



CONVENIO DE COLABORACION MUTUA ENTRE EL HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU – COREA SANTA ROSA II-2 Y LA CLÍNICA LA FLORIDA SAC, PARA EL TRABAJO COORDINADO DE LOS CENTROS DE HEMOTERAPIA Y BANCOS DE SANGRE

Conste por el presente documento el CONVENIO para el trabajo coordinado de los Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre, que celebran de una parte el **HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU COREA SANTA ROSA II – 2 del Ministerio de Salud**, con Registro Único de Contribuyente N° 20525832334, domicilio legal en la Av. Grau – Chulucanas s/n AA.HH. San Martín, del distrito de 26 de octubre, de la provincia de Piura departamento de Piura, debidamente representado por su Director/a Ejecutivo Med. **LUZ PILAR MARTINEZ UCEDA**, Identificado con DNI N° 02887999, quien actúa de acuerdo a las atribuciones que tiene conferidas mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 050/2023/GOBIERNO REGIONAL PIURA –GR, de fecha 05 de enero de 2023, a quien en adelante se le denominara “CENTRO DE HEMOTERAPIA/ BANCO DE SANGRE TIPO II” y de otra parte **CLÍNICA LA FLORIDA SAC**, del Sector Privado con Registro Único de Contribuyente N° 20603979622, domicilio legal Av. Richard Cushing N° 208-282, del distrito Piura, provincia de Piura y departamento de Piura, debidamente representada por su Gerente General el Med. **MIGUEL ALBERTO CHAVARRI VARGAS**, identificado con DNI N° 26730112, a quien en adelante se le denominará “CENTRO DE HEMOTERAPIA/ BANCO DE SANGRE TIPO I”, en los términos y condiciones que se especifican en las cláusulas siguientes:

CLAUSULA PRIMERA: BASE LEGAL

- Constitución Política del Estado
- Ley N° 26842- Ley General de Salud
- Ley N° 26454 - Ley que declara de orden público e interés nacional la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana y, en su artículo 2, establece que el Ministerio de Salud, es el organismo competente de aplicación de la referida Ley, a través de la creación de un Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre (PRONAHEBAS).
Decreto Supremo N° 004-2018-SA, que aprueban modificatoria del Reglamento de la Ley N° 26454.
- Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Resolución Directoral N° 0012-2021/GRP-DRSP-DEDSS.

CLAUSULA SEGUNDA: DE LAS PARTES

2.1 EL HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU – COREA SANTA ROSA II-2 del Ministerio de Salud, es una establecimiento de salud que cuenta con un CENTRO DE HEMOTERAPIA/ BANCO DE SANGRE TIPO II inscrito en el Registro de Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre del PRONAHEBAS con Registro N° 20-2001-260 con RUC N° 20525832334, realiza actividades de captación, selección (incluido el examen físico), obtención, extracción, fraccionamiento, tamizaje, conservación, y transferencia de unidades de sangre y hemocomponentes. Promueve y participa activamente en la promoción de la donación voluntaria de sangre. Provee unidades de sangre aptas para uso que llevan el Sello Nacional de Calidad del PRONAHEBAS a Centros de Hemoterapia y/o Bancos de Sangre tipo I en el marco de un convenio de partes.

2.2 LA CLINICA FLORIDA SAC - SECTOR PRIVADO, es un establecimiento de salud con código IPRESS N° 0026928, cuenta con un CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I, autorizado, en el Registro de Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre del PRONAHEBAS, a través de la Resolución Directoral N° 007-2023-DIGDOT/MINSA, de fecha 12 de enero de 2023, por un periodo de cuatro (4) años, para realizar actividades de recepción, almacenamiento y atención de sangre y hemocomponentes y la realización de las





CONVENIO DE COLABORACION MUTUA ENTRE EL HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU – COREA SANTA ROSA II-2 Y LA CLÍNICA LA FLORIDA SAC, PARA EL TRABAJO COORDINADO DE LOS CENTROS DE HEMOTERAPIA Y BANCOS DE SANGRE

pruebas de compatibilidad respectivas, provenientes de un Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo II en el marco de un convenio de partes. Participa activamente en la promoción de la donación voluntaria de sangre.

