



MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

APRUEBA CONVENIO DE COLABORACION
ENTRE LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE
ARICA Y EL HOSPITAL REGIONAL DE ARICA
Y PARINACOTA, COMUNA DE ARICA, AÑO
2024”.-

EXENTO

DECRETO N° 6602

ARICA, 02 de julio de 2024.-

VISTOS:

Las facultades que me confieren la Ley N° 18.695 “Orgánica Constitucional de Municipalidades” y sus modificaciones; la Resolución N° 07 del 26.03.2019, que fija normas sobre exención del trámite de toma de razón; la Ley N° 19.378, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipalizada;

CONSIDERANDO:

- a) Se requiere proceder a la aprobación del Convenio de “**Colaboración para el Traspaso de Recursos por Pago de Servicios de Procesamiento e Informe de Biopsias para la Ejecución del Programa de Resolutividad en APS Arica , Comuna de Arica, Año 2024**”, suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Arica y el Hospital Regional de Arica y Parinacota “ Dr. Juan Noé Crevani”.

DECRETO:

1. **APRUÉBASE** el Convenio de “Colaboración para el Traspaso de Recursos por Pago de Servicios de Procesamiento e Informe de Biopsias para la Ejecución del Programa de Resolutividad en APS Arica , Comuna de Arica, Año 2024”, entre la Ilustre Municipalidad de Arica y el Hospital Regional de Arica y Parinacota “ Dr. Juan Noé Crevani”.

Tendrán presente este Decreto Alcaldicio la Dirección de Salud Municipal, Contraloría Municipal y Secretaría Municipal.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.



SR. CARLOS CASTILLO GALLEGUILLOS
SECRETARIO MUNICIPAL



SR. CHRISTIAN DÍAZ RAMÍREZ
ALCALDE (S)

CDR/CCG/CHV/CVC/NSJA/JMA/MCQ/bpc.-

CONVENIO DE COLABORACIÓN PARA EL TRASPASO DE RECURSOS POR PAGO DE SERVICIO DE PROCESAMIENTO E INFORME DE BIOPSIAS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS ARICA, AÑO 2024, ENTRE LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA Y EL HOSPITAL REGIONAL DE ARICA Y PARINACOTA “DR. JUAN NOÉ CREVANI”

En Arica, a 12 de Junio de 2024, entre la Ilustre Municipalidad de Arica, RUT N° 69.010.100-9, persona jurídica de derecho público, domiciliada en calle Rafael Sotomayor N° 415, representada por su Alcalde **Sr. Gerardo Espíndola Rojas**, RUN N° [REDACTED] 2, Periodista, de ese mismo domicilio, en adelante “la Municipalidad”, y el Hospital Regional de Arica y Parinacota, Dr. Juan Noé Crevani, Rut N° 61.606.001-5, domiciliado en calle 18 de Septiembre N° 1000, representado por su Director **Sr. Cristian Quispe Arredondo**, RUT N° [REDACTED], Ingeniero Comercial de ese mismo domicilio, en adelante “el Hospital” se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERO: La Ilustre Municipalidad de Arica y el Servicio de Salud de Arica y Parinacota suscribieron con fecha 30 de abril de 2024, un Convenio para la ejecución del Programa de Resolutividad en APS Arica, Año 2024, aprobado mediante la Resolución Exenta N° 1117 de fecha 30 de abril de 2024, del señalado Servicio. Conforme a dicho convenio, el Servicio de Salud de Arica y Parinacota en representación del Ministerio de Salud, transferirá recursos a la Municipalidad en la forma de aportes establecidos en el artículo 49 de la Ley N° 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, para la ejecución de los componentes del Programa de Resolutividad en APS Arica, Año 2024, a través de Resolución Exenta N° 113 de fecha 9 de febrero de 2023, del Ministerio de Salud.

