

**ACTA DE EVALUACIÓN N° 3827-76-L124**

Servicio de Evaluación diagnóstica de niños y niñas con sospecha de TEA, que incluye anamnesis, examen físico, diagnóstico y plan de intervención AMSE dependiendo de los requerimientos y características de las niñas y niños evaluados. Según E. T.

Proveedor	Especificaciones del Proveedor	Monto	Oferta Económica 40%	Propuesta Técnica 30%	Comportamiento Base 20%	Present. De Anteced. 10%	Oferta Económica 40%	Propuesta Técnica 30%	Comportamiento Base 20%	Present. De Anteced. 10%	Total %
HealthLink Consultores	120 atenciones Neurológicas.	6480000	100,0	100,0	0,0	100,0	40,0	30,0	0,0	10,0	80,0


**Propuesta Técnica**

CRITERIO	HealthLink Consultores	PORCENTAJE %
CUPOS DIARIOS DE ATENCIÓN 50%	Más de 18 cupos = 100 Puntos (proveedor oferta 19 cupos diarios)	50
DISPONIBILIDAD DE AGENDA 50%	6 días a la semana = 100 Puntos (proveedor oferta 7 días a la semana)	50
<b>TOTAL:</b>		<b>100</b>

Se sugiere adjudicar la compra al proveedor **HEALTHLINK CONSULTORES SPA**, RUT 77.859.739-K, por un monto total de \$6.480.000.- Exento de IVA, correspondiente a 120 Evaluación Diagnóstica de niños y niñas con sospecha de TEA, a un valor unitario de \$54.000.-/Por ser el proveedor que cumple con lo requerido en las bases administrativas, se ajusta al presupuesto y obtiene el mayor puntaje.

El Director que suscribe se hace responsable de la adjudicación de la presente licitación.


  
**PILAR TORRES RIQUELME**  
 Encargada Unidad de Adquisiciones

  
**ALEX GARCIA LEIVA**  
 Director de Salud


  
**DIRECTOR DE SALUD**  
 \* Ilustre Municipalidad de Padre Hurtado





**DIRECCIÓN DE SALUD**  
Unidad de Adquisiciones

**DECLARACIÓN DE AUSENCIA DE CONFLICTOS DE INTERESES Y DE CONFIDENCIALIDAD  
DE LA COMISIÓN EVALUADORA LICITACIÓN ID 3827-76-L124**

Yo, ALEX GARCÍA LEIVA, cedula nacional de identidad N° 16.159.456-3, con domicilio en CAMINO SAN ALBERTO HURTADO 3295, DECLARO bajo juramento que:

- Ni yo, ni mi conviviente civil, ni mis parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive, ni aquel o aquella con quienes tengo hijos en común, tengo o tienen interés, en los términos indicados por el inciso tercero del artículo 44 de la ley N° 18.046, sobre sociedades anónimas.
- Ni yo, ni mi conviviente civil, ni mis parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive, ni aquel o aquella con quienes tenga hijos en común, tengo o tienen interés personal en la resolución del proceso de compra en cuya evaluación participo.
- Ni yo, ni mi conviviente civil, ni mis parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive, ni aquel o aquella con quienes tenga hijos en común, soy o son administradores de alguna o algunas de las sociedades o entidades oferentes en el proceso de compra en cuya evaluación participo.
- Ni yo, ni mi conviviente civil, ni mis parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive, ni aquel o aquella con quienes tenga hijos en común, tengo o tienen cuestión litigiosa pendiente con algún oferente en el proceso de compra en cuya evaluación participo.
- Ni yo, ni mi conviviente civil, ni mis parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive, ni aquel o aquella con quienes tenga hijos en común, tengo o tienen parentesco de consanguinidad dentro del cuarto grado o de afinidad dentro del segundo, con cualquiera de los oferentes en el proceso de compra en cuya evaluación participo, ni con los administradores de las entidades o sociedades oferentes en dicho proceso, ni con sus asesores, representantes legales o mandatarios, ni estoy o están asociados o comparto o comparten despacho profesional con dichos asesores, representantes legales o mandatarios para el asesoramiento, la representación o el mandato. Ni yo, ni mi conviviente civil, ni mis parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive, ni aquel o aquella con quienes tenga hijos en común, tengo o tienen amistad íntima o enemistad manifiesta con alguno de los oferentes en el proceso de compra en cuya evaluación participo, ni con los administradores de las entidades o sociedades oferentes en dicho proceso, ni con sus asesores, representantes legales o mandatarios.
- Ni yo, ni mi conviviente civil, ni mis parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive, ni aquel o aquella con quienes tenga hijos en común, he o han tenido intervención como perito o como testigo en el proceso de compra en cuya evaluación participo.
- Ni yo, ni mi conviviente civil, ni mis parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive, ni aquel o aquella con quienes tenga hijos en común, tengo o tienen relación de servicio con persona natural o jurídica oferente en el proceso de compra en cuya evaluación participo o interesada directamente en el resultado de dicho proceso, ni he o han prestado en los dos últimos años servicios profesionales de cualquier tipo y en cualquier circunstancia o lugar a dichos oferentes o interesados.
- No me he desempeñado en los últimos veinticuatro meses como director, administrador, gerente, trabajador dependiente o asesor, consejero o mandatario, ejecutivo principal o miembro de algún comité, en sociedades o entidades oferentes en el proceso de compra en cuya evaluación participo. Se entenderán también comprendidas dentro de esta causal aquellas entidades que formen parte de un