CLAUSULA TERCERA: OBJETO DEL CONVENIO

3.1 Por el presente convenio las **PARTES** acuerdan establecer los criterios básicos que regularán el desarrollo del trabajo coordinado y sostenido en el campo del abastecimiento de unidades de sangre y/o hemocomponentes de calidad de manera oportuna y en condiciones de seguridad.

CLAUSULA CUARTA: DE LOS COMPROMISOS Y OBLIGACIONES

4.1 Son compromisos del CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO II:

1. Abastecer oportunamente al CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I con unidades de sangre, y/o hemocomponentes según la demanda de este, sin quedarse desabastecido y manteniendo su reserva estratégica.
2. Cooperación en el mantenimiento actualizado del registro de donantes voluntarios existente.
3. Garantizar la atención la atención del donante, por evento ocurrido durante y después del proceso de donación voluntaria.

4.2 Son Compromisos del CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I:

1. Exigir el Sello Nacional de Calidad del PRONAHEBAS en todas las unidades sanguíneas y/o hemocomponentes recibidos.
2. Verificar las condiciones en las cuales son recepcionados las unidades de sangre y/o hemocomponentes, lo cual debe constar por escrito, con cargo para el Centro de Hemoterapia y Bancos de Sangre Tipo II
3. El CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE TIPO I se compromete a abastecer con un donante por cada unidad de sangre solicitada. El abastecimiento se hará efectivo con donantes voluntarios captados a través de campañas organizadas por el Centro de Hemoterapia y Banco de sangre tipo I y donantes voluntarios habituales que deben acudir de manera regular al Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo II.
4. El CENTRO DE HEMOTERAPIA TIPO I se compromete a brindar apoyo logístico (refrigerios, merchandising, material motivacional para la donación voluntaria, etc.) en las campañas realizadas por el Centro de Hemoterapia Tipo II.

CLAUSULA QUINTA: DEL FINANCIAMIENTO

5.1 Las PARTES acuerdan que aquellas obligaciones que le irrogan gastos, estarán sujetas a las siguientes condiciones:

1. El Centro de Hemoterapia/Banco de Sangre Tipo II únicamente podrá efectivizar los costos que impliquen la obtención, procesamiento y suministro de las unidades de sangre y/o hemocomponentes y el Centro de Hemoterapia/ Banco de Sangre Tipo I se



CONVENIO DE COLABORACION MUTUA ENTRE EL HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU – COREA SANTA ROSA II-2 Y LA CLÍNICA LA FLORIDA SAC, PARA EL TRABAJO COORDINADO DE LOS CENTROS DE HEMOTERAPIA Y BANCOS DE SANGRE

compromete a reembolsar dicho costo y abastecer de sangre a través de donantes que deben acudir de manera regular al Centro de Hemoterapia/ Banco de Sangre Tipo II, ó a través de campañas de donación de sangre.

2. Por cada paquete globular el Centro de Hemoterapia/Banco de Sangre TIPO I asumirá el pago de tamizaje + grupo sanguíneo + factor + hematocrito al Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 y así mismo hará la devolución respectiva con un donante por cada paquete globular.
3. Por cada hemocomponente (PFC, crio, plaquetas, plasma residual) se compromete a realizar el pago correspondiente de cada hemocomponente más la devolución respectiva de un donante por cada hemocomponente solicitado.
4. El donante deberá llevar su bolsa cuádruple.
5. El Centro de Hemoterapia/Banco de Sangre Tipo I, se compromete a realizar el pago por donante con anterioridad al proceso de donación, el cual deberá llevar la factura de dicho pago al Centro de Hemoterapia/Banco de Sangre Tipo II más la bolsa cuádruple junto con el formato de pre- selección del donante realizado por el Centro de Hemoterapia/Banco de Sangre Tipo I.

El Centro de Hemoterapia/Banco de Sangre Tipo I, se compromete a mantener un stock de unidades en el Centro de Hemoterapia/Banco de Sangre Tipo II, los cuales serán utilizados por ellos en caso de emergencia (05 unidades- 10 unidades).