Entre los componentes del convenio antes aludido, se encuentra el número 2 denominado **“Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad”**, por medio del cual la Municipalidad se comprometió a alcanzar la meta de 200 canastas integrales de cirugía menor. En este sentido, la cláusula quinta del convenio dispone que la canasta integral de procedimientos quirúrgicos de baja complejidad incluye: “Procedimiento quirúrgico realizado por un médico de APS con entrenamiento adecuado o por un médico especialista, como así también todos los insumos necesarios para realizar la actividad”.

En atención al convenio ya referido y a las actividades comprometidas para su ejecución, el Hospital y la Municipalidad han acordado celebrar el presente convenio de colaboración, a efectos de permitir el pago, con cargo a los recursos transferidos por el Servicio de Salud de Arica y Parinacota a la Municipalidad en virtud del “Convenio Programa de Resolutividad en APS, Arica año 2024”, de los montos correspondientes para permitir el pago del procesamiento y emisión de informes de biopsias extraídas mediante el componente de cirugía menor de APS, **para toda aquella persona inscrita en un establecimiento de salud primaria de la Municipalidad, independiente de su seguro de salud o previsión.**

SEGUNDA: OBJETIVO: En virtud del convenio citado en cláusula anterior, y las acciones comprometidas para su correcta ejecución, es que en este acto, el Hospital y la Municipalidad vienen a celebrar el presente convenio de colaboración, con cargo a los recursos transferidos por el Ministerio a través del Servicio de Salud a la Municipalidad, a fin de pagar el procesamiento y emisión de informes de biopsias extraídas mediante el componente de cirugía menor de APS, para toda aquella persona inscrita en un establecimiento de salud primaria de la Municipalidad, independiente de su seguro de salud o previsión.

TERCERA: SERVICIOS EN CONVENIO: Los servicios que forman parte del presente convenio, son Servicios de Exámenes de Diagnóstico Anatómico Patológico de muestras enviadas desde la DISAM, siempre y cuando ello no implique una postergación o

menoscabo de las atenciones que el HOSPITAL se encuentra obligado a brindar a sus usuarios.

Los servicios que forman parte del objeto del presente convenio son los siguientes:

Código	Denominación Prestación
0801004	Estudio histopatológico con técnicas de inmunohistoquímica o inmunofluorescencia (por cada anticuerpo investigado).
0801005	Estudio histopatológico con técnicas histoquímicas, niveles, descalcificación (por cada lámina).
0801007	Estudio histopatológico con tinción corriente de biopsia diferida con estudio seriado (mínimo 10 muestras) de un órgano o parte de él (no incluye estudio con técnica habitual de otros órganos incluidos en la muestra).
0801008	Estudio histopatológico de biopsia diferida (por cada muestra y/o tejido) (incluye hasta 3 láminas).

CUARTA: EL PRECIO DE LOS SERVICIOS: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes y a lo informado por Hospital a través de su Ordinario N° 910 de fecha 5 de marzo de 2024, **el valor del servicio de procesamiento y generación de informe de biopsia tiene un valor único de \$28.696.-** (veintiocho mil seiscientos noventa y seis pesos), por muestra analizada.

Se establece que, en caso que el presente convenio sea renovado, el valor del servicio de procesamiento indicado en párrafo anterior se reajustará en el mes de enero de cada año, de acuerdo a variación de IPC del año anterior.

QUINTA: La unidad encargada de la recepción, análisis y de informar las biopsias en el Hospital de Arica, es el Centro de Responsabilidad Anatomía Patológica, en adelante "CR. Anatomía Patológica".

1. El CR. Anatomía Patológica se encuentra ubicado en el piso zócalo del Hospital, cuyo emplazamiento es 18 de septiembre N°1000, Arica.

