

**CONVENIO I.A.P.O.S.- (\*)**

---

**DECLARACION JURADA PRESTADORES SANATORIALES O CLINICAS  
AMBULATORIAS**

El que suscribe, .....

(M.I. N° ..... ) en el carácter de....., con facultades suficientes para este Acto y en nombre y representación de:

Denominación.....

Domicilio:..... Localidad:..... C.P. ....

Teléfonos:.....

C.U.I.T. N°:.....

Habilitación Provincial N°.....

Resolucion del Ministerio de Salud de la Provincia N°:.....

Correro Electrónico Institucional:.....,

de la Provincia de Santa Fe y en mi 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, comprometiéndome, por la presente a: (\*\*)

**1)- Prestar servicios médicos asistenciales, tanto ambulatorios y/o en internación, a los afiliados del I.A.P.O.S., que demanden los mismos, en un todo de acuerdo al contrato suscripto** y las modificaciones que las partes, de común acuerdo, pudieren 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 la Obra Social, 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 al contrato, 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, propondré a la Obra Social la conveniencia de su incorporación al contrato, con el aporte formal de toda la bibliografía que sustente el pedido, para ser evaluada por la Obra Social y aprobada, si a su criterio correspondiera.

**2)- Aceptar expresamente que el pago de las prestaciones objeto del contrato será efectivizado por el I.A.P.O.S. a la entidad que me representa conforme la modalidad vigente a la fecha del pago**, siendo el mismo cancelatorio de las obligaciones contraídas por el I.A.P.O.S. a su respecto. En consecuencia presto mi consentimiento para que el pago de las facturaciones ( por servicios ambulatorios y/o en internación) se liquiden proporcionalmente y de acuerdo a los índices de consumo, coeficientes, porcentuales o forma de pago que oportunamente se establezcan, de conformidad a las características de los contratos "de riesgo". Asimismo acepto que dichos pagos se harán efectivos previa cumplimentación de los requisitos y/o exigencias administrativas, técnicas y de auditoría que establezcan las partes.

**3)- No efectuar discriminaciones respecto de los afiliados de I.A.P.O.S., ni cobrar y/o exigir a los afiliados ni celebrar con ellos convenios por adicionales o "plus" a los aranceles que abona el I.A.P.O.S., ni suma alguna por ningún concepto respecto de las prácticas incluidas en el contrato referido.** 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 fueran notificados a la Asociación que me representa y que acepto íntegramente, por haber tenido acceso a los mismos, a través de la Asociación y/o 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 Entidad 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 Entidad sanatorial producirá la exclusión de la misma 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.**

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.

(\*) Se deberá completar con el nombre de la entidad firmante del convenio con el IAPOS.

(\*\*) Para el supuesto, que la institución solicitante, revistiera el carácter de adherente, y su prestación se configurara dentro del ámbito institucional de otro sanatorio, éste en su carácter de titular, deberá firma en conjunto con el representante legal del sanatorio, el cual asumirá todas y cada una de las responsabilidades que se deriven del carácter de prestador, en forma solidaria.