**DIRECCIÓN DE SALUD**  
Unidad de Adquisiciones

mismo grupo empresarial, como matrices, filiales o coligadas, en los términos definidos en el artículo 96 de la ley N° 18.045.

- No he emitido opinión, por cualquier medio, sobre el proceso de compra en cuya evaluación participo y cuya resolución se encuentre pendiente.
- No he participado en decisiones en que exista cualquier circunstancia que me reste imparcialidad respecto del proceso de compra en cuya evaluación participo.

Asimismo, DECLARO que de surgir algún antecedente que constituya alguna de las causales de implicancia arriba indicadas, me abstendré de continuar interviniendo en el proceso de compra en cuya evaluación participo, debiendo poner en conocimiento de mi superior jerárquico la causal o causales específicas que me afectan.

Por último, DECLARO que me comprometo a guardar confidencialidad en cuanto al contenido de las ofertas del proceso de compra en cuya evaluación participo, así como de todos los antecedentes relacionados con dicho proceso y, especialmente, a actuar con absoluta reserva respecto de todas las deliberaciones que se lleven a cabo durante el proceso de evaluación.

**NOTA:**

- Todos los datos solicitados deben ser completados por el funcionario. De faltar alguno de estos, la declaración será rechazada y el respectivo funcionario no podrá participar en la Comisión Evaluadora.
- Si la información contenida en la presente declaración es falsa, ha sido enmendada o tergiversada, el funcionario será excluido de la Comisión Evaluadora y podrá quedar afecto a sanciones administrativas o penales según corresponda. Debe tenerse presente que faltar a la verdad respecto de lo informado en una declaración jurada puede traducirse en la comisión del delito de perjurio, en virtud del artículo 210 del Código Penal, que dispone que "el que ante la autoridad o sus agentes perjurare o diere falso testimonio en materia que no sea contenciosa, sufrirá las penas de presidio menor en sus grados mínimo a medio y multa de seis a diez unidades tributarias mensuales."

Padre Hurtado, 04 de Noviembre de 2024



DIRECTOR  
DE  
SALUD

ALEX GARCIA LEIVA  
DIRECTOR SALUD



**DIRECCIÓN DE SALUD**  
Unidad de Adquisiciones

**DECLARACIÓN DE AUSENCIA DE CONFLICTOS DE INTERESES Y DE CONFIDENCIALIDAD  
DE LA COMISIÓN EVALUADORA LICITACIÓN ID 3827-76-L124**

Yo, PILAR TORRES RIQUELME, cedula nacional de identidad N°13.488.506-8, con domicilio en CAMINO SAN ALBERTO HURTADO N°3295, DECLARO bajo juramento que:

- Ni yo, ni mi conviviente civil, ni mis parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive, ni aquel o aquella con quienes tengo hijos en común, tengo o tienen interés, en los términos indicados por el inciso tercero del artículo 44 de la ley N° 18.046, sobre sociedades anónimas.
- Ni yo, ni mi conviviente civil, ni mis parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive, ni aquel o aquella con quienes tenga hijos en común, tengo o tienen interés personal en la resolución del proceso de compra en cuya evaluación participo.
- Ni yo, ni mi conviviente civil, ni mis parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive, ni aquel o aquella con quienes tenga hijos en común, soy o son administradores de alguna o algunas de las sociedades o entidades oferentes en el proceso de compra en cuya evaluación participo.
- Ni yo, ni mi conviviente civil, ni mis parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive, ni aquel o aquella con quienes tenga hijos en común, tengo o tienen cuestión litigiosa pendiente con algún oferente en el proceso de compra en cuya evaluación participo.
- Ni yo, ni mi conviviente civil, ni mis parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive, ni aquel o aquella con quienes tenga hijos en común, tengo o tienen parentesco de consanguinidad dentro del cuarto grado o de afinidad dentro del segundo, con cualquiera de los oferentes en el proceso de compra en cuya evaluación participo, ni con los administradores de las entidades o sociedades oferentes en dicho proceso, ni con sus asesores, representantes legales o mandatarios, ni estoy o están asociados o comparto o comparten despacho profesional con dichos asesores, representantes legales o mandatarios para el asesoramiento, la representación o el mandato. Ni yo, ni mi conviviente civil, ni mis parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive, ni aquel o aquella con quienes tenga hijos en común, tengo o tienen amistad íntima o enemistad manifiesta con alguno de los oferentes en el proceso de compra en cuya evaluación participo, ni con los administradores de las entidades o sociedades oferentes en dicho proceso, ni con sus asesores, representantes legales o mandatarios.
- Ni yo, ni mi conviviente civil, ni mis parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive, ni aquel o aquella con quienes tenga hijos en común, he o han tenido intervención como perito o como testigo en el proceso de compra en cuya evaluación participo.
- Ni yo, ni mi conviviente civil, ni mis parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive, ni aquel o aquella con quienes tenga hijos en común, tengo o tienen relación de servicio con persona natural o jurídica oferente en el proceso de compra en cuya evaluación participo o interesada directamente en el resultado de dicho proceso, ni he o han prestado en los dos últimos años servicios profesionales de cualquier tipo y en cualquier circunstancia o lugar a dichos oferentes o interesados.
- No me he desempeñado en los últimos veinticuatro meses como director, administrador, gerente, trabajador dependiente o asesor, consejero o mandatario, ejecutivo principal o miembro de algún comité, en sociedades o entidades oferentes en el proceso de compra en cuya evaluación participo. Se entenderán también comprendidas dentro de esta causal aquellas entidades que formen parte de un





**DIRECCIÓN DE SALUD**  
Unidad de Adquisiciones

mismo grupo empresarial, como matrices, filiales o coligadas, en los términos definidos en el artículo 96 de la ley N° 18.045.

- No he emitido opinión, por cualquier medio, sobre el proceso de compra en cuya evaluación participo y cuya resolución se encuentre pendiente.
- No he participado en decisiones en que exista cualquier circunstancia que me reste imparcialidad respecto del proceso de compra en cuya evaluación participo.

Asimismo, DECLARO que de surgir algún antecedente que constituya alguna de las causales de implicancia arriba indicadas, me abstendré de continuar interviniendo en el proceso de compra en cuya evaluación participo, debiendo poner en conocimiento de mi superior jerárquico la causal o causales específicas que me afectan.


Por último, DECLARO que me comprometo a guardar confidencialidad en cuanto al contenido de las ofertas del proceso de compra en cuya evaluación participo, así como de todos los antecedentes relacionados con dicho proceso y, especialmente, a actuar con absoluta reserva respecto de todas las deliberaciones que se lleven a cabo durante el proceso de evaluación.

**NOTA:**

- Todos los datos solicitados deben ser completados por el funcionario. De faltar alguno de estos, la declaración será rechazada y el respectivo funcionario no podrá participar en la Comisión Evaluadora.
- Si la información contenida en la presente declaración es falsa, ha sido enmendada o tergiversada, el funcionario será excluido de la Comisión Evaluadora y podrá quedar afecto a sanciones administrativas o penales según corresponda. Debe tenerse presente que faltar a la verdad respecto de lo informado en una declaración jurada puede traducirse en la comisión del delito de perjurio, en virtud del artículo 210 del Código Penal, que dispone que "el que ante la autoridad o sus agentes perjurare o diere falso testimonio en materia que no sea contenciosa, sufrirá las penas de presidio menor en sus grados mínimo a medio y multa de seis a diez unidades tributarias mensuales."

Padre Hurtado, 04 de Noviembre de 2024



  
**PILAR TORRES RIQUELME**  
ENCARGADA UNIDAD DE ADQUISICIONES  
RUT 13.488.506-8

**Licitación ID:** 3827-76-L124

*Evaluación Diagnóstica TEA s.c. 3569*



**Responsable de esta licitación:** I MUNICIPALIDAD DE PADRE HURTADO, Dirección De Salud

[Descarga bases](#)

**Fecha de Cierre:** 28-10-2024 15:00:00



**Reclamos recibidos por incumplir plazo de pago:** 51

Este número indica los reclamos recibidos por esta institución desde los últimos **12 meses hasta el día de ayer**. Recuerde interpretar esta información considerando la cantidad de licitaciones y órdenes de compra que esta institución genera en el Mercado Público.



Publicada

**Faltan 5 días para que cierre esta licitación.**



**Dejar un reclamo sobre esta licitación**

**Ver adjuntos**

**Preguntas licitación**

**Historial licitación**

**Apertura**

**Cuadro de ofertas**

**Aclaración ofertas**

**Acta**

**Orden de compra**

**Registro**

**Productos o servicios**

1	<p><b>Servicios de especialista del sistema nervioso</b></p> <p>Cod: 85121614</p> <p style="text-align: right;">1 Unidad</p> <hr/> <p>Servicio de Evaluación diagnóstica de niños y niñas con sospecha de TEA, que incluye anamnesis, examen físico, diagnóstico y plan de intervención AMSE dependiendo de los requerimientos y características de las niñas y niños evaluados. Según E. T.</p>
---	--

**Etapas y plazos**

<b>Fecha de cierre de recepción de la oferta: 28-10-2024 15:00:00</b>
Fecha de Publicación: 22-10-2024 17:30:54
Fecha inicio de preguntas: 22-10-2024 17:30:54
Fecha final de preguntas: 23-10-2024 14:46:00

23/10/24, 13:49

Ficha Licitación

Fecha de publicación de respuestas: 24-10-2024 14:46:00  
Fecha de acto de apertura técnica: 28-10-2024 15:46:00  
Fecha de acto de apertura económica (referencial): 28-10-2024 15:46:00  
Fecha de Adjudicación: 29-10-2024 14:46:00  
Fecha de entrega en soporte físico No hay información  
Fecha estimada de firma de contrato No hay información  
Tiempo estimado de evaluación de ofertas 0 Días

[Subir](#)

Cerrar





Fecha: 18/10/24.

### SOLICITUD DE COMPRA

Nº 003569

Solicitante: Dirección de Salud  
Nombre de quien solicita: Lia Fuente.

- Adjuntar documentación que respalde el requerimiento
- Utilizar letra clara y legible, se recomienda letra imprenta.

ITEM \_\_\_\_\_  
Saldo Inicial \_\_\_\_\_  
Gasto \_\_\_\_\_  
Saldo Final \_\_\_\_\_  
(Uso exclusivo de la Dirección de Salud)

Sres. Dirección de Salud, a través del presente se solicita la adquisición de productos o servicios que se detallan a continuación, con el siguiente destino de despacho: \_\_\_\_\_

Nº	Cantidad	Medida	Descripción del Producto	Valor Unitario IVA incluido	Valor total referencial IVA incluido
1	1.		Servicio de Evaluaciones		\$ 6.600.000.-
2			diagnósticas de médicos especialistas		
3			lista para niños- niñas con		
4			suspecha de Trastorno del Espectro		
5			Autista (TEA) para usuarios		
6			del Centro de Salud familiar		
7			Juan Pablo II		
8			Mínimo 120 Evaluaciones		
9			Profesional Neurologo.		
10			Se adjuntan EETT.		
11					
12					
13					
14					
TOTAL IVA INCLUIDO DEL REQUERIMIENTO					\$ 6.600.000.-