2. El horario de atención de CR. Anatomía Patológica es:

Atención de Publico General	Recepción de Muestras
Lunes a Viernes 07:30 a 16:18 horas	Lunes a Viernes 07:30 a 15:30 horas

3. Teléfonos de contacto CR. Anatomía Patológica:

Oficina	Anexo Minsal
Secretaria (recepción de muestras y atención a público)	584525
Secretaria Biopsias	584538

4. Solicitud de Biopsias (SEB):

a) Para la correcta identificación de las biopsias, se debe utilizar el registro de solicitud de biopsia (SEB), anexo N°1, la cual será completada y firmada por médico responsable de la toma de la muestra.

b) Los datos mínimos que se deben registrar en la solicitud de biopsia son los siguientes:


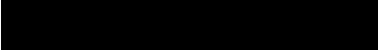
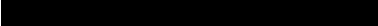
- ✓ Nombre: 1er nombre y 2 apellidos. Si no tiene segundo apellido, debe consignar S.S.A. (sin segundo apellido).

- ✓ Fecha de nacimiento.
- ✓ N° de RUN.
- ✓ Previsión.
- ✓ Órgano (tipo de muestra: órgano, tejido, sitio anatómico, lesión, tumor, recorte, etc).
- ✓ N° de frascos.
- ✓ Fecha de operación (fecha de obtención de la muestra).
- ✓ Fecha de envío.
- ✓ Antecedentes y diagnósticos clínicos.
- ✓ Nombre (1er nombre y 1er apellido) y firma del médico responsable.
- ✓ N° RUN del médico.
- ✓ Servicio o centro de derivación que corresponda.

c) Frascos con Formalina.

Para el procesamiento de las biopsias, es necesario que cada muestra sea colocada en un frasco con formalina, de acuerdo al tamaño de cada muestra. Para ello, el centro derivador (antes de tomar las muestras) debe solicitar a CR. Anatomía Patológica, mediante correo electrónico con al menos un día de anticipación, stock de frascos para muestras de biopsias (de acuerdo a la planificación mensual de toma de muestra), de manera de preparar el material solicitado y posterior entrega a personal designado del centro derivador.

Los correos electrónicos para solicitud de los frascos con formalina son los siguientes:

- ✓ 
- ✓ 
- ✓ 

d) Rotulación de biopsias.

Los frascos con muestras SIEMPRE DEBEN VENIR ROTULADOS, registrando claramente los siguientes datos:

- ✓ Nombre y apellidos del paciente (1er nombre y los dos apellidos), si no tiene 2do apellido debe consignar S.S.A. (sin segundo apellido).
- ✓ RUN o cualquier número identificador del paciente.
- ✓ Edad.
- ✓ Fecha operación.
- ✓ Muestra/tejido: Órgano (información del sitio anatómico y su correspondiente clasificación; tejido, lesión, tumor, recorte).
- ✓ Nombre de médico cirujano responsable (1er nombre y 1er apellido).
- ✓ Número de identificación del frasco (ejemplo 1/2 ó 2/2).

e) Traslado de las muestras.

Las muestras se recibirán sólo en frasco de plástico o de vidrio en buen estado; su traslado debe realizarse en un contenedor con tapa, con las correspondientes **solicitudes de biopsias y el libro de traslado de biopsias** de cada centro derivador.

f) Recepción de la biopsia.

La biopsia debe ser transportada por funcionario autorizado por el centro derivador. Los datos mínimos contenidos en los libros de traslado de biopsia son los siguientes:

- ✓ Fecha de obtención de la muestra.

- ✓ RUN o cualquier número identificador del paciente.
- ✓ Órgano (información del sitio anatómico y su correspondiente clasificación: tejido, lesión, tumor recorte).
- ✓ N° de frascos.
- ✓ 1er nombre y 1er apellido del médico que obtiene la muestra.
- ✓ 1er nombre y 1er apellido del responsable del traslado al CR. Anatomía Patológica (TENS o estafeta).
- ✓ Fecha de envío.
- ✓ Recepción anatomía patológica (nombre, timbre, firma, fecha).

