

**Anexo IX**

**Declaración Jurada de Instituciones**

Disposición I.A.P.O.S. Nº: \_\_\_\_\_

El que suscribe: \_\_\_\_\_

Tipo y Nro. de Doc.: \_\_\_\_\_ en carácter de: \_\_\_\_\_

con facultades suficientes para este Acto y en nombre y representación de:

Denominación: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_ C.U.I.T.: \_\_\_\_\_

Habilitación Expedida por: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico Institucional: \_\_\_\_\_

En calidad de PRESTADOR, **MANIFIESTO** otorgándole a la presente el carácter de **Declaración Jurada**, que solicito que la Institución que represento sea incluida en el Registro de Prestadores del I.A.P.O.S., para brindar atención médica y/o sanatorial, a los beneficiarios de la mencionada Obra Social de los siguientes **Módulos** (marque lo que corresponde):

- 1) Módulo de evaluación, y diseño del programa terapéutico I \_\_\_\_\_
- 2) Módulo de evaluación, y diseño del programa terapéutico II \_\_\_\_\_
- 3) Gestión de Casos Clínicos. \_\_\_\_\_
- 4) Gestión de Casos Sociales/ocupacional \_\_\_\_\_
- 5) Gestión Integral de Casos \_\_\_\_\_
- 6) Módulo de Dirección Clínica. \_\_\_\_\_
- 7) Módulo Prevención de Recaídas. \_\_\_\_\_
- 8) Centro de Rehabilitación Psicosocial. \_\_\_\_\_
- 9) Talleres de creación de habilidades y/o inserción y comunicación. \_\_\_\_\_
- 10) Talleres Familiares. \_\_\_\_\_

- 11) Hospital de Día \_\_\_\_\_
- 12) Módulos Acompañante Terapéutico (no es autónomo) \_\_\_\_\_
- 13) Programas con Asistentes Domiciliarios (no es autónomo) \_\_\_\_\_
- 14) Casa de Medio Camino. \_\_\_\_\_
- 15) Hostales. \_\_\_\_\_
- 16) Internación en comunidad terapéutica. \_\_\_\_\_
- 17) Centro de Noche. Contención fines de semana. \_\_\_\_\_
- 18) Internación domiciliaria. \_\_\_\_\_
- 19) Internación psiquiátrica en Clínicas Polivalentes \_\_\_\_\_

Comprometiéndome, por la presente a:

1)- Prestar servicios médicos asistenciales, tanto ambulatorios y/o en internación, que demanden los afiliados del I.A.P.O.S., en un todo de acuerdo a la disposición citada y modificaciones que se pudieran introducir en el futuro. Asimismo, dentro de la prestación de servicios, me comprometo a prescribir medicamentos en un todo de acuerdo con el Formulario Terapéutico aprobado por la Obra Social y las prácticas y elementos médicos comprendidos en el "Servicio Complementario" de la Obra Social de acuerdo a los Protocolos aprobados por ésta, los que declaro conocer y acepto de conformidad por ser mi voluntad.

En el supuesto que la patología del paciente de I.A.P.O.S. pueda ser resuelta por una nueva tecnología sanitaria (medicamentos, aparatología diagnóstica, dispositivos terapéuticos, técnicas quirúrgicas y/o procedimientos) no incorporada en normativa vigente, me comprometo a solicitar autorización a la Obra Social para su utilización, sin trasladar previamente al afiliado la cuestión y/o solicitar su mediación. Asimismo, y para el caso que utilice y/o incorpore en mi clínica/sanatorio nuevas tecnologías y/o tratamientos para la resolución de patologías, propondrá la conveniencia de su incorporación a cobertura, con el aporte formal de toda la bibliografía que sustente el pedido, para ser evaluada y aprobada por la Obra Social, si a su criterio correspondiera.

2)- Aceptar expresamente que el pago de las prestaciones objeto del contrato será efectivizado conforme la modalidad de pago por prestaciones, siendo el mismo cancelatorio de las obligaciones contraídas por el I.A.P.O.S.. Asimismo acepto que dichos pagos se harán efectivos previa cumplimentación de los requisitos y/o exigencias administrativas y técnicas y de auditoría.

3)- No efectuar, respecto de los afiliados de I.A.P.O.S., discriminaciones, no cobrar, convenir ni exigir "plus", ni suma alguna por ningún concepto de las prácticas incluidas en la cobertura. También acepto que en el caso de que se constate en forma fehaciente el cobro de algún tipo de adicional al afiliado de la Obra Social, dicha diferencia se debite de las facturaciones pendiente de pago.

4) Cumplir las normas de trabajo y protocolos de diagnóstico y/o tratamiento aprobados por el I.A.P.O.S., que por haber tenido acceso a los mismos, a través de la notificación correspondiente y por estar disponibles en página web de la Obra Social: [www.santafe.gov.ar/iapos](http://www.santafe.gov.ar/iapos) - Tema: Protocolos de Autorización de Prestaciones.

5) En el caso que un profesional integrante de esta Institución Prestadora incurra en el incumplimiento de su presente Declaración Jurada, me comprometo a intervenir en el procedimiento sancionatorio y a la resolución de dicha situación. Manifiesto expresamente es de mi conocimiento que la comprobación de incumplimiento/s de parte de la Institución producirá la exclusión del Padrón de Prestadores de la Obra Social.

LA PRESENTE DECLARACION JURADA DEBERA PRESENTARSE CONJUNTAMENTE CON LAS  
DECLARACIONES JURADAS DE TODOS LOS MEDICOS y/o SERVICIOS QUE BRINDEN SERVICIOS  
MEDICOS EN LA INSTITUCION.

---

Firma

---

Sello

Lugar y fecha:.....

Firma y sello del representante legal de la Entidad responsable y del servicios adherente si correspondiera.

La presente firma deberá ser certificada por ante autoridad judicial o notarial.