FECHA	<u>21-10-2024</u>
ITEM Nº	<u>215-22-08-999-001</u>
SALDO DISPONIBLE	<u>76.831.027</u>

Observaciones: fondos propios

IMPRENTAVERSAL@GMAIL.COM

Vº Bº DIRECCIÓN

ADQUISICIONES

Firma y Timbre de Unidad Solicitante

1950

FORMA N. 1

DECLARACION DE SALUD  
Yo, el Sr. [Nombre], de edad [Edad] años, con DNI N.º [DNI],  
de profesión [Profesión], domiciliado en [Dirección],  
declaro que estoy en condiciones de salud para desempeñar  
el cargo de [Cargo] en la Empresa [Nombre Empresa],  
por el tiempo de [Duración] meses, a contar desde el día  
[Fecha].  
Firma: [Firma]  
[Nombre]

FECHA
ITEM N.º
SALDO DISPONIBLE





DIRECCIÓN DE SALUD

MEMORANDUM N° 720. -

DE : ALEX ENRIQUE GARCIA LEIVA  
DIRECTOR  
DIRECCIÓN DE SALUD

A : ALICIA DEL PILAR TORRES RIQUELME  
ENCARGADA DE ADQUISICIONES  
DIRECCION DE SALUD

MAT. : LO QUE INDICA

PADRE HURTADO, 21 de octubre 2024

Mediante el presente, junto con saludar, solicito a Ud. realizar las gestiones pertinentes para la licitación de "EVALUACIONES DIAGNOSTICAS POR MEDICO ESPECIALISTA PARA NIÑOS – NIÑAS CON SOSPECHA DE TRASTORNO DEL ESPECTRO (TEA) AUTISTA PARA USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR JUAN PABLO II DE LA COMUNA DE PADRE HURTADO".

Lo anterior se ejecutará con fondos propios.

Se adjunta certificado de disponibilidad presupuestaria.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.



ALEX ENRIQUE GARCÍA LEIVA  
DIRECTOR DE SALUD  
MUNICIPALIDAD DE PADRE HURTADO

AGL/Iff  
Archivo







**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS  
PROPUESTA  
LICITACIÓN PÚBLICA**

**“EVALUACIONES DIAGNOSTICAS POR MEDICO ESPECIALISTA PARA NIÑOS – NIÑAS CON SOSPECHA DE TRASTORNO DEL ESPECTRO (TEA) AUTISTA PARA USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR JUAN PABLO II DE LA COMUNA DE PADRE HURTADO.**

Las presentes Especificaciones Técnicas, regirán para contratar la prestación de servicio de “EVALUACIONES DIAGNOSTICAS POR MEDICO ESPECIALISTA PARA NIÑOS – NIÑAS CON SOSPECHA DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) PARA USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR JUAN PABLO II DE LA COMUNA DE PADRE HURTADO.

	Actividades Mínimas proyectadas
Evaluación diagnóstica de niños y niñas con sospecha de TEA, que incluye anamnesis, examen físico, diagnóstico, y plan de intervención AMSE (Autism Mental Status Exam) dependiendo de los requerimiento y características de los niñas y niños evaluados.	120

**Monto destinado \$.6.600.000 (Seis millones seiscientos mil pesos) IVA incluido**

**Importante:** El número de actividades proyectadas es el mínimo en atención a la necesidad de cubrir y dar resolución a lista de espera de neurología infantil y disponer de tratamientos y planes de intervención integral.

**A. DE LO RELACIONADO CON EL SERVICIO:**

- ✓ Servicio de Consulta Integral de Especialista en Neurología Pediátrica
  - Niños y niñas con sospecha de TEA.
- ✓ Los profesionales deben acreditar mediante certificado del Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud la especialidad de Neurología Pediátrica por Superintendencia de Salud
- ✓ Las atenciones de usuarios de consulta integral de Neurología, deben ser realizadas en las dependencias del Centro de Salud Familiar Juan Pablo II, ubicado en Primera Transversal 1657 de la Comuna de Padre Hurtado.
- ✓ Tener capacidad de recibir el volumen de usuarios que se deriven según propuesta de agenda clínica y las actividades mínimas proyectadas.
- ✓ Disponibilidad de agenda mínimo 1 vez a la semana pudiendo ser de lunes a sábado, previamente acordado con el centro de Salud.
- ✓ Con un mínimo de 16 cupos por jornada de médico
- ✓ El rendimiento de cada atención tendrá una duración de 30 minutos por usuario
- ✓ El prestador debe garantizar un tiempo de espera no superior a 30 minutos por usuario, regulando frecuencia y volumen de citaciones por hora.
- ✓ Toda la información que surja de la atención debe quedar registrada en el Registro Clínico Electrónico RAYEN instrumento obligatorio en que se registra el conjunto de antecedentes clínicos, procedimientos y tratamientos a los que fueron sometidos los usuario atendidos. (como de los estudios y otros antecedentes clínicos relevantes). Los cuáles serán considerados como dato sensible, de conformidad con lo dispuesto en la letra g) del artículo 2° de la Ley N°19628.



- ✓ El art. 2 del Reglamento añade "su contenido se registrará por el profesional que efectúa la prestación de salud, en el acto de otorgarla o inmediatamente después de ello", por lo tanto al finalizar la atención el estado de la Ficha Clínica en Rayen deber ser COMPLETADO.
- ✓ En caso que el usuario no asista a la cita el profesional debe declarar la inasistencia del usuario siendo considerado en Registro clínico electrónico RAYEN como NSP
- ✓ Se deberá resguardar la realización de interconsulta, notificación GES en el caso de presentarse una patología de notificación Obligatoria. Informar de este hallazgo al Inspector Técnico del Servicio para la gestión correspondiente.
- ✓ Para las prestaciones el proveedor deberá disponer de los materiales necesarios para la atención de pacientes, sin costo adicional.
- ✓ El prestador del servicio deberá disponer del personal necesario para atender todos los días al Inspector Técnico del Servicio de tal manera de resolver las dudas o fallas que se generen de la naturaleza de los servicios, como reclamos y sugerencias que se generen de temas relacionados con el servicio.

## **B. - CONVOCATORIA DE USUARIOS**

- ✓ El CESFAM Juan Pablo II, será el responsable de crear agendas de los profesionales asignados, según calendario de oferta clínica entregado por el oferente, quien debe entregar con 15 días de anticipación calendarización de agenda según el siguiente detalle:

Nombre del profesional	Fecha de atención	Horario de atención

- ✓ El CESFAM Juan Pablo II será responsable de citar a los usuarios y completar la agenda de los clínicos oferentes.
- ✓ De no asistir el usuario a la primera citación, el CESFAM se reserva el derecho de poder citar en una segunda oportunidad según el contexto de cada usuario
- ✓ **Para controles de neurología** según pertinencia, el oferente debe informar mediante listado o correo electrónico a jefatura de SOME para generar una segunda citación con especialista.

## **C.- MEDIOS DE VERIFICACIÓN:**

- ✓ Medio de verificación de las prestaciones realizadas mediante documento que contenga el listado con nombre completo, RUN y firma de quien recibe el servicio otorgado o su representante legal en caso de menores de edad. Estará sujeto a la supervisión Técnico administrativa por parte del Centro de Salud y a través del ITS.

## **D. - PAGO Y FACTURACIÓN:**

- ✓ El prestador debe enviar a la Dirección de Salud los primeros cinco días de cada mes la facturación de las prestaciones ejecutadas del mes anterior, previa aceptación de orden de compra, acompañándolas de los medios de verificación que será un informe de pacientes atendidos en formato Excel y por escrito que contenga la firma de conformidad de los pacientes atendidos, para el posterior pago por los servicios efectivamente realizados.

## **E.- ANEXO DOCUMENTOS REQUERIDOS:**

- ✓ Certificado de prestador individual de la Superintendencia de Salud del Profesional Neurólogo(a) Infantil.