5. Criterio de rechazo de muestras.

- ✓ Cualquier discordancia o ausencia de información, pesquisada durante la recepción de biopsias en la secretaría de CR. Anatomía Patológica, será causal de rechazo.
- ✓ Discordancias pesquisadas posterior a la recepción de muestras en la secretaría, identificadas por el tecnólogo médico o médico anatómico patólogo responsable, durante el proceso de macroscopía en el laboratorio, será causal de rechazo, llegando a ser necesario la devolución de la muestra.
- ✓ En caso de tener que rechazar la muestra por cualquier de los causales (1er/2do/3ero), esta acción quedará registrada en el libro de traslado del centro derivador en la casilla de recepción anatomía patológica. Si el rechazo es secundario o terciario se consignará una cruz con lápiz rojo sobre la recepción de anatomía y el administrativo consignará la fecha.
- ✓ De subsanar el motivo de rechazo, se puede reintegrar la biopsia, registrándola nuevamente en el libro de traslado de biopsias, con nueva fecha de envío, de la misma manera, se debe modificar la fecha de envío de la solicitud de biopsia.

Importante: los datos contenidos en el SEB, Rótulo y Libro de traslado deben ser SIEMPRE concordantes entre sí.

N°	TIPO 1er/2do/3ero	CRITERIO DE RECHAZO	DETALLE DEL RECHAZO
1	1er	Ausencia de libro de traslado, SEB, rótulo o muestra.	Indicar a cuál corresponde.
2	1er/2do	Frasco/recipiente o tapa inadecuada (indicar a cuál corresponde)	Deteriorado (trizado)
			Inadecuado para el tamaño de la muestra
			Tapa o cierre inadecuado
3	1er/2do	Frasco sin o escasa cantidad de formalina	La muestra debe estar cubierta por formalina en su totalidad.
4	1er	SEB o rótulo deteriorado o en mal estado (Identificar a cuál corresponde)	Con formalina
			Con sangre
			Falta un trozo
			Parchado
			Enmendado
5	1er	SEB y/o rótulo con letra ilegible	Indicar a cuál corresponde
6	1er/2do	Ausencia de datos en rótulo o SEB (identificar a cuál corresponde)	Nombre y apellidos
			RUN


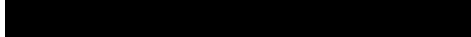
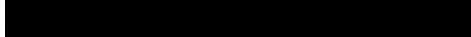
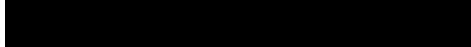
			Órgano
			Número de frasco
			Fecha de operación o toma de muestra
			Nombre del responsable de toma de muestra
			Ausencia de timbre de recaudación (ambulatorios)
			Ausencia de registro biopsia intraoperatoria.
7	1 ^{er}	Discordancia de datos entre libro de traslado y SEB	Nombre y apellidos
			RUN
			Discordancia en profesional que toma la muestra
			Órgano
8	1 ^{er} /2 ^{do}	Discordancia de datos entre rótulo y SEB	Nombre y apellidos
			RUN
			Fecha de operación
			Órgano
			Discordancia en profesional que toma la muestra
			Frascos (cantidad y correlativo)
9	1 ^{er} /2 ^{do}	Discordancia en SEB entre nombre del profesional que toma la muestra y firma.	
10	3 ^{ero}	Discordancia entre rótulo, SEB y contenido del frasco.	Detectable en el procesamiento de la muestra por TM. responsable del procedimiento o MAP (puede ocurrir días después de la recepción de la muestra).

6. Entrega de resultados.

Los resultados de las muestras, serán enviados vía correo electrónico, indistintamente si son informes críticos o no críticos. Para lo cual es importante, que la MUNICIPALIDAD informe por la misma vía al HOSPITAL, el recibo de esta información. Igualmente, los informes críticos serán entregados de la siguiente manera:

- ✓ Informe a TENS proveniente APS por libro interno dispuesto para aquello, directamente en el CR. Anatomía Patológica.
- ✓ Duplicado de informe a la gestora oncológica del hospital, para realizar las gestiones pertinentes de la dación de hora.

Los informes de biopsias deben enviarse a las siguientes direcciones de correo electrónico de la Municipalidad:

- ✓ 
- ✓ 
- ✓ 
- ✓ 

SEXTA: Para el cumplimiento del propósito indicado en Cláusula tercera, y asegurar un proceso ordenado y eficiente en la gestión del servicio, las partes se comprometen en este acto a coordinar de manera previa a la ejecución del presente convenio, de manera

personal o vía telemática, la correcta realización del procedimiento indicado en cláusula anterior, para lo cual la Municipalidad se compromete a cumplir con todas las indicaciones solicitadas por CR. Anatomía Patológica, con el fin de agilizar las gestiones para un pronto informe de biopsia.

Se deja establecido que, los médicos cirujanos que son parte del convenio de resolutiveidad en APS de Arica, y que generarán las órdenes de procesamiento de biopsias cutáneas, son los siguientes:

- ✓ Dr. Julio César Rubio Betancourt.
- ✓ Dr. José Manuel Abad Acosta.

En el caso de que la DISAM contrate un nuevo profesional médico para realizar las funciones descritas, los datos de este, deberán ser remitidos en el más breve plazo vía correo, al CR de Anatomía Patológica.

Se deja establecido que todos los procedimientos de cirugía menor mencionados en cláusulas precedentes, se llevarán a cabo en CESFAM Rosa Vascope Zanzola, sin perjuicio de ello, los pacientes beneficiarios del presente convenio podrán proceder de cualquier establecimiento de APS conforme su inscripción, a saber:

- ✓ CESFAM Remigio Sapunar Marín
- ✓ CESFAM Víctor Bertín Soto
- ✓ CESFAM Iris Véliz Hume
- ✓ CESFAM Rosa Vascope Zanzola
- ✓ CECOSF Cerro La Cruz
- ✓ CESFAM Amador Neghme Rodríguez
- ✓ CECOSF Rene García Valenzuela
- ✓ CESFAM Eugenio Petruccelli Asturillo
- ✓ CECOSF Miguel Massa Sassi
- ✓ Posta Salud Rural San Miguel Azapa
- ✓ Posta Salud Rural Sobraya
- ✓ Posta Salud Rural Poconchile

SEPTIMA: OBLIGACIONES:

El HOSPITAL se obliga a:

- a) Realizar los exámenes de diagnóstico anatomopatológico a todos los usuarios beneficiarios del Programa de Resolutiveidad en APS de Arica, que ejecuta la Municipalidad a través de su Dirección de Salud Municipal (DISAM) en virtud del "Convenio del Programa de Resolutiveidad en APS Arica, año 2024".
- b) Remitir a la DISAM, dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes, una nómina digital en formato excel, con el detalle de todos los pacientes a quienes se practicó el examen indicado en la letra precedente. Para el efecto anterior, el Hospital remitirá la nómina a DISAM mediante correo electrónico, con los siguientes campos:

- ✓ Período contemplado para listar pacientes
- ✓ Servicio de procedencia
- ✓ N° de biopsia
- ✓ RUN
- ✓ Nombre
- ✓ Previsión
- ✓ Órgano
- ✓ Prestaciones
- ✓ Patólogo responsable

- ✓ Cantidad de prestaciones

La nómina deberá ser enviada a los siguientes correos electrónicos de la Municipalidad de Arica:

- ✓ [REDACTED]
- ✓ [REDACTED]
- ✓ [REDACTED]
- ✓ [REDACTED]

Además, se debe dejar en copia al correo electrónico del Hospital de Arica;

[REDACTED]

- c) Facturar mensualmente a la Municipalidad los montos correspondientes al servicio de procesamiento y generación de informes de las biopsias, conforme a las sumas indicadas en la nómina señalada en la letra precedente y previa conformidad manifestada por la DISAM, mediante respuesta vía correo electrónico a la comunicación que remita cada nómina mensual.

Para el efecto anterior, la DISAM dispondrá de un plazo de cinco días hábiles para aprobar u observar la nómina y los montos, desde que sean informados por el Hospital. La factura será remitida por el Hospital a los correos indicados en la letra anterior, previa validación por parte de la DISAM, de la nómina a que se hace mención en este párrafo.

LAMUNICIPALIDAD se obliga a:

Cumplir a cabalidad el procedimiento de recepción y análisis de muestras, descrito detalladamente en cláusula quinta, estableciendo, desde ya, que de no cumplirse con los requerimientos allí señalados, la muestra será rechazada para análisis.

OCTAVA: DEL PAGO:

La Municipalidad se obliga en este acto a pagar mensualmente al Hospital, el monto correspondiente al servicio de procesamiento y generación de informes de biopsias de todos los usuarios beneficiarios del Programa de Resolutividad en APS de Arica, que ejecuta la DISAM en virtud del "Convenio del Programa de Resolutividad en APS Arica, año 2024", a quienes se les haya practicado el examen de diagnóstico anatomopatológico.

Para el efecto anterior, la Municipalidad durante los treinta días hábiles posteriores a la notificación de la factura que realizará el Hospital, efectuará el pago del servicio anteriormente señalado, con cargo a los recursos transferidos por el Servicio de Salud de Arica y Parinacota, en virtud del "Convenio del Programa de Resolutividad Arica, año 2024", mediante transferencia electrónica de fondos a la cuenta corriente N° 01009071250 del Banco Estado, cuyo titular es el Hospital Regional de Arica, RUT 61.606.001-5.

NOVENA: VIGENCIA: Este convenio tendrá vigencia desde la notificación del Decreto Alcaldicio que lo apruebe, y hasta el 31 de diciembre de 2024, el que se renovará automáticamente por igual periodo, siempre y cuando, ambas partes estén de acuerdo y se mantengan las mismas condiciones, con excepción del precio, el que se encontrará sujeto de acuerdo a lo indicado en párrafo dos de la cláusula cuarta del presente convenio.

La vigencia así establecida se mantendrá salvo que el convenio termine por incumplimiento grave de las obligaciones establecidas en él, o su ejecución se desvíe de los fines que se tuvieron a la vista para celebrarlo o que las partes decidan ponerle término anticipado por motivos fundados. Asimismo, la vigencia del mismo finalizará en caso de que se ponga término al "Convenio del Programa de Resolutividad en APS Arica, año 2024" entre el

Servicio de Salud de Arica Parinacota y la Municipalidad, o que el citado Servicio deje de considerar recursos para el pago de los servicios de informe y procesamiento de biopsias para usuarios beneficiarios del programa.


Para estos efectos la Municipalidad por intermedio de su DISAM, dirigirá un documento formal al Hospital, en un plazo no superior a 5 días, desde que tome conocimiento de dicha situación, informando de tal circunstancia y del término de la vigencia del convenio, el que se producirá al efectuarse el pago por parte de la Municipalidad de la última factura emitida de conformidad a la letra c) de la cláusula cuarta del presente convenio.

DECIMA: PERSONERÍAS: La personería del Sr. Gerardo Espíndola Rojas para representar a la Ilustre Municipalidad de Arica, emana del Decreto Alcaldicio N° 4313 de fecha 28 de junio de 2021.

La personería del Sr. Cristian Quispe Arredondo para representar al Hospital "Dr. Juan Noé Crevani", consta en Resolución TRA N° 424/128/2022 de fecha 03 de marzo de 2022 de la Dirección del Servicio de Salud del Servicio de Salud Arica, Región de Arica y Parinacota.

NOVENA: DOMICILIO: Para todos los efectos legales del presente Convenio, las partes fijan su domicilio en la ciudad de Arica y prorrogan competencia para ante sus Tribunales de Justicia.

DÉCIMA: El presente Convenio se firma en 4 ejemplares, quedando dos (2) en poder de la Ilustre Municipalidad de Arica y dos (2) en poder del Hospital Regional de Arica "Dr. Juan Noé Crevani".


SR. CRISTIAN QUISPE ARREDONDO
DIRECTOR
HOSPITAL DR. JUAN NOE CREVANI


SR. GERARDO ESPINDOLA ROJAS
ALCALDE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA

ANEXO 1: FORMULARIO SOLICITUD BIOPSIA



GOBIERