEBA DE LA	15.78
402	GALACTOSEMIA	19.19
403	GALACTOSURIA	19.19
404	GASES EN SANGRE PCO2 Y PO2	20.48
405	GASTRINA PLASMATICA	57.42
409	GLOBULOS BLANCOS RECUENTO DE	4.78
410	GLOBULOS ROJOS RECUENTO DE	4.78
411	GLUCAGON TEST DE	12.98
412	GLUCEMIA	5.16
413	GLUCEMIA CURVA DE	15.86
415	GLUCOGENO CITOQUIMICO	7.40
416	GLUCOPROTEINOGRAMA	11.99
417	GLUCOSA 6-FOSFATODEHIDROGENASA EN GLOBULOS	12.29
418	GLUCOSA 6-FOSFATODEHIDROGENASA EN SUERO	11.15
419	GLUTAMATO DEHIDROGENASA	14.53
420	GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA GAMMA	13.96
422	GLUTATION REDUCTASA	10.32
428	GONOCOCOS POR INMUNOFLUORESCENCIA	22.76
429	GOTA GRUESA	5.65
430	GRAHAM TEST DE (SERIADO 7 DÔAS CONSECUTIVOS)	7.96
432	GRASAS MATERIA FECAL CUANTITATIVO (VAN DE KAMER)	13.20
433	GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH	6.56
463	HAPTOGLOBINA INMUNODIFUSION CUANTITATIVA	16.84
464	HEINZ CUERPOS DE	5.16
465	HEMATIES RESISTENCIA GLOBULAR OSMOTICA	7.17
466	HEMATOCRITO	4.78
467	HEMOAGLUTINOGENOS A2 DU ETC C. DETERM.	7.96
468	HEMOCULTIVO AEROBIOS Y ANAEROBIOS	17.60
470	HEMOGLOBINA DOSAJE DE	4.78
471	HEMOGLOBINA ELECTROFORESIS DE	11.72
472	HEMOGLOBINA EN PLASMA	8.73
1070	HEMOGLOBIN GLICOSILADA	45.05
475	HEMOGRAMA	7.52
476	HEMOLISINAS EN CALIENTE TITULACION	7.32
477	HEMOLISINAS EN FRIO EXCL. ANTI. DE DONATH - LANDST	7.32

478	HEMOPEXINA INMUNODIFUSION CUANTITATIVA	19.87
479	HEMOSIDERINA INVESTIGACION CITOQUIMICA	7.32
480	HEPARINA RESISTENCIA A LA IN-VITRO	6.56
1075	HEPATITIS A ANTICUERPOS IGM (HAV IGM)	114.83
1090	HEPATITIS B ANTICUERPOS ANTI SUPERFICIE	90.11
1080	HEPATITIS B ANTICUERPOS ANTI CORE	114.83
1085	HEPATITIS e ANTIGENO (HBe Ag)	90.11
1200	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE (HBs Ag)	90.11
1095	HEPATITIS C ANTICUERPOS IGG	150.02
481	HEPATOGRAMA COMPLETO	28.40
1100	HIDATIDOSIS ARCO 5, IFI, HAI	76.15
483	HIDATIDOSIS HEMOAGLUTINACION	8.19
484	HIDATIDOSIS TEST DEL LATEX	9.37
485	HIDRATOS DE CARBONO CROMATOGRAFIA (ORINA O SUERO)	24.51
487	HIDROXINDOLACETICO ACIDO	16.24
488	HIDROXIPROLINURIA	17.76
489	HIPERHEPARINEMIA	7.96
490	HISTOPLASMINA	6.18
63	HIV ANTICUERPOS TOTALES	61.89
1105	HIV CARGA VIRAL	1098.84
1110	HIV WESTERN BLOT	600.08
492	HOMOGENTISICO ACIDO (ORINA)	6.56
493	HUBBNER TEST DE	8.73
494	HUDDLESSON REACCION DE	6.30
532	IDENTIFICACION SEROLOGICA DE GERMENES	29.58
534	INDOXILEMIA	4.78
535	INMUNOELECTROFORESIS	20.71
536	INMUNOELECTROFORESIS DE LIQ. BIOLOGICOS	22.49
537	INMUNOGLOBULINA A	19.87
538	INMUNOGLOBULINA D	19.87
539	INMUNOGLOBULINA E	57.42
540	INMUNOGLOBULINA G	19.87
541	INMUNOGLOBULINA M	19.87
542	INULINA CLEARENCE	22.76
543	INSULINA POR RIA	57.42
546	IONOGRAMA PLASMATICO	14.94
547	IONOGRAMA URINARIO	14.41
548	ISOCITRICO DEHIDROGENASA	14.53
591	LACTAMINICO ACIDO	6.56
592	LACTICO ACIDO (ENZIMATICO)	6.94
593	LACTICO ACIDO EN MATERIA FECAL	11.72
594	LACTICO DEHIDROGENASA (LDH)	11.99
596	LACTICO DEHIDROGENASA ISOENZIMAS POR ELECTROFORESI	19.80
597	LACTOGENO PLACENTARIO HORMONA POR RIA	57.42
603	LAZO PRUEBA DEL	4.78
600	LEPTOSPIRAS PRUEBA DE LµTEX	10.77
606	LEUCINAMINOPEPTIDASA	8.34
607	LEUCOAGLUTINACION INHIBICION DE	12.93
608	LEUCOAGLUTININAS METODO DIRECTO	7.32
609	LEUCOPRECIPITINAS	7.32
610	LEVULINICO DELTA AMINO ACIDO	6.76
611	LEVULINICO DELTA AMINO DEHIDRATASA	13.96
612	LH	57.42
613	LIPASA EN SANGRE	11.15
615	LIPIDOGRAMA ELECTROFORETICO	10.05
616	LIPIDOS CROMATOGRAFIA EN CAPA DELGADA	11.53
618	LIPOPROTEINLIPASA	11.39
620	LIQUIDO DE PUNCION (FISICO, QUIMICO, CITOLàGICO Y	12.03
622	LISTERIAS POR INMUNOFLUORESCENCIA	17.00
623	LITIO PLASMATICO	20.71
652	MACROGLOBULINA ALFA 2 INMUNODIFUSIàN CUANTITATIVA	14.26
653	MAGNESIO EN SANGRE	6.94
654	MAGNESIO EN ORINA	6.94
656	MANTOUX INTRADERMORREACICION (TUBERCULINA O PPD)	6.18
677	MATERIAL DESCARTABLE	4.21
657	MEDULOGRAMA	17.00
658	MELANINA EN ORINA	6.94
660	MERCURIO TOXICO EN ORINA	21.09
662	METANEFRINAS	24.51
663	METANOL EN ORINA	11.15
664	MICOLOGIA DIRECTO O COLORACION	6.94
665	MICOLOGIA CULTIVO E IDENTIFICACIàN	10.13
1130	MICROALBUMINURIA	76.15
667	MOCO CERVICAL CRISTALIZACION DE	5.16
668	MOCO NASAL PH Y CITOLOGICO	5.16
1135	MONITOREO DE FARMACOS (ENF CRONICAS)	114.83
670	MONONUCLEOSIS HEMOAGLUTINACIàN (PAULL-BUNNEL)	8.73
671	MONONUCLEOSIS HEMOLITICO (PETERSON)	10.51
669	MONONUCLEOSIS TEST DEL LATEX O MONOTEST	12.93
672	MONOXIDO DE CARBONO	9.49
673	MORFINA O DERIVADOS EN LÔQUIDOS BIOLàGICOS	16.24
674	MUCOPOLISACARIDOS CROMATOGRAFIA	17.38
675	MUCOPROTEINAS	8.34
531	MYCOBACTERIUM IDENTIFICACION DE	9.90
1140	MYCOPLASMA AC IGG	89.22
711	ORINA COMPLETA	8.73
713	OROSOMUCOIDE INMUNODIFUSION CUANTITATIVA	14.03
714	OSMOLAL CLEARENCE	14.94
715	OSMOLARIDAD SUERO	6.94
716	OXIGENO SANGRE (PO2)	19.95
734	PAPANICOLAU ENDO Y EXOCERVICAL	9.49
736	PARASITOLOGICO DE MATERIA FECAL SERIADO (Inc. Cod.	8.73
737	PARASITOS HEMATICOS	5.54
738	PARASITOS SUPERIORES MATERIA FECAL	4.78
739	PARATHORMONA PLASMATICA	63.79

740	ANTITIROPEROXIDASA	5.16
741	PH	4.78
742	PH EN SANGRE TITULACION POTENCIOMETRICA	15.10
743	PIRUVATO-QUINASA	11.72
744	PIRUVICO ACIDO ENZIMATICO	11.72
745	PLAQUETARIOS FACTORES	8.92
746	PLAQUETAS RECUENTO DE	4.78
747	PLASMA RECALCIFICADO TIEMPO DE	4.78
748	PLASMINOGENO INMUNODIF. CUANTITA.	17.14
749	PLOMO EN ORINA	15.10
751	PORFIRINAS EN ORINA	10.77
752	PORFOBILINOGENO EN ORINA	10.77
753	POTASEMIA	7.96
754	POTASURIA	7.96
755	PREGNANODIOL	20.75
756	PREGNANOTRIOL	20.75
758	PROGESTERONA PLASMATICA	74.25
759	PROLACTINA PLASMATICA POR RIA	57.42
760	PROTEICO CLEARENCE	60.46
761	PROTEINA C REACTIVA	10.39
763	PROTEINAS TOTALES	6.18
764	PROTEINOGRAMA EN ACETATO DE CELULOSA	15.38
766	PROTEINOGRAMA DE LIQUIDOS BIOLOGICOS	13.43
767	PROTEINURIA	4.78
769	PROTOMBINA CONSUMO DE	8.15
768	PROTOPORFIRINAS	8.34
770	PROTROMBINA (OWREN O DUCKERT)	6.56
771	PROTROMBINA TIEMPO DE	7.96
772	PSEUDOCOLINESTERASA	7.96
801	QUIMIOTRIPSINA	9.11
812	RENINA-ANGIOTENSINA PLASMATICA POR RIA	57.42
813	RH	6.94
814	RH FACTOR C GRANDE	7.96
815	RH FACTOR C CHICA	7.96
816	RH FACTOR E GRANDE	7.96
817	RH FACTOR E CHICA	6.56
820	ROSSE-RAGAN PRUEBA DE	9.11
1145	RUBEOLA ANTICUERPOS IGG	57.42
1150	RUBEOLA ANTICUERPOS IGM	89.22
831	SALICILATOS	8.73
832	SALMONELLA ANTICUERPOS IF	22.76
833	SANGRE OCULTA MATERIA FECAL	4.78
834	SECRETINA TEST DE LA	16.24
835	SEROTONINA PLASMATICA POR RIA	57.42
837	SIDEROFILINA CAPACIDAD DE SATURACION	8.92
838	SIMS-HUBBNER TEST DE	7.32
839	SODIO SANGRE U ORINA C/ DETERM.	7.96
841	SOMATOTROFINA PLASMATICA	57.42
845	SORBITOL DEHIDROGENASA	11.91
1005	SUB UNIDAD BETA DE HCG CUALITATITVA	76.15
846	SUBTIPO A2 DETERMINACION	7.96
847	SUDOR TEST DE (ELECTROLITOS)	13.81
848	SULFAS EN SANGRE	6.56
862	TALIO EN ORINA	15.10
1185	TESTOSTERONA BIODISPONIBLE	182.64
863	TESTOSTERONA TOTAL	76.15
864	THORN PRUEBA DE	8.34
865	TIROTROFINA PLASMATICA (TSH)	57.42
866	TIROXINA TOTAL (T4)	45.05
867	TIROXINA EFECTIVA (ETR) - T4 LIBRE	45.05
868	TOLBUTAMIDA PRUEBA DE	17.14
870	TOXOPLASMOSIS HEMOAGLUTINACION	16.24
871	TOXOPLASMOSIS POR IF (GAMMA ESPECÓFICA)	22.76
872	TOXOPLASMOSIS REACCION DE SABIN-FELDMAN	29.74
873	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA (GOT O ASAT)	9.47
874	TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA (GPT O ALAT)	9.47
875	TRANSFERRINA	19.87
602	TRICHINOSIS PRUEBA DE LATEX	10.77
876	TRIGLICERIDOS	13.96
877	TRIIODOTIRONINA (T3) UPTAKE	45.05
878	TRIIODOTIRONINA TOTAL (T3)	45.05
879	TROMBINA PRUEBA DE LA GENERACION DE	8.73
880	TROMBINA TIEMPO DE	6.94
1190	TSH ULTRASENSIBLE	57.42
887	TTPC TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (KPTT)	8.34
901	UREA CLEARENCE	8.73
902	UREMIA	5.72
903	URETRAL EXUDADO O FLUJO	6.94
904	URICEMIA	8.81
905	URICO ACIDO EN ORINA	7.96
907	UROCITOGRAMA 1 MUESTRA	5.72
931	VAGINAL EXUDADO O FLUJO	8.73
932	VAINILLIN MANDELICO ACIDO EN ORINA (AVM)	24.51
934	V.D.R.L. CUANTITATIVA	10.77
935	VARIANTE BACTERIANA	21.85
621	VASOPRESINA-LISINA TEST	11.39
936	VERONAL PRUEBA DEL	6.94
937	VITAMINA A	6.94
938	VITAMINA B12	49.76
939	VITAMINA E	58.18
940	VOLEMIA RADIOQUIMICO	26.94
953	WIDAL REACCION DE	7.96
971	XILOSA-D PRUEBA DE LA	27.46
981	ZINC ERITROCITARIO	12.67
982	ZINC SERICO	12.67

	AZUL	0.00
Práctica	Nombre	#¡VALOR!
67	ACIDO OXALICO EN ORINA	76.15
68	ACIDO SIALICO	45.05
73	ADRENALINA O NORADRENALINA S.u O.C/U	114.83
76	ADHESIVIDAD PLAQUETARIA	22.76
77	AGREGACION PLAQUETARIA	32.25
78	AGREGACION PLAQUETARIA C/AC.ARAQUIDONICO	32.25
79	ANTICUERPOS ANTI-MUSCULO ESTRIADO	57.42
80	ANTICUERPOS ANTIINSULINA	114.83
85	HEPATITIS-B-AG(HBS AG)-RIA O ELISA	90.11
86	TIROGLOBULINA	152.30
87	HEPATITIS-B-AC(HBS AC)-RIA O ELISA	90.11
88	HEPAT.B-ANTI CORE IGM/IGG-RIA-ELISA C/U	114.83
89	HEPATITIS-B-(HBE AG)-RIA O ELISA	90.11
91	HEPAT.-A-ANTI HVA IGM /IGG-RIA ELISA C/U	114.83
92	HEPATITIS-B-(HBE AC)-RIA O ELISA	90.11
93	HEPAT.DELTA-ANTIC-CLASE IGG/IGM-ELIS C/U	172.25
95	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO	172.25
96	APOLIPOPROTEINAS	39.74
99	17 - HIDROXIPROGESTERONA	76.15
100	T3 LIGADA A. ALBUMINA	45.05
115	AC.ANTI.HEPAT-C-ELISA-P/DADORES.	45.05
116	ADENOVIRUS-ANTIC-ESPECIFICOS -FC	45.52
117	ADENOVIRUS-ANTIC-ESPECIFICOS--IFI	45.52
118	ADENOVIRUS-ANTIC-IGM/IGG-IFI.C/U	45.52
119	ADENOVIRUS-ANTIG-IGM/IGG-(IP).C/U	45.52
120	T4 LIGADA A. ALBUMINA	45.05
121	GLOBULINA LIGADORA DE CORTICOIDES (CBG)	114.83
126	BRUCELOSIS ANTIC IGG/IGM-IFI C/U	57.42
130	CKMB	67.12
199	FOSFATASA OSEA (RIA)	76.15
211	DROGAS FARMACOLOGICAS (SEGUN LISTADO)	114.83
212	CLEARENCE M.F.de ALFA ANTITRIPSINA	75.01
214	CITOMEGALOVIRUS-ANTIC-FC	45.52
215	CITOMEGALOVIRUS-ANTIC-IGM/-IFI o ELISA	150.02
218	CLHAMYDIA TRACHOMATIS CULTIVO	114.83
220	CLHAMYDIA TRACHOM.ANTIC. IGG/IGM-IFI C/U	99.52
223	CORTISOL LIBRE URINARIO	57.42
224	AGREGACION PLAQUETARIA CON COLAGENO	32.25
225	AGREGACION PLAQUETARIA CON RISTOCETINA	32.25
226	ANDROSTENODIONA	76.15
227	ANTICUERPOS ANTI-CELULAS PARIETALES	57.42
228	ANTICUERPOS ANTI-ENA(SSA-SSB-SM-RNP)	229.66
229	ANTICUERPOS ANTI-ERITROCITOS	57.42
230	ANTICUERPOS ANTI-MUCOSA GASTRICA	57.42
231	ANTICUERPO ANTI N LIKE	30.27
232	ANTI D.N.A. FRACCIONADO	45.52
233	ANTICUERPOS ANTI-RETICULINA(ARA)	57.42
237	ANTICUERPOS ANTI SCL 70	172.25
238	ANTICUERPOS ANTI/RETINA	114.83
239	ANTIC.CONTRARECEPTORES ACETILCOLINA	450.06
240	COMPLEJOS INMUNOCIRCULANTES (CIC)	75.01
246	ANTICUERPOS ANTI-RINON	57.42
247	ANTICUERPOS ANTI-RNA	57.42
250	ANTICUERPOS ANTIMIOCARDIO	57.42
251	ANTICUERPOS TSH	57.42
254	ASPERGILLUS-ANTIC.(FASE MICELIAL)-FC	29.74
255	BETA GALACTOSIDASA	57.42
256	BLASTOMYCES DERMATITIDIS-AC(FASE LEV)FC	22.76
257	BLASTOMYCES DERMATITIDIS-AC.(FASE LEV)ID	22.76
258	BORDETELLA PERTUSIS ANTIC.-CIE	76.15
259	BORDETELLA PERTUSIS ANTIC.-IGM-IFI	57.42
260	BORDETELLA PERTUSIS ANTIG.-IFI	57.42
274	BRUCELOSIS-HUDDELSON.C/2 MERCAPTOETANOL	12.59
275	CALCULO URINARIO EXM.CRISTALOGRAFICO	76.15
276	CALCULO URINARIO EXM.DIFRACCION RX.	76.15
277	CANDIDA-ALBICANS-ANTIC-ID	57.42
278	DOSAJE DE ENZIMA CONVERTIDORA	90.11
280	ADENOVIRUS(ADV)ANTIG.ESPEC.EN LCR.(FC)	29.74
281	ADENOVIRUS (ADV) ANTIGENO AC MN (IFI)	114.83
282	CITOMEGALOVIRUS ANTIG. AC MN (IFI)	150.02
283	Dap-test (prueba directa de Ag detec de	49.09
284	DEHIDROEPIANDROSTERONA SULFATO	76.15
311	ENCEFALITIS ANTIC-(SUERO)-FC	22.76
312	CITOMEGALOVIRUS ANTIG. EA AC MN IFI	150.02
322	CITOMEGALOVIRUS (CMV)IGG-IFI O ELISA	76.15
323	CICLOSPORINA A	152.30
324	CLHAMYDIA TRACH.CUERPOS DE INCLUSION-IFI	57.42
325	CLHAMYDIA TRACHOMAT AG-AC.MONOCLONAL-IFI	99.52
326	COXSACKIE B1/2/3/4/5/6 AG.(L.BRONQ)C/U	114.83
327	CLHAMYDIA TRACHOMATIS ANTIC.-FC	45.05
329	CHAGAS HEMOAGLUTINACION DE TRIPANOSOMAS	16.24
379	FERRITINA	76.15
384	FOSFATASA ACIDA PROSTATICA (RIA)	76.15
395	COCCIDIODES INMITIS-AC-(F. MICELIAL).FC	44.98
396	COCCIDIODES INMITIS-ANTIC-CIE	44.98
397	COFACTOR DE RISTOCETINA	64.50
398	CLHAMYDIA PSITACCI REACCION DE BEDSON(FC	75.01
399	CLHAMYDIA PSITACCI ANTIGENO (FC)	29.74
400	HERPES SIMPLE I/II-AG-AC MN (IFI)	114.83
434	HIV-1ANTI-P-24(CORE)Y ANTI-GP-41(ENV.IGG	300.04
436	HIV-1 - AG-HIV-P-24 (ELISA)	225.03
438	GONADOT.CORIONICA SUB.BETA CUANTI	76.15
440	INFLUENZA A/B - AG -AC- MN (IFI)	114.83
441	PAPILOMA VIRUS AG-ESTRACTO -TEJ (PAP)	114.83

442	PAPILOMA VIRUS IFD - MN	114.83
443	PAP.VIRUS-DNA-VIRAL-6/14-16/18-31/33/51H	525.07
445	COOMBS MONOESPECIFICA IG A - IGG - IGM.	14.57
446	PARAINFLUENZA I/II/III/IV/ AG AC MN(IFI)	114.83
447	PAROTIDITIS - AC - ESP. -IGG (ELISA)	114.83
448	CORIOMENINGITIS-ANTIG-EN-LCR-FC	29.74
449	CORIOMENIGITIS-ANTIC-ESPEC.-FC	29.74
450	PAROTIDITIS - AG - EN - LCR (FC)	29.74
451	PAROTIDITIS - AC - VIRAL (FC)	29.74
452	PAROTIDITIS - AC - SOLUBLES (FC)	29.74
453	POLYOMA -HUMANO -AC -ESP. - (FC)	29.74
454	COXSACKIE B1/2/3/4/5/6ANTIC-ESPEC-FC C/U	114.83
455	COXSACKIE B1/2/3/4/5/6ANTIG-EN LCR-FCC/U	114.83
456	CRIPTPCOCCUS-NEOFORMANS-ANTIG(-AGLUT.)	152.30
457	REOVIRUS - AC -FC	29.74
458	REOVIRUS - AG -FC	29.74
459	RESP SINSICIAL - AC - LCR (FC)	29.74
460	ROTAVIRUS - AG -AC- MN (ELISA)	114.83
495	ROTAVIRUS - AG - EN - MAT. FECAL - (IFI)	114.83
498	HIDATIDOSIS-IFI	44.98
500	Hemoglobina glicosilada	45.05
504	SARAMPION AG AC MN (IFI)	114.83
509	HERPES SIMPLE I/II-ANTIC-FC	45.52
510	HERPES SIMPLE I/II-AC-IGG/IGM-IFI/E C/U	114.83
511	Herpes simplex Antigeno	29.05
515	DOSAJE DE HB A2 (HEMOGLOBINA A2)	17.60
516	GALACTOSEMIA NEONATAL	28.93
518	DEHIDROTESTOSTERONA (DHT)	76.15
520	DETECCION DE INHIBIDORES	19.87
521	DET.DE INHIB.DE MEC.EXTRI/INTRI.C/U	19.87
523	FENILALANINA NEONATAL	28.93
524	SARAMPION AG LCR (FC)	29.74
525	ANTICOAGULANTE LUPICO	57.42
526	ANTICUERPO ANTIGLIADINA IgG/IgA c/u.	57.42
527	TOXO IGM-IFI	45.52
528	UEREAPLASMA UREALITICO A.CULTIVO.	45.05
529	VARICELA ZOSTER AG LCR (FC)	29.74
530	ANTIC.ANTI JO-1	75.01
549	DOPAMINA	114.83
550	DOPAMINA TOTAL O LIBRE	150.02
553	CA 21-1/72-4 c/u.	130.38
554	ASPERGILLIUS AC FASE MICELIAL (ID)	76.15
555	ASPERGILLIUS AC (CIE)	45.52
556	IGE ESPECIFICAS	57.42
570	COCCIDIODES INMITIS AC BANDA F(ID)	22.76
575	COCCIDIODES INMITIS AC BANDA TP (ID)	22.76
576	HISTOPLASMA CAP.AC FASE LEVADURIFORME FC	29.74
577	DOSAJE DE ANTITRIPSINA (INMUM.)	14.64
578	DOSAJE DE ANTITROMBINA III (INMUNOLOG.)	21.97
579	ANTIC.ANTICARDIOLIPINA IgG/IgM	90.11
580	DET.DE P.A.I y PLASMINOGENO c/u.	76.15
583	CLHAMYDIA PSITACCI AC IGM/IGG.ELISA	114.83
584	CLHAMYDIA PSITACCI AC.IGM/IGG.IFI	114.83
586	DOSAJE DE MACROBULINA (INMUN.)	14.64
588	ECHO COXSACKIE-ANT.ESPC.-FC	114.83
589	ENCEFALITIS ANTIG-(LCR)-FC	22.76
590	ENCEFALITIS EQUINA DEL ESTE-IHA	22.76
624	COXIELLA BURNETTI(FIEBRE Q)AC ESPECIFC.	29.74
625	COXIELLA BURNETTI AC IGG / IGM -IFI	114.83
627	LISTERIA MONOCYTOGENES AC.-FC	17.00
629	LINFOCITOS-T-SUPRESORES-TEC-ROSETA	90.11
630	ROSETAS EAC	90.11
634	MONOCLONAL OKT-CD 1/3/4/6/8/9/10/11-C/U	75.55
635	MICROALBUMINURIA(BETA 2 MICROGLOBULINA)	76.15
639	GLUCURONIDATO DE ANDROSTANODIOL	157.91
640	LEGIONELLA PNEUMOPHILA ANTI.ESPEC(AGLUT)	29.74
642	ENCEFALITIS EQUINA DEL OESTE-IHA	22.76
643	ENCEFALITIS EQUINA VENEZOLANA-IHA	22.76
644	ENCEFALITIS SAN LUIS-IHA	22.76
646	EPSTEIN-BARR-ANTI-EBNA-IFI	150.02
647	SELENIO (FLUOROMETRIA)	90.11
648	EPSTEIN-BARR-ANTIG-(LCR)-FC	45.52
650	LEGIONELLA PNEUMOPHILA ANTICUERPOS FC	29.74
678	LEGIONELLA PNEUMOPHILA ANTIC ESPEC.(IFI)	45.52
687	MONOCLONAL LEU3/2/4/8	75.55
693	LEGIONELLA PNEUMOPHILA ANTIGENOS (IFI)	114.83
694	FRUCTOSAMINA(PROT.SERICA.GLICOSILADA)	45.05
695	HEPATITIS DELTA-ANTIC-TOTALES-ELISA	172.25
696	TREPONEMA PALLIDUM HEMOAGLUT.DE TREPON	16.24
707	NITRAZEPAN	76.15
709	ACIDO FENILACETICO (AFA)	114.83
710	NORADRENALINA	75.01
717	ACIDO 5- HIDROXI -3-METILIN DOLACETICO	76.15
718	HEPATITIS-B-DNA VIRAL-HIBRIDACION	300.04
719	PARVOVIRUS B19 (IgM) (RIA).	157.91
720	ACIDO HOMOVANILICO	114.83
724	PIRIDINOLINA	99.52
725	HEPATITIS-C-ANTI HVC 2da.GEN.(DNA RECOMB	150.02
726	HEPATITIS-C-ANTIC-IGG-IGM.	150.02
727	HIDATIDOSIS-DOBLE DIFUSION DDS-ID-ARCO5	76.15
728	HISTOPLASMA CAPSULATUM AC.F.MICELIAL-FC	114.83
729	HISTOPLASMA CAPSULATUM AC.F.MICELIAL-ID	57.42
730	HISTOPLASMA CAPSULATUM ANTIC.-CIE	114.83
731	BUFOTENINA	114.83
773	MONOCLONAL TOT IA/JS/MI/S33/T28	75.55
774	IGA SECRECION (SALIVA Y LAGRIMAS)	57.42

775	INFLUENZA A/B AC.ESPEC.-FC	45.52
776	INFLUENZA A/B AC.ESPEC.-IHA	45.52
777	INFLUENZA A/B AG.(LCR)-FC	45.52
778	INFLUENZA A/B AG.ESPEC.-IF	75.01
787	PARAINFLUENZA I/II/III/IV ANTIC-FC	45.52
788	PEPTIDO C	114.83
791	OSTEOCALCINA	157.91
800	RECEPTORES HORMONALES ESTROGENICOS	152.30
802	INFLUENZA A/B AG.ESPEC.-IP	75.01
803	LATS	75.01
805	CITRATO	39.74
809	ROTAVIRUS-ANTIG.ESPEC.-ELISA	114.83
810	RUBEOLA-ANTIC.-IHA	57.42
826	RUBEOLA-ANTIC.-IGM ELISA	89.22
827	RUBEOLA-AC.IGG/-ELISA	57.42
849	ANTITIROPEROXIDASA	43.39
850	DIMETOXIFENILETILAMINA (DMFA)	57.42
851	LCR.ELECTROF.Y DOSAJE PROT.BAS.MIELINA	114.83
852	LCR-ELECTROF-AGAROSA ISOELEC-ENFOQUE-IGG	114.83
853	LEPTOSPIRAS AC.-(AGLUTINACION)	75.01
854	LISIS DEL COAGULO	8.34
855	LISOZIMA	39.74
856	LISTERIA MONOCYTOGENES AGLUT."O" y "H"	25.50
857	MARCADOR PARA MAMA CA 15-3	180.21
858	MARCADOR PARA OVARIO CA 125	180.21
859	MARCADOR PARA TUBO DIGESTIVO CA 19-9	180.21
860	HISTAMINA	57.42
888	METILNICOTINAMIDA	114.83
895	TREPONEMA-PALIDUM-FTA.ABS.IGM-IFI	76.15
897	TESTOSTERONA LIBRE	76.15
911	METOXI-3/4-HIDROXIFENILETILGLICOL	114.83
912	TESTOSTERONA BIODISPONIBLE	182.64
913	MICROAGREGADO PLAQUETARIOS	10.74
914	MIOGLOBINA	44.74
915	MYCOSPLASMA HOMINIS AISLAMIENTO-CULTIVO	45.05
916	MYCOSPLASMA PNEUMONIAE AC.ESP-FC	29.74
917	MYCOSPLASMA PNEUMONIAE AC.IGM/IGG-IFI	89.22
918	NEISSERIA MENING.AG.HISOPADO-UROGEN.ELIS	114.83
919	NEISSERIA MENINGITIDIS AC.-FC	29.74
920	PARACOCCIDIODES BRASILIENSIS-AC-CIE	44.98
921	PARACOCCIODIODES-BRASILIENSIS-AC-ID	22.76
922	N,N-DIMETILTRIPTAMINA	114.83
924	VARICELA-ZOSTER-ANTIC.ANT-VZ-FC	29.74
925	VARICELA-ZOSTER-ANTIC.ANT-VZ-IGM/IGG-IFI	114.83
926	VIRUS-JUNIN-ANTIC.-FC	29.74
927	VIRUS-JUNIN-ANTIC.IGM/IGG-IFI	57.42
928	EPSTEIN-BARR-ANTIC-(SUERO)-FC	45.52
929	EPSTEIN-BARR-ANTIVCA-IGM-IGG-IFI	150.02
930	EPSTEIN-BARR-ANTI-EA-IFI	225.03
941	PIRIDOXINA	57.42
943	PARAINFLUENZA I/II/III/IV ANTIG-ESP.-IF	45.52
944	PARAINFLUENZA I/II/III/IV ANTIG-ESP.-IP	45.52
946	PAROTIDITIS-ANTIC.ESP-FC	75.01
947	PAROTIDITIS-ANTIC.ESP-IGG/IGM-IFI- ELISA	187.52
948	PAROTIDITIS-ANTIG-IFI	187.52
949	17_HIDROXIPROGESTERONA NEONATAL	28.93
950	BIOTINIDASA NEONATAL	28.93
956	HIV-1-SIDA-WERTERN BLOT TEST:IB	600.08
958	DOSAJE DE VITAMINA C PLAQUETARIA	19.80
964	PROTEINA TRANSP. DE ESTEROIDES (SHBG)	152.30
965	REACCION DE LIBERACION DE ATP	32.25
966	RECEPTORES PARA PROGESTERONA EN MAMA	152.30
968	RESPIRATORIO-SINCICIAL ANTIC.ESP-FC	29.74
969	RESP.SINCICIAL AC.ESPECIF-IGG/IGM IFI	57.42
970	RESPIRATORIO-SINCICIAL ANTIC.ESPECIF-IP	57.42
972	ROSETAS E37	90.11
973	ROSETAS E4 (PORCENTAJES DE ROSETAS E4)	90.11
974	ROSETAS FC IG G / IGM.	25.41
978	ROSETAS G RATON (PORCENTAJE)	25.41
979	ROTAVIRUS-ANTIC.ESPEC.-(CIE)	57.42
980	ROTAVIRUS-ANTIC.ESPEC.-FC	57.42
983	SARAMPION-AC-ESPEC.IGG/IGM-ELISA	86.12
984	SARAMPION-ANTIC.ESPEC.-FC	57.42
985	SARAMPION-ANTIG.-IFI	114.83
986	STREPTOZIMA	30.95
987	SULFATO DE PROTAMINA	13.20
991	SULFATOS EN ORINA	29.58
992	TEST DE REPTILASA	10.51
994	TITULACION DE ANTICUERPO VIII(MET.BIOL.)	29.05
996	VARICELA-ZOSTER-AG.ESPEC.-IF	114.83
997	VARICELA-ZOSTER-AG.ESPEC.-IP	114.83
517	I.T.R.(TRIPSINA INMUNOREATIVA) NEONATAL	28.93
519	T.S.H. NEONATAL	28.93
	Resolución 2089-1-11-03	0.00
Práctica	**Nombre**	#¡VALOR!
2292	1,25 (OH)2 vitamina D (vitamina D2) (EIA, RIA)	208.20
2293	25 OH vitamina D (Vitamina D3) (EIA/, RIA)	187.96
2506	Ac Anti Endomisio IgA	86.75
2507	Ac Anti Endomisio IgG	86.75
2693	Ac Anti Helicobacter pylori IgA	101.21
2691	Ac Anti Helicobacter pylori IgG	101.21
2692	Ac Anti Helicobacter pylori IgM	101.21
3680	Ac Anti Toxocara cannis IgG	202.42
3681	Ac Anti Toxocara cannis IgM	202.42
	Ac Anti Toxoplasmosis (EIA de captura IgA)	144.59

3690	Ac Anti Toxoplasmosis IgA (IFI, EIA)	57.83
3035	Ac Anti triquinosis IgG/M c/u (IFI, EIA)	144.59
2290	Ac Antifosfolípidos IgG	144.59
2291	Ac Antifosfolípidos IgM	144.59
2251	Ac contra receptores de TSH	187.96
2051	Ac. Anti LKM	144.59
2503	ANCA (Ac anti-citoplasma de neutrófilos) ANCA c	144.59
2503	ANCA (Ac anti-citoplasma de neutrófilos) ANCA p	144.59
3252	Factor de von Willebrand (inmunológico)	225.55
3253	Factor V de Leiden (PCR)	404.84
2703	Homocisteína (EIA)	202.42
3544	Lamotrigina (HPLC)	216.88
3635	Proteína C (funcional)	187.96
3636	Proteína C (inmunológico)	549.42
3641	Proteína S (funcional)	187.96
3641	Proteína S (inmunológico)	289.17
3640	Proteína S libre (Funcional)	187.96
2499	PSA libre (EIA)	173.50
3650	Resistencia a la Proteína C activada (funcional)	187.96
2588	Sub clases de IgG (G1/G2/G3/G4) c/u (IDR)	173.50
2100	T3 libre	75.18
3670	Tacrolimus (HPLC)	231.34
3435	Genotipificación de HIV	2024.20
3352	Confirmatorio HCV (RIBA-LIA)	520.51
3370	HCV PCR	694.01
3375	Carga viral HCV	1098.85
3360	Gebotipificación de HCV	867.51

CAPITULO 12 NOMENCLADOR PRESTACIONES

VALOR GALENO QUIRURGICO		9.79
VALOR GALENO PRACTICA		4.90
UNIDAD "A" - GASTO QUIRURGICO		2.56
UNIDAD "B" - GASTO QUIRURGICO		2.56
UNIDAD "C" - OTROS GASTOS		0.61
UNIDAD "D" - GASTO RADIOLOGICO		2.38
UNIDAD	GASTO BIOQUIMICO	5.23
42.01.01	420101 . CONSULTA MEDICA	$ 79.00

C.C. 12.521

Provincia de Buenos Aires
MINISTERIO DE INFRAESTRUCTURA
ORGANISMO DE CONTROL DE ENERGÍA ELÉCTRICA
Resolución N° 194/15

La Plata, 15 de julio de 2015.

VISTO la Ley 11.769 (T.O. Decreto Nº 1868/04), su Decreto Reglamentario N° 2479/04, el Contrato de Concesión suscripto, la Resolución N° 113/01 del ex Ministerio de Obras y Servicios Públicos de la Provincia de Buenos Aires, la Resolución MIVySP N° 21/04, lo actuado en el expediente N° 2429-5685/2015, y

CONSIDERANDO:

Que de acuerdo con lo establecido en la Ley 11.769 y su Decreto Reglamentario Nº 2479/04, corresponde a este Organismo de Control administrar el Fondo Provincial de Compensaciones Tarifarias;

Que por Resolución N° 113/01 del ex Ministerio de Obras y Servicios Públicos de la Provincia de Buenos Aires, se fijaron los aportes y los criterios para determinar las compensaciones que, mensualmente, corresponden a cada distribuidor;

Que mediante la citada Resolución se resolvió, además, que a partir del mes de febrero de 2001 se compense a los distribuidores municipales los costos propios eficientes de abastecimiento (artículo 4 inciso a) y de distribución (artículo 4 inciso b) cuando éstos sean superiores a los respectivos costos reconocidos en las tarifas de referencia que apliquen;

Que los valores de costos de distribución aprobados por la citada Resolución tuvieron validez hasta el 31 de enero de 2007;

Que con la promulgación de la Resolución M.I.V.yS.P N° 15/08 se sustituye el anexo de la Resolución Nº 288/06 estableciéndose nuevos valores mensuales para las compensaciones por costos de distribución correspondientes a las concesionarias receptoras del Fondo Provincial de Compensaciones Tarifarias a partir del mes de febrero 2008;

Que por Resolución MI N° 881/11 fueron sustituidos los Anexos I y II de la Resolución N° 139/11, estableciéndose nuevos valores mensuales para las compensaciones por costos de distribución y compensación adicional fija por dimensión de mercado respectivamente, correspondientes a los concesionarios receptores del Fondo Provincial de Compensaciones Tarifarias instruyéndose, asimismo, a este Organismo a liquidarlos a partir de junio de 2011;

Que, la Resolución del Ministerio de Infraestructura Nº 535/12, sustituye los anexos de las Resoluciones Nº 252/12 y Nº 881/11, estableciendo nuevos valores mensuales para las compensaciones por costos propios de Distribución correspondientes a los concesionarios receptores del Fondo Provincial de Compensaciones Tarifarias a partir del mes de julio de 2012 inclusive e incorpora, a la liquidación del Fondo Provincial Compensador Tarifario, los valores mensuales de compensación adicional fija por aplicación del Decreto Nº 626/12 a partir del mes de septiembre de 2012, inclusive;

Que, según lo indicado en los considerandos precedentes se incorporan con la liquidación del Fondo Compensador del mes de junio de 2015 los nuevos valores indicados, unificándose por razones de procedimiento los Anexos I y III de la Resolución MI Nº 535/12;

Que la variación de los costos operativos y bienes de capital conllevan la necesidad de actualización periódica de los Modelos Económicos Financieros y su traslado a los cuadros tarifarios;

Que, además, la dinámica en el crecimiento de la demanda, el retraso en las inversiones en redes y la necesidad de expansión del sistema eléctrico de distribución hace necesario un mecanismo que garantice la generación y aprovechamiento de los recursos a los efectos de su implementación en tiempo y forma que permitan inversiones en correspondencia con las condiciones de calidad y suministro establecidos en los contratos de concesión y mejoren los índices actuales;

Que en tal sentido resultó pertinente establecer un monto fijo en la facturación destinado a la ejecución de obras de infraestructura en distribución y el mantenimiento correctivo de las instalaciones de las Concesionarias, con el fin de alentar la realización de inversiones en dicho sistema de beneficio de los usuarios destinatarios de la planificación y desarrollo del sector energético provincial y para asegurar las metas de expansión y mejora del servicio;

Que en virtud de lo expuesto la Autoridad de Aplicación dictó la Resolución Nº 206/13 tendiente a alcanzar el objetivo prefijado en los párrafos precedentes;

Que el recurso monetario que surge a partir de la aplicación de la Resolución mencionada ut supra, por corresponderse con montos fijos por categorías tarifarias de usuarios, impacta en forma disímil entre las concesionarias municipales en función de la estructura de mercados y el número de usuarios que abastece;

Que, además, establece que OCEBA deberá instrumentar a través del Fondo Provincial de Compensaciones Tarifarias el mecanismo necesario para instituir las diferencias y mitigarlas hasta donde sea posible;

Que en esta inteligencia, el Organismo de Control estableció el mecanismo precitado cuyo resultado fue el desarrollo del Anexo con los montos necesarios para compensar las diferencias surgidas por las variaciones en las estructuras de mercados que abastecen los Distribuidores con Concesión Municipal;

Que la Resolución Nº 39/14 de la Secretaría de Servicios Públicos ajustó los valores de la tabla que integra la Resolución MI Nº 206/13 provocando el mismo efecto por la diferencia entre la estructura de mercado y cantidad de usuarios, razón por la cual se mantiene el mismo mecanismo para compensar las diferencias;

Que asimismo, la Resolución SSP Nº 39/14, consideró necesario incrementar la Alícuota del Fondo Provincial de Compensaciones Tarifarias del 6% al 8% para las Tarifas T1, T2 y T4 y del 3% al 5% para las tarifas T3;

Que los montos mensualizados formarán parte de la liquidación del Fondo Provincial de Compensaciones Tarifarias que se unifican por razones de procedimiento y se detallan en el anexo de pago con el título “Resolución 206/13 + Resolución 039/14”;

Que este Organismo de Control, a través de las Resoluciones OCEBA Nº 008/98 y N° 349/01 estableció los plazos para ingresar los aportes, el contenido y los términos para suministrar la información pertinente;

Que corresponde el reconocimiento a las Cooperativas Eléctricas abastecidas por EDELAP S.A. del ajuste de costos de abastecimiento, según lo establecido en el Decreto PEN Nº 802/05 Cláusula 4 y de acuerdo con lo oportunamente aprobado por este Directorio (Expte. Nº 2429-3615/2007), contra la presentación de la factura de compra de energía de cada Distribuidor;

Que en cumplimiento del convenio de Operación y Mantenimiento de la L.M.T. 33 KV Tres Arroyos-Bellocq-Claromecó firmado entre la Provincia de Buenos Aires (a través del Ministerio de Infraestructura) y la Cooperativa Eléctrica de Tres Arroyos (con alcance a las Cooperativas de Bellocq, Claromecó y la localidad de Reta), corresponde distribuir entre ellas, la cantidad de $ 280.078 correspondiente al quinto año de los costos men-

cionados, pagadero en doce cuotas iguales y consecutivas a partir de la liquidación del Fondo Provincial de Compensaciones Tarifarias del mes de setiembre/08 (Expte. Nº 2429-5749/04);

Que las modificaciones motivadas por la Resolución MI Nº 1068/11 (según el Anexo 2 de la Resolución SE Nº 1301/11), relacionadas con la eliminación de subsidios tarifarios, han generado una apertura en la información del mercado de cada Distribuidor;

Que corresponde proceder a la distribución del Fondo Provincial de Compensaciones Tarifarias por la facturación emitida por los distribuidores con vencimiento en el mes de junio de 2015 de acuerdo al detalle, consignado en el Anexo, de la presente Resolución;

Que resulta oportuno señalar que en este período el Organismo de Control juntamente con la Universidad Tecnológica Nacional, se encuentra adaptando el sistema informático utilizado para el cálculo del Fondo Provincial de Compensaciones Tarifarias, como consecuencia de las modificaciones introducidas por la Secretaría de Energía de la Nación que han llevado a la Provincia a crear conceptos como el Incremento Costo Mayorista, las Resoluciones MI Nº 206/13 y SSP Nº 039/14, a los efectos de poder acompañar a las entidades cooperativas en las problemáticas surgidas por aumentos de costos;

Que, dada la importancia de la información que deben remitir las entidades cooperativas detallada en las declaraciones juradas solicitadas por la Resolución Nº 544/04 y los datos de compras de energía (Promedio Trimestral de Potencias) para el cálculo del Fondo Provincial de Compensaciones Tarifarias, es que el incumplimiento en el deber de información perjudica tanto a la entidad que se encuentra en falta como al resto de las prestadoras que han cumplimentado con dicho recaudo;

Que la presente se dicta en ejercicio de las facultades conferidas por el artículo 62 inciso k) de la Ley 11.769 y su Decreto Reglamentario N° 2479/04;

Por ello,

EL DIRECTORIO DEL ORGANISMO DE CONTROL DE ENERGÍA ELÉCTRICA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, RESUELVE:

ARTÍCULO 1º. Aprobar el pago de la compensación por costos de abastecimiento, distribución y compensación adicional fija por dimensión de mercado, de acuerdo con lo dispuesto por la Resolución MI N° 535/12, las compensaciones por aplicación de la Resolución MI Nº 206/13 y Resolución Nº 39/14 de la Secretaría de Servicios Públicos y proceder a la distribución del Fondo Provincial de Compensaciones Tarifarias correspondiente a la facturación emitida con vencimiento en el mes de junio de 2015, de acuerdo al detalle previsto en el Anexo, que forma parte integrante de la presente.

ARTÍCULO 2º. Registrar. Publicar. Dar al Boletín Oficial y al SINBA. Girar a la Gerencia de Administración y Personal para efectivizar el pago. Cumplido, archivar.

Acta Nº 858.

Jorge Alberto Arce, Presidente; **Roberto Mario Mouilleron**, Director; **Marcela Noemí Manfredini**, Directora; **Alfredo Oscar Cordonnier**, Director.

ANEXO
PAGOS

PERCEPCION FONDO COMPENSADOR -
MES
6- 2015 (Pago Total)

		C ABASTECIMIENTO	COMPENSACION: C.DISTRIBUCION	M.REDUCIDO	RESOLUCION 206/13 + RESOLUCION 039/2014	AJUSTES	TOTAL
A001	ALTAMIRANO	5532,6	15254	13698	19534	2885,32	56.903,92
A003	AZUL	3403,35	0	0	14196	50.000	67.599,35
A004	GENERAL BALCARCE	7261,77	58512	0	40339	0	106.112,77
A005	BARKER	4865,12	43643	0	39939	0	88.447,12
A006	BRANDSEN	137677,87	61965	0	67962	44042,31	311.647,18
A007	CASTELLI	87.731,15	48.046,00	0,00	0,00	0	135.777,15
A008	CLAROMECO	2845,43	7369	0	40515	16851,36	67.580,79
A010	CRETAL (TANDIL-AZUL)	125693,82	110043	0	170192	0	405.928,82
A011	DE LA GARMA	38.401,33	15.635,00	0,00	24.468,00	0	78.504,33
A012	DIONISIA	135751,71	19586	0	104207	0	259.544,71
A013	EGAÑA	16629,5	30539	31079	51321	0	129.568,50
A014	GENERAL MADARIAGA	10609,77	18634	0	5027	0	34.270,77
A015	GENERAL PIRAN	36.140,85	16.153,00	0,00	16.653,00	20.000,00	88.946,85
A016	J. N. FERNANDEZ	2767,13	34252	0	41396	0	78.415,13
A017	JEPPENER	32.090,81	49.363,00	0,00	31.651,00	8.080,82	121.185,63
A018	JUAREZ	165049,22	10840	0	4661	0	180.550,22
A019	LA DULCE	21714,12	21529	0	29873	0	73.116,12
A020	LAGUNA DE LOS PADRES	86242,8	63409	0	77037	0	226.688,80
A021	LAS FLORES	15455,91	29115	0	7430	0	52.000,91
A022	LEZAMA	76471	31984	0	66072	0	174.527,00
A023	MAIPU	85162,7	12005	0	5169	0	102.336,70
A024	ARBOLITO MAR CHIQUITA	95.673,49	7.515,00	0,00	117.699,00	0	220.887,49
A025	MAR DE AJO	15789,17	0	0	183680	0	199.469,17
A026	MAR DEL PLATA	134385,37	0	0	40167	0	174.552,37
A027	MAR DEL SUD	11.107,31	25.346,00	0,00	45.701,00	0	82.154,31
A028	MECHONGUE	17310,57	35163	0	30191	0	82.664,57
A029	OLAVARRIA	51274,06	0	0	0	0	51.274,06
A030	ORENSE	1739,18	19325	0	23303	16617,96	60.985,14
A031	PINAMAR	27149,24	0	0	313882	0	341.031,24
A032	PIPINAS	49453,66	56004	0	112519	8101,56	226.078,22
A033	PUEBLO CAMET	94594,23	65207	0	68068	0	227.869,23
A034	PUNTA INDIO	14732,1	30756	0	88450	4708,89	138.646,99
A035	RANCHOS	130.635,90	45.039,00	0,00	13.472,00	0	189.146,90
A036	SAN BERNARDO	0	0	0	222494	0	222.494,00
A037	SAN CAYETANO	100994,12	88306	0	98408	0	287.708,12
A038	SAN FRANCISCO DE BELLOCQ	714,87	24729	0	19273	7235,34	51.952,21
A039	SAN MANUEL	77051,31	42796	0	64452	0	184.299,31
A041	TRES ARROYOS (CELTA)	29529,16	0	0	6403	5975	41.907,16
A043	VILLA GESELL	20180,71	0	0	289200	0	309.380,71
A045	COPETONAS	4594	15731	0	9875	0	30.200,00
N001	ZONA SUR 25 DE MAYO	17529,76	59118	0	56193	0	132.840,76
N002	AGOTE - JULIO LEVIN	73.588,02	3.128,00	0,00	65.867,00	0	142.583,02
N003	AGUSTIN ROCA	16806,59	58733	0	39085	0	114.624,59
N004	AGUSTINA	8727,27	40527	0	28055	0	77.309,27
N005	AMEGHINO	86094,05	34012	0	78372	0	198.478,05
N006	ARENAZA	52440,07	26631	0	55380	0	134.451,07
N007	ARROYO DULCE	28617,35	23240	0	33826	0	85.683,35
N008	BAIGORRITA	24618,88	13073	0	26301	0	63.992,88
N009	BANDERALO	17429,1	28196	0	39315	0	84.940,10
N010	BAYAUCA - BERMUDEZ	12347,47	25704	0	25787	0	63.838,47

N011	BOLIVAR	338734,73	0	0	12626	0	351.360,73
N012	BRAGADO	62733,82	80924	0	99951	0	243.608,82
N013	CAÑADA SECA	13309,67	21942	0	24965	0	60.216,67
N14	ZONA NORTE DE CARLOS CASARES	18.752,51	25.209,00	0,00	37.387,00	0	81.348,51
N015	CARLOS TEJEDOR	62295,23	22276	0	76693	0	161.264,23
N016	CARMEN DE ARECO	189563,4	0	0	6972	0	196.535,40
N017	COLON	0	0	0	4603	0	4.603,00
N018	COLONIA SERE	9551,11	29526	0	22123	0	61.200,11
N019	NAVARRO	203914,74	0	0	14490	0	218.404,74
N020	CORONEL GRANADA	27988,49	47365	0	62081	0	137.434,49
N021	CORONEL MOM	11688,99	37749	0	33380	0	82.817,99
N022	CORONEL SEGUI	3256,29	16259	15040	19972	0	54.527,29
N023	CUCULLU	28599,27	54934	0	52391	0	135.924,27
N024	CURARU	10351,58	33041	0	26027	0	69.419,58
N025	CHACABUCO	79140,89	0	0	16033	0	95.173,89
N026	CHARLONE	26731,66	5993	0	28193	0	60.917,66
N27	DAIREAUX	29.762,25	37.213,00	0,00	53.960,00	0	120.935,25
	TOTAL	3.428.979,60	1.878.586,00	59.817,00	3.644.907,00	184.498,56	9.196.788,16

	PERCEPCION FONDO COMPENSADOR - MES 6- 2015 (Pago Total)	C ABASTECIMIENTO	COMPENSACION: C.DISTRIBUCION	M.REDUCIDO	RESOLUCION 206/13 + RESOLUCION 039/2014	AJUSTES	TOTAL
N028	DUDIGNAC	27.563,24	4861	0	24600	0	57.024,24
N029	EL CHINGOLO	7911,86	33280	0	33285	20.000,00	94.476,86
N030	EL DORADO	29296,66	62864	0	66326	0	158.486,66
N031	EL SOCORRO	17.615,11	35.419,00	0,00	27.687,00	0	80.721,11
N032	EL TRIUNFO	13096,32	26596	0	26391	0	66.083,32
N033	EMILIO BUNGE	42471,81	46070	0	54793	0	143.334,81
N034	FACUNDO QUIROGA	30864,3	14806	0	27577	0	73.247,30
N035	FERRE	26544,15	26672	0	36579	0	89.795,15
N037	FORTIN TIBURCIO	6528,15	10353	9428	14114	0	40.423,15
N038	FRANCISCO AYERZA	8693,28	10210	9814	13320	0	42.037,28
N039	FRANKLIN	28.420,69	29657	0	71850	0	129.927,69
N040	FRENCH	26197,51	9229	0	31744	0	67.170,51
N041	GAHAN	11268,74	18152	0	16734	0	46.154,74
N042	GERMANIA	22581,4	18510	0	30818	0	71.909,40
N043	GOBERNADOR UGARTE	10147,37	15821	6424	18286	0	50.678,37
N044	GONZALEZ MORENO	11256,72	15357	0	23441	0	50.054,72
N045	GOROSTIAGA	6.929,07	5.610,00	11.977,00	17.797,00	0	42.313,07
N047	GENERAL ROJO	22975,03	23817	0	22600	0	69.392,03
N048	GENERAL VIAMONTE	152416,97	0	0	73200	0	225.616,97
N049	GUERRICO	20.078,16	24.361,00	0,00	25.097,00	0	69.536,16
N050	INES INDART	10246,24	22472	0	16015	0	48.733,24
N051	IRIARTE	12393,53	19084	0	19594	0	51.071,53
N052	LA AGRARIA	3717,5	31903	33727	35440	0	104.787,50
N053	LA ANGELITA	8786,31	24573	8818	25774	0	67.951,31
N054	LA EMILIA	14430,93	23362	0	17209	0	55.001,93
N055	LA LUISA	8974	37346	10259	29988	0	86.567,00
N056	LA NIÑA	8.962,24	16.730,00	0,00	16.211,00	0	41.903,24
N058	LA PRADERA	2.340,19	4.235,00	9.640,00	28.450,00	30.000,00	74.665,19
N059	LA VIOLETA	16753,21	32875	0	27315	0	76.943,21
N060	LAPLACETTE	6699,68	16208	14652	19458	0	57.017,68
N061	LAS TOSCAS	7763,57	24003	10130	24720	0	66.616,57
N062	LUJANENSE	0	0	0	4123	0	4.123,00
N063	MANUEL OCAMPO	19752,65	22255	0	27380	0	69.387,65
N064	MARIANO ALFONZO	17761,61	23148	0	29595	0	70.504,61
N065	MARIANO BENITEZ	2248,94	6339	7860	11032	0	27.479,94
N066	MARIANO MORENO	260,86	0	0	8818	0	9.078,86
N067	MARTINEZ DE HOZ	15242,47	22653	0	26646	0	64.541,47
N068	MONTE	0	0	0	25915	0	25.915,00
N069	MOQUEHUA	24519,62	0	0	18762	0	43.281,62
N070	MORSE	14103,78	28804	0	21897	0	64.804,78
N071	NORBERTO DE LA RIESTRA	65659,04	32554	0	60007	0	158.220,04
N072	OLASCOAGA	1791,59	6589	9558	9534	0	27.472,59
N073	PARADA ROBLES	174030,08	0	0	161719	0	335.749,08
N074	PASTEUR	23.828,48	31.374,00	0,00	25.271,00	0	80.473,48
N075	PEARSON	3.086,18	7.287,00	7.534,00	15.158,00	0,00	33.065,18
N076	PEDERNALES	19858,95	22858	0	24724	0	67.440,95
N077	PEHUAJO	19.684,78			0,00	0	19.684,78
N078	PERGAMINO	2830,2	0	0	2504	0	5.334,20
N079	PIEDRITAS	30572,89	32694	0	48346	0	111.612,89
N080	PINZON	7556,98	18784	6069	22143	0	54.552,98
N081	PIROVANO	14413,64	21671	0	25575	0	61.659,64
N082	PLA	5.669,01	13.521,00	9.689,00	16.468,00	0	45.347,01
N083	PRODUCTORES FORESTALES	23435,28	35839	31952	104671	0	195.897,28
N084	QUENUMA	8816,75	22892	0	21198	0	52.906,75
N085	RAMALLO	14670,84	0	0	2664	0	17.334,84
N086	RANCAGUA	11001,38	28537	0	26666	0	66.204,38
N087	RIVADAVIA	134292,14	0	0	98030	0	232.322,14

N088	ROBERTS	34710,06	9829	0	21312	0	65.851,06
N089	ROJAS	19188,81	0	0	8915	0	28.103,81
N090	ROOSEVELT	4998,41	21899	14648	19527	0	61.072,41
N091	SALADILLO	2234,78	0	0	21228	0	23.462,78
N093	SALTO	0	0	0	6893	0	6.893,00
N094	SAN ANTONIO DE ARECO	1192,35	0	0	11436	0	12.628,35
N095	SAN EMILIO	4287,71	11140	6694	11691	0	33.812,71
N096	SAN PEDRO	880,13	0	0	17016	0	17.896,13
N097	SAN SEBASTIAN	17224,73	40559	0	31245	0	89.028,73
N098	SANSINENA	6.285,51	14.270,00	8.934,00	19.505,00	0	48.994,51
N099	SANTA ELEODORA	9283,18	28027	0	26283	0	63.593,18
N100	SANTA REGINA	9624,08	18710	6293	20743	0	55.370,08
	TOTAL	4.817.901,43	3.085.255,00	293.917,00	5.615.960,00	234.498,56	14.047.531,99

	PERCEPCION FONDO COMPENSADOR - MES 6- 2015 (Pago Total)	C ABASTECIMIENTO	COMPENSACION: C.DISTRIBUCION	M.REDUCIDO	RESOLUCION 206/13 + RESOLUCION 039/2014	AJUSTES	TOTAL
N101	SOLIS Y AZCUENAGA	11846,14	35214	10606	41727	0	99.393,14
N102	SUIPACHA Y ALMEYRA	18626,51	53335	0	45779	0	117.740,51
N103	TIMOTE	5600,69	15281	9877	19384	0	50.142,69
N104	TODD	18928,14	21535	0	23446	0	63.909,14
N105	TRENQUE LAUQUEN	745,88	0	0	19579	0	20.324,88
N106	TRES ALGARROBOS	44917,11	12216	0	47258	0	104.391,11
N107	URDAMPILLETA	25174,71	0	0	18002	0	43.176,71
N108	URQUIZA	23955,7	15029	0	35342	0	74.326,70
N109	VILLA LIA	0	18462	0	26501	0	44.963,00
N110	VILLA RUIZ	7555	11872	8248	16955	0	44.630,00
N111	VILLA SABOYA	14498,95	12720	10235	30766	0	68.219,95
N112	VILLA SAUZE	5486,17	9072	8264	20396	0	43.218,17
N113	VIÑA	10.698,64	14.675,00	5.913,00	19.322,00	0	50.608,64
N115	ZAVALIA	10396,25	27075	10363	28398	0	76.232,25
N118	ANTONIO CARBONI	133871,19	165029	0	205444	0	504.344,19
N119	FORTIN OLAVARRIA	16779,47	24299	0	25731	0	66.809,47
N120	ESCOBAR NORTE	109115,62	63320	0	189989	34729,27	397.153,89
S001	17 DE AGOSTO	4882,74	26724	12709	22907	0	67.222,74
S002	ADOLFO ALSINA	13905,13	118146	0	72714	0	204.765,13
S003	ALGARROBO	10.888,04	25.044,00	0,00	21.626,00	0	57.558,04
S004	AZOPARDO	3.522,01	23.647,00	15.570,00	23.089,00	0	65.828,01
S005	BAHIA SAN BLAS	13.748,66	35.548,00	0,00	30.961,00	0	80.257,66
S006	BORDENAVE	5650,63	25235	0	18999	15000	64.884,63
S007	CABILDO	50711,6	38983	0	77085	0	166.779,60
S008	COLONIA LA MERCED	6926,69	39723	16325	34351	0	97.325,69
S009	CORONEL DORREGO	424,1	7661	0	59480	0	67.565,10
S010	CORONEL PRINGLES	7180,12	0	0	23797	0	30.977,12
S011	CHASICO	7203,71	35381	11636	28002	0	82.222,71
S012	DARREGUEIRA	52408,1	12856	0	41093	0	106.357,10
S013	DUFAUR	5019,65	29626	14981	26042	0	75.668,65
S014	ESPARTILLAR	13947,34	22468	0	25064	0	61.479,34
S015	FELIPE SOLA	6133,72	18832	9266	48898	0	83.129,72
S016	GOYENA	474,94	32677	0	36214	20000	89.365,94
S017	GENERAL LAMADRID	7.519,97	4840	6570	13611	0	32.540,97
S018	HILARIO ASCASUBI	18912,83	20269	0	16718	0	55.899,83
S019	HUANGUELEN	50915,81	8367	0	43533	0	102.815,81
S020	INDIO RICO	7005,89	12487	4991	11698	0	36.181,89
S021	J GUISASOLA	11.621,47	11.275,00	4.595,00	16.771,00	0	44.262,47
S022	JUAN PRADERE	6.704,85	3.039,00	7.152,00	5.823,00	0	22.718,85
S023	LA COLINA	12697,94	31109	0	27436	0	71.242,94
S024	LAS MARTINETAS	4325,95	5655	7749	13651	0	31.380,95
S025	MAYOR BURATOVICH	45386,18	39869	0	60152	0	145.407,18
S026	COLONIA LOS ALFALFARES	12053,29	53611	0	38781	0	104.445,29
S027	MONTE HERMOSO	6608,12	0	0	33786	144034,94	184.429,06
S028	ORIENTE	14263,55	24832	0	26048	0	65.143,55
S029	PEDRO LURO	1677,95	16000	0	26811	0	44.488,95
S030	PIGUE	1948,12	0	0	125415	0	127.363,12
S031	PUAN	72544,68	12377	0	31826	0	116.747,68
S032	PUNTA ALTA	0	0	0	2635	0	2.635,00
S033	RIVERA	44683,47	18966	0	26526	0	90.175,47
S034	SALDUNGARAY	19371,66	49779	0	38193	0	107.343,66
S035	SAN GERMAN	2131,1	5800	8779	8923	0	25.633,10
S036	SAN JORGE	20,1	3537	7529	8581	0	19.667,10
S037	SAN JOSE	28414,26	20675	0	22085	0	71.174,26
S038	SAN MIGUEL ARCANGEL	66638,33	18022	0	12804	0	97.464,33
S039	SIERRA DE LA VENTANA	42631,81	0	0	43182	0	85.813,81
S040	STROEDER	3673,01	23372	29928	30291	0	87.264,01
S041	TORNQUIST	80143,59	63465	0	93717	0	237.325,59
S042	VILLA IRIS	14742,58	17105	0	26593	0	58.440,58
S043	VILLA MAZA	35141,43	23587	0	42803	0	101.531,43
	TOTAL	6.090.902,72	4.564.978,00	515.203,00	7.868.694,00	448.262,77	19.488.040,49

C.C. 8.754

Provincia de Buenos Aires
MINISTERIO DE INFRAESTRUCTURA
ORGANISMO DE CONTROL DE ENERGÍA ELÉCTRICA
Resolución Nº 244/15

La Plata, 26 de agosto de 2015.

VISTO el Marco Regulatorio de la Actividad Eléctrica de la Provincia de Buenos Aires, conformado por la Ley 11769 (T.O. Decreto Nº 1.868/04), su Decreto Reglamentario Nº 2479/04, lo dispuesto por los Decretos Nacionales Nº 1795/92 y Nº 1853/11, los Decretos provinciales Nº 2479/04 y Nº 1745/11, la Resolución del Ministerio de Infraestructura de la Provincia Nº 243/12, los Contratos de Concesión suscriptos, lo actuado en el expediente Nº 2429-5765/2015, y

CONSIDERANDO:

Que mediante Nota Nº 8752/11 la Secretaría de Energía estableció que todo aumento de tarifa a los usuarios finales de los Agentes Distribuidores, respecto de los valores correspondientes al mes de noviembre de 2011, fuera considerado parte integrante del costo mayorista de compra del Distribuidor, disponiendo consecuentemente, que CAMMESA requiera a los Prestadores del Servicio Público de Distribución de Energía Eléctrica que informen sobre los aumentos de tarifas autorizados y los montos de mayores ingresos obtenidos en función de dichos aumentos, de manera tal de proceder a descontarle del subsidio exactamente el mismo porcentaje de aumento tarifario;

Que a través de la Resolución del Ministerio de Infraestructura Nº 243/12, se aprobaron los cuadros tarifarios a aplicar, a partir del 1° de julio de 2012, por las Empresas EDEA S.A., EDEN S.A. y EDES S.A. y las concesionarias municipales;

Que por medio de la Resolución indicada en el considerando precedente, la Autoridad de Aplicación instruyó a OCEBA para que determine la metodología aplicable para la inclusión por los Distribuidores Provinciales y Municipales del concepto “Reajuste de Subsidio del Estado Nacional sobre el costo mayorista de compra del Distribuidor”;

Que en consonancia con el procedimiento informado por la Secretaría de Energía y en virtud del ajuste tarifario aprobado por el Ministerio de Infraestructura, los Distribuidores agentes del MEM recibieron de CAMMESA un cargo denominado “Reajuste de Subsidio del Estado Nacional sobre el costo mayorista de compra del Distribuidor” similar al incremento de recaudación producido por la aplicación del nuevo cuadro tarifario;

Que, por su parte, los Distribuidores no agentes del MEM recibieron el referido cargo, en la factura habitual por suministro de parte de los Distribuidores que los abastecen;

Que, en este caso, el recupero del reajuste se efectúa sobre la base de la energía facturada por los Distribuidores y los cargos contenidos en la información (Tablas) definidas para las ÁREAS ATLÁNTICA/NORTE/SUR de conformidad a la metodología aprobada por Resolución OCEBA Nº 283/12;

Que, sobre la base de todo lo expuesto, resulta necesaria la aplicación del procedimiento establecido en la Resolución OCEBA Nº 283/12 que permite a los Distribuidores Agentes y, a través de éstos, a los no Agentes recuperar, mensualmente, con cargo a los usuarios, el concepto liquidado por CAMMESA;

Que, el procedimiento previsto en el Anexo I de la Resolución OCEBA Nº 283/12 contiene la metodología para el traslado del “Reajuste de Subsidio del Estado Nacional sobre el costo mayorista de compra del Distribuidor”, y se encuentra alineado con las pautas tarifarias emanadas del Gobierno Nacional y no colisiona con los principios tarifarios contemplados por el Marco Regulatorio de la Actividad Eléctrica Provincial;

Que dado que por aplicación del Anexo I de la Resolución OCEBA Nº 283/12 surgen diferencias entre la facturación del distribuidor y lo que este debe cancelar a CAMMESA o en su caso al abastecedor, deben integrarse o compensarse, según el caso, a través del Fondo Provincial de Compensaciones Tarifarias, de acuerdo a la metodología descripta;

Que corresponde proceder a la distribución de los montos depositados, por el facturado emitido en el mes de junio de 2015, a través del Fondo Provincial de Compensaciones Tarifarias de acuerdo al detalle, consignado en el Anexo, que integra la presente Resolución;

Que la presente se dicta en ejercicio de las facultades conferidas por el artículo 62 inciso k) de la Ley 11.769 y su Decreto Reglamentario Nº 2479/04;

Por ello,

EL DIRECTORIO DEL ORGANISMO DE CONTROL DE ENERGÍA ELÉCTRICA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, RESUELVE:

ARTÍCULO 1º. Aprobar el pago de compensaciones, de acuerdo a lo previsto en el Anexo I de la Resolución OCEBA Nº 283/12, a los Distribuidores que en el mes de junio de 2015 abonaron en concepto de “Reajuste de subsidio del Estado Nacional sobre el costo mayorista de compra del Distribuidor” liquidado por CAMMESA, un monto superior al facturado a sus usuarios finales en concepto de Incremento de Costo Mayorista (ICM).

ARTÍCULO 2º. Aprobar la nómina de distribuidores y los importes que deberán percibir en concepto de compensación, sobre la base de DDJJ de los propios distribuidores, documento de transacciones económicas mensuales de CAMMESA y cálculos propios de OCEBA, de acuerdo al detalle que se agrega como Anexo de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3º. Registrar. Publicar. Dar al Boletín Oficial y al SINBA. Girar a la Gerencia de Administración y Personal para efectivizar el pago. Cumplido, archivar.

Acta Nº 861.

Jorge Alberto Arce, Presidente; **María de la Paz Dessy**, Vicepresidente; **Roberto Mario Mouilleron**, Director; **Marcela Noemí Manfredini**, Director.

ANEXO

PAGOS JUNIO 2015
PERCEPCION INCREMENTO COSTO MAYORISTA

A021	LAS FLORES	4.182
A029	OLAVARRIA	30.651
A035	RANCHOS	24.636
A036	SAN BERNARDO	82.106
A043	VILLA GESELL	252.320
N017	COLON	27.822
N062	LUJANENSE	165.574
N066	MARIANO MORENO	81.682
N068	MONTE	162.190
N078	PERGAMINO	113.126
N085	RAMALLO	16.174
N089	ROJAS	149.841
N091	SALADILLO	38.748
S010	CNEL PRINGLES	3.627
S027	MONTE HERMOSO	2.590
		1.155.269
		C.C. 10.481

Provincia de Buenos Aires
MINISTERIO DE INFRAESTRUCTURA
ORGANISMO DE CONTROL DE ENERGÍA ELÉCTRICA
Resolución N° 245/15

La Plata, 9 de septiembre de 2015.

VISTO el Marco Regulatorio de la Actividad Eléctrica de la Provincia de Buenos Aires, conformado por la Ley 11.769 (T.O. Decreto N° 1.868/04), su Decreto Reglamentario N° 2.479/04, el Contrato de Concesión suscripto, la Resolución Ministerial N° 061/09 y la Resolución OCEBA N° 0085/09, lo actuado en el expediente N° 2429-3317/2001, alcance N° 23/2014, y

CONSIDERANDO:

Que por las actuaciones indicadas en el Visto, este Organismo de Control ha solicitado a la COOPERATIVA DE ELECTRICIDAD, OBRAS, CRÉDITO, VIVIENDA Y SERVICIOS PÚBLICOS DE LAS FLORES LIMITADA, toda la información correspondiente al vigésimo cuarto período de control, comprendido entre el 1° de junio de 2014 al 30 de noviembre de 2014 de la Etapa de Régimen, respecto de la eventual penalización que pudiera corresponder por apartamientos a los límites admisibles de Calidad de Producto y de Servicio Técnico;

Que la Distribuidora remitió las diferentes constancias con los resultados del semestre en cuestión (fs. 2/3, 5/6, 9/37 y 46/60);

Que sobre dichos informes y como consecuencia de la actividad de auditoría de verificación llevada a cabo por el auditor, obrante a fojas 61/67, el Área Control de Calidad Técnica de la Gerencia Control de Concesiones concluyó en su dictamen técnico expresando que: “…surgen las penalizaciones a aplicar por los apartamientos a los parámetros de calidad establecidos en el contrato de concesión correspondiente. A tal efecto, a continuación se detallan los montos totales de las penalizaciones a los que se ha arribado en esta instancia para el semestre analizado: 1) Total Calidad de Producto Técnico: $ 7,23; 2) Total Calidad de Servicio Técnico: $ 3.704,89, Total Penalización Apartamientos: $ 3.712,12…” (f. 69);

Que asimismo, habida cuenta la existencia de incumplimientos en el relevamiento y procesamiento de la información referida a perturbaciones, estima que correspondería la aplicación de sanciones;

Que, vale advertir que el monto arribado, derivado de lo verificado por la Auditoría, resultó coincidente con la suma de penalización alcanzada por la precitada Distribuidora;

Que conforme ya lo ha sostenido este Organismo de Control en casos análogos la situación descripta, respecto a los aludidos montos de penalización, es conteste entre lo informado por la Distribuidora y lo auditado por la Gerencia Control de Concesiones a través del Área Control de Calidad Técnica, desprendiéndose de ello una suerte de avenimiento, sin necesidad de debate en lo que hace a la cuantía;

Que por otra parte, el mismo sistema de procedimiento establecido en el Subanexo D, “Normas de Calidad del Servicio Público y Sanciones”, artículo 5.5 “Sanciones por apartamientos a los límites admisibles” apartados 5.5.1 “Calidad del Producto Técnico” y 5.5.2

"Calidad de Servicio Técnico", del Contrato de Concesión Municipal, para fijar el importe no desconoce el "Principio de la Legalidad de las Penas", porque la fórmula de cuantificación de la sanción estaría previamente considerada por la ley material y en definitiva su determinación no quedaría al arbitrio de ninguna autoridad, sino de una técnica cuya aplicación arroja la cifra final (conforme argumentos del texto "Las Penas Pecuniarias", autor Edgar Saavedra R. Editorial Temis, Bogotá, 1984);

Que la Autoridad de Aplicación, por Resolución Nº 061/09, dispuso implementar un Régimen de calidad diferencial que impone, entre otras medidas, la obligación de presentar planes de inversión orientados a mejorar la calidad de servicio técnico a cargo de los distribuidores de energía eléctrica;

Que por su parte, este Organismo mediante Resolución OCEBA Nº 0085/09, definió los criterios y alcances de los planes de inversión de los distribuidores de energía eléctrica bajo jurisdicción de la Provincia de Buenos Aires con concesión provincial y municipal;

Que, consecuentemente, se encuentra a cargo de OCEBA la aprobación, seguimiento, inspección y auditorías de las obras que se realicen en cumplimiento del Régimen de calidad vigente;

Que, con relación a lo informado por la Gerencia Control de Concesiones, respecto de la aplicación de sanciones por incumplimientos en el relevamiento y procesamiento de la información referida a perturbaciones (artículos 31 inciso u) del Contrato de Concesión suscripto, 42 de la Constitución Nacional, 38 de la Constitución Provincial y concordantes) se considera que, previo al inicio de un proceso sumarial, correspondería citar a la Distribuidora a una audiencia a los efectos de que se expida al respecto;

Que la presente se dicta en ejercicio de las facultades conferidas por el artículo 62 de la Ley 11.769 y su Decreto Reglamentario N° 2.479/04;

Por ello,

EL DIRECTORIO DEL ORGANISMO DE CONTROL DE ENERGÍA ELÉCTRICA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, RESUELVE:

ARTÍCULO 1°. Establecer en la suma de PESOS TRES MIL SETECIENTOS DOCE CON 12/100 ($ 3.712,12) la penalización correspondiente a la COOPERATIVA DE ELECTRICIDAD, OBRAS, CRÉDITO, VIVIENDA Y SERVICIOS PÚBLICOS DE LAS FLORES LIMITADA, por el apartamiento de los límites admisibles de Calidad de Producto y de Servicio Técnico, alcanzados en esta instancia, para el vigésimo cuarto período de control, comprendido entre el 1° de junio de 2014 al 30 de noviembre de 2014, de la Etapa de Régimen.

ARTÍCULO 2°. Ordenar que a través de la Gerencia de Procesos Regulatorios, se proceda a la anotación de la presente penalización en el Registro de Sanciones.

ARTÍCULO 3°. Instruir a la Gerencia de Control de Concesiones a los efectos de dar cumplimiento a las pautas establecidas en el Régimen de Calidad Diferencial organizadas a través de la Resolución Nº 061/09 del Ministerio de Infraestructura y Resolución OCEBA Nº 0085/09.

ARTÍCULO 4°. Ordenar a la Gerencia Procesos Regulatorios que cite a la COOPERATIVA DE ELECTRICIDAD, OBRAS, CRÉDITO, VIVIENDA Y SERVICIOS PÚBLICOS DE LAS FLORES LIMITADA, a una audiencia, a los efectos del tratamiento de los incumplimientos prima facie detectados por la Gerencia Control de Concesiones en el relevamiento y procesamiento de la información referida a perturbaciones.

ARTÍCULO 5°. Registrar. Publicar. Dar al Boletín Oficial y al SINBA. Notificar a la COOPERATIVA DE ELECTRICIDAD, OBRAS, CRÉDITO, VIVIENDA Y SERVICIOS PÚBLICOS DE LAS FLORES LIMITADA. Cumplido, archivar.

Acta N° 862.

Jorge Alberto Arce, Presidente; **Roberto Mario Mouilleron**, Director; **Marcela Noemí Manfredini**, Directora; **Alfredo Oscar Cordonnier**; Director.

C.C. 11.080

Provincia de Buenos Aires
MINISTERIO DE INFRAESTRUCTURA
ORGANISMO DE CONTROL DE ENERGÍA ELÉCTRICA
Resolución N° 246/15

La Plata, 9 de septiembre de 2015.

VISTO el Marco Regulatorio de la Actividad Eléctrica de la Provincia de Buenos Aires, conformado por la Ley 11.769, (T.O. Decreto N° 1.868/04), su Decreto Reglamentario N° 2.479/04, el Contrato de Concesión suscripto, la Resolución Ministerial N° 061/09 y la Resolución OCEBA N° 0085/09, lo actuado en el expediente N° 2429-3332/2001, alcance N° 25/2014, y

CONSIDERANDO:

Que por las actuaciones indicadas en el Visto, este Organismo de Control ha solicitado a la USINA POPULAR Y MUNICIPAL DE TANDIL SEM toda la información correspondiente al vigésimo cuarto período de control, comprendido entre el 1° de junio al 30 de noviembre de 2014, de la Etapa de Régimen, respecto de la eventual penalización que pudiera corresponder por apartamientos a los límites admisibles de Calidad de Producto y de Servicio Técnico;

Que la Distribuidora remitió las diferentes constancias con los resultados del semestre en cuestión (fs. 11/46);

Que sobre dichos informes y como consecuencia de la actividad de auditoría de verificación llevada a cabo por el auditor, obrante a fojas 1/5 y 7/10, el Área Control de Calidad Técnica, de la Gerencia de Control de Concesiones, concluyó su dictamen técnico expresando que: "…surgen las penalizaciones a aplicar por los apartamientos a los parámetros de calidad establecidos en el Contrato de Concesión correspondiente. A tal efecto, a continuación se detallan los montos totales de las penalizaciones a los que se ha arribado en esta instancia para el semestre analizado: 1) Total Calidad de Producto Técnico: $ 220,15; 2) Total Calidad de Servicio Técnico: $ 143.929,21; Total Penalización Apartamientos: $ 144.149,36 (fs. 47/54);

Que, vale advertir que el monto arribado, derivado de lo verificado por la Auditoría, resultó coincidente con la suma de penalización alcanzada por la precitada Distribuidora;

Que conforme ya lo ha sostenido este Organismo de Control en casos análogos la situación descripta, respecto a los aludidos montos de penalización, es conteste entre lo informado por la Distribuidora y lo auditado por la Gerencia Control de Concesiones a través del Área Control de Calidad Técnica, desprendiéndose de ello una suerte de avenimiento, sin necesidad de debate en lo que hace a la cuantía;

Que por otra parte, el mismo sistema de procedimiento establecido en el Subanexo D, "Normas de Calidad del Servicio Público y Sanciones", artículo 5.5 "Sanciones por apartamientos a los límites admisibles" apartados 5.5.1 "Calidad del Producto Técnico" y 5.5.2 "Calidad de Servicio Técnico", del Contrato de Concesión Municipal, para fijar el importe no desconoce el "Principio de la Legalidad de las Penas", porque la fórmula de cuantificación de la sanción estaría previamente considerada por la ley material y en definitiva su determinación no quedaría al arbitrio de ninguna autoridad, sino de una técnica cuya aplicación arroja la cifra final (conforme argumentos del texto "Las Penas Pecuniarias", autor Edgar Saavedra R. Editorial Temis, Bogotá, 1984);

Que la Autoridad de Aplicación, por Resolución Nº 061/09, dispuso implementar un Régimen de calidad diferencial que impone, entre otras medidas, la obligación de presentar planes de inversión orientados a mejorar la calidad de servicio técnico a cargo de los distribuidores de energía eléctrica;

Que por su parte, este Organismo mediante Resolución OCEBA Nº 0085/09, definió los criterios y alcances de los planes de inversión de los distribuidores de energía eléctrica bajo jurisdicción de la Provincia de Buenos Aires con concesión provincial y municipal;

Que, consecuentemente, se encuentra a cargo de OCEBA la aprobación, seguimiento, inspección y auditorías de las obras que se realicen en cumplimiento del Régimen de calidad vigente;

Que, con relación a lo solicitado por la Gerencia Control de Concesiones, respecto al inicio de un proceso sumarial a fin de evaluar el incumplimiento, prima facie detectado, tal lo establecido en el Subanexo D, del Contrato de Concesión Municipal, se considera correspondería citar, previo a ello, a la Distribuidora a una audiencia a los efectos de que se expida al respecto;

Que la presente se dicta en ejercicio de las facultades conferidas por el artículo 62 de la Ley 11.769 y su Decreto Reglamentario N° 2.479/04;

Por ello,

EL DIRECTORIO DEL ORGANISMO DE CONTROL DE ENERGÍA ELÉCTRICA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, RESUELVE:

ARTÍCULO 1°. Establecer en la suma de PESOS CIENTO CUARENTA Y CUATRO MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE CON 36/100 ($ 144.149,36) la penalización correspondiente a la USINA POPULAR Y MUNICIPAL DE TANDIL SEM, por el apartamiento de los límites admisibles de Calidad de Producto y de Servicio Técnico, alcanzados en esta instancia, para el vigésimo cuarto semestre de control, comprendido entre el 1° de junio y el 30 de noviembre de 2014 de la Etapa de Régimen.

ARTÍCULO 2°. Ordenar que a través de la Gerencia de Procesos Regulatorios, se proceda a la anotación de la presente penalización en el Registro de Sanciones.

ARTÍCULO 3°. Instruir a la Gerencia de Control de Concesiones a los efectos de dar cumplimiento a las pautas establecidas en el Régimen de Calidad Diferencial organizadas a través de la Resolución Nº 061/09 del Ministerio de Infraestructura y Resolución OCEBA Nº 0085/09.

ARTÍCULO 4°. Ordenar a la Gerencia Procesos Regulatorios que cite a la USINA POPULAR Y MUNICIPAL DE TANDIL SEM a una audiencia, a los efectos del tratamiento de los incumplimientos detectados, prima facie, por la Gerencia Control de Concesiones, de normas contempladas en el Subanexo D, del Contrato de Concesión Municipal.

ARTÍCULO 5°´. Registrar. Publicar. Dar al Boletín Oficial y al SINBA. Notificar a la USINA POPULAR Y MUNICIPAL DE TANDIL SEM . Cumplido, archivar.

Acta N° 862.

Jorge Alberto Arce, Presidente; **Roberto Mario Mouilleron**, Director; **Marcela Noemí Manfredini**, Directora; **Alfredo Oscar Cordonnier**; Director.

C.C. 11.081