El Centro de Hemoterapia/Banco de Sangre Tipo II, muestra en el **ANEXO 1**, los precios de los exámenes y procedimientos del donante, los cuales estarán sujetos a la variación de precios de los insumos y reactivos que ofrece el mercado.

CLAUSULA SEXTA: PAGO DE AFÉRESIS

- 6.1 Respecto al costo del “**Kit de Aféresis**”, que ofrece el hospital y se detalla en la Cláusula Cuarta del convenio, las partes convienen por medio de la presente que los costos de dicho kit, estarán sujetos al tarifario vigente del Servicio de Farmacia del Centro de Hemoterapia/Banco de Sangre Tipo II.
- 6.2 Además las partes acuerdan detallar las cuentas, a las que el Centro de Hemoterapia/Banco de Sangre Tipo I realizará los abonos del Aféresis, las cuales son detalladas a continuación:

- Cta. Cte. 00-631-108687 Fondo Rotatorio de Farmacia
- Cta. Cte. 0631-109012 Recursos Directamente Recaudados –RDR

CLAUSULA SEPTIMA: COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

- 7.1 Los compromisos que se desarrollen como producto del presente convenio, serán ejecutados de manera conjunta y coordinada por el Jefe de cada uno de los Bancos de Sangre involucrados y los Directores Institucionales.
- 7.2 Para la realización de transferencias de unidades de sangre la coordinación interinstitucional se realizará entre el Jefe de cada Banco de Sangre involucrado; quien debe visar la Constancia de Transferencia, que a su vez será firmada y sellada por el Director Institucional o el jefe de guardia en casos de emergencia, según el procedimiento y formato establecidos en el Sistema de Gestión de la Calidad vigente.



CONVENIO DE COLABORACION MUTUA ENTRE EL HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU – COREA SANTA ROSA II-2 Y LA CLÍNICA LA FLORIDA SAC, PARA EL TRABAJO COORDINADO DE LOS CENTROS DE HEMOTERAPIA Y BANCOS DE SANGRE

CLAUSULA OCTAVA: VIGENCIA DEL CONVENIO

8.1 El presente convenio tendrá una vigencia de dos (02) años a partir de la fecha de su suscripción. Podrá ser renovado por dos (02) años previo acuerdo de las partes. Para tal efecto, se cursará comunicación escrita treinta (30) días antes de su vencimiento. De aprobarse la prórroga se suscribirá una adenda, la cual formará parte integrante del presente convenio. Así mismo el Centro de Hemoterapia/Banco de Sangre Tipo II deberá comunicar en forma escrita a la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud sobre la prórroga del presente.

CLAUSULA NOVENA: MODIFICACIONES DEL CONVENIO

9.1 Con la misma formalidad establecida en la cláusula anterior, las partes podrán introducir, de mutuo acuerdo, modificaciones al presente Convenio como resultado de las evaluaciones periódicas que se realicen durante el tiempo de su vigencia; siempre y cuando, no se desnaturalice lo dispuesto en las normas legales vigentes.

CLAUSULA DECIMA: DE LA RESOLUCION DEL CONVENIO

10.1 El presente convenio podrá ser resuelto antes de su vencimiento previo acuerdo entre las partes, siendo responsabilidad del Centro de Hemoterapia/Banco de Sangre Tipo II comunicar en forma escrita a la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud la resolución del mismo.

10.2 El incumplimiento de alguno de los compromisos asumidos por el presente Convenio será causal de resolución del mismo. Para dicho efecto, quien invoque el respectivo incumplimiento deberá cursar un documento a la parte que incumplió otorgándole un plazo acordado mutuamente, el cual no deberá ser mayor a treinta (30) días, para cumplir con su obligación correspondiente. Vencido dicho plazo sin subsanarse el incumplimiento, la parte perjudicada quedará automáticamente autorizada para dar por terminado el presente contrato, sin perjuicio de ejercer sus derechos en la instancia correspondiente. Así mismo, la parte afectada deberá comunicar en forma escrita a la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud la resolución del presente contrato indicando el motivo de la causal para su conocimiento y la adopción de las sanciones correspondientes.

10.3 El termino del convenio, no afectara la culminación de las obligaciones/ compromisos pendientes a la fecha de su resolución.

CLAUSULA DECIMO PRIMERA: DE LA BUENA FE ENTRE LAS PARTES

11.1 Ambas partes declaran que en la elaboración del presente Convenio no ha habido dolo, error, coacción, ni ningún vicio que pueda ser invalidado.

CLAUSULA DECIMO SEGUNDA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

12.1 Las partes acuerdan que el presente Convenio se rige por las leyes peruanas y se celebra de acuerdo a las reglas de la buena fe y la común intención de las partes. En ese espíritu, las partes celebrantes trataran en lo posible de resolver cualquier desavenencia o diferencia de criterios que se pudiera presentar durante el desarrollo y/o ejecución del Convenio, mediante el trato directo y el común entendimiento. De no ser ello posible, la controversia se resolverá mediante el fuero común o Arbitraje de Derecho.





CONVENIO DE COLABORACION MUTUA ENTRE EL HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU – COREA SANTA ROSA II-2 Y LA CLÍNICA LA FLORIDA SAC, PARA EL TRABAJO COORDINADO DE LOS CENTROS DE HEMOTERAPIA Y BANCOS DE SANGRE

CLAUSULA DÉCIMO TERCERA: DE LA CESIÓN DE POSICIÓN CONTRACTUAL

- 13.1 Ambas partes están totalmente impedidas de realizar cesión de posición contractual alguna a terceros, para la ejecución del presente convenio.
13.2 El incumplimiento de lo antes establecido por cualquiera de las partes, faculta a la otra a resolver el presente Convenio, de manera inmediata, siendo suficiente para ello la remisión de una Carta Notarial al domicilio señalado en la parte introductoria del presente documento.

CLAUSULA DECIMO CUARTA: DISPOSICIONES FINALES

- 14.1 Cualquier comunicación que deba ser cursada entre las partes se entenderá válidamente realizada en los domicilios legales consignados en la parte introductoria del presente Convenio. Los cambios de domicilio deberán ser puestos en conocimiento de la otra parte con cuarenta y ocho (48) horas de anticipación.
14.2 Las comunicaciones se realizarán mediante documentos formales cursados entre los funcionarios designados como representantes a que se refiere la cláusula séptima.

Estando las partes firmantes de acuerdo con todas y cada una de las Clausulas del presente convenio, los suscriben en cuatro (04) ejemplares originales con igual valor, en la ciudad de Piura a los 30 días del mes de Enero de 2023.



GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU COREA SANTA ROSA II-2
Dra. Luz Pilar Martínez Uceda
DIRECTORA EJECUTIVA
CMP. 21117 RNE. 10182



Dr. Miguel A. Chávarri Vargas
Gerente General
Clínica La Florida S.A.C.



DIRECTOR/A EJECUTIVO
Hospital de la Amistad Perú Corea
Santa. Rosa II-2
CH y BS Tipo II

GERENTE GENERAL
CLINICA LA FLORIDA SAC
CH y BS Tipo I





CONVENIO DE COLABORACION MUTUA ENTRE EL HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU – COREA SANTA ROSA II-2 Y LA CLÍNICA LA FLORIDA SAC, PARA EL TRABAJO COORDINADO DE LOS CENTROS DE HEMOTERAPIA Y BANCOS DE SANGRE



ANEXO



TARIFARIO INSTITUCIONAL
HOSPITAL DE LA AMISTAD PERÚ COREA SANTA ROSA II-2

CONVENIOS PRIVADOS		
BANCO DE SANGRE		
86880	COOMBS DIRECTO, EN TUBO	35.00
86885	COOMBS INDIRECTO, EN TUBO	40.00
80095	EVALUACIÓN DE DONANTES	25.00
86901.01	GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH (VARIANTE DU)	15.00
86902	GRUPO SANGUINEO GLOBULAR Y SERICO EN DONANTES Y PACIENTES	30.00
86920	TAMIZAJE DE SANGRE MÉTODO QUIMIOLUMINISCENCIA, (7 marcadores)	424.00
21421	BOLSA COLECTORA DE SANGRE CUADRUPLE	60.00
86885a	COOMBS POLIESFERICO EN TARJETA DE GEL	40.00
86880b	COOMBS MONOESFERICO EN TARJETA DE GEL	40.00
36520	PLASMAFERESIS TERAPEUTICA (sin kit de aferesis)	419.50
KIAF	KIT AFERESIS *	937.5
85021.01	HEMOGRAMA PARA DONANTES	25.00
86989	PLASMA FRESCO CONGELADO (Preparación y conservación del plasma)(No incluye bolsa cuadruple de extracción)	70.00
86991	CRIOPRECIPITADO (Preparación y conservación de crioprecipitado)(No incluye bolsa cuadruple de extracción)	70.00
86989.02	PLASMA RESIDUAL(No incluye bolsa cuadruple de extracción)	70.00
85576	PLAQUETAS (Incluye bolsa cuadruple de extracción)	70.00
86070	PRUEBA CRUZADA MAYOR Y/O DE COMPATIBILIDAD EN TARJETA	70.00
36600	EXTRACCIÓN DE SANGRE, (No incluye bolsa)	36.00
86906.03	FENOTIPO RH KELL (Donantes pacientes)	100.00
86999.02	RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES	102.00
PAQUETE PARA TRANSFUSIÓN (Costo por paquete globular)		
86920	TAMIZAJE DE SANGRE MÉTODO QUIMIOLUMINISCENCIA (7 marcadores)	424.00
86999.02	RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES	102.00
86906.03	FENOTIPO RH KELL (Donantes pacientes)	100.00
86902	GRUPO SANGUINEO GLOBULAR Y SERICO	30.00
PAQUETE DONANTE - VALIDO PARA TODOS LOS HEMOCOMPONENTES (Costo unitario)		
80095	EVALUACIÓN DE DONANTES	25.00
86901.01	GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH (VARIANTE DU), en placa	15.00
86902	GRUPO SANGUINEO GLOBULAR Y SERICO EN DONANTES Y PACIENTES	30.00
36600	EXTRACCIÓN DE SANGRE, (No incluye bolsa)	36.00
85027	HEMOGRAMA PARA DONANTES	25.00
PAQUETE DE AFÉRESIS DE PLAQUETAS		
86920	TAMIZAJE DE SANGRE MÉTODO QUIMIOLUMINISCENCIA(7 marcadores)	424.00
KIAF	KIT AFERESIS *	937.50
86920.05	PLASMAFERESIS TERAPEUTICA (sin kit de aferesis)	419.50
PAQUETE DE PLAQUETAS POR BUFFY-COAT (Costo unitario)		
86920	TAMIZAJE DE SANGRE MÉTODO QUIMIOLUMINISCENCIA(7 marcadores)	424.00
86902	GRUPO SANGUINEO GLOBULAR Y SERICO EN DONANTES Y PACIENTES	30.00
85590	PROCESAMIENTO DE PLAQUETAS	70.00
PAQUETE DE PLASMA FRESCO CONGELADO (Costo unitario)		
86920	TAMIZAJE DE SANGRE MÉTODO QUIMIOLUMINISCENCIA (7 marcadores)	424.00
86902	GRUPO SANGUINEO GLOBULAR Y SERICO EN DONANTES Y PACIENTES	30.00
85590	PROCESAMIENTO DE PLAQUETAS	70.00
PAQUETE CRIOPRECIPITADO (Costo unitario)		
86920	TAMIZAJE DE SANGRE MÉTODO QUIMIOLUMINISCENCIA(7 marcadores)	424.00
86902	GRUPO SANGUINEO GLOBULAR Y SERICO EN DONANTES Y PACIENTES	30.00
86991	PROCESAMIENTO DE CRIOPRECIPITADO	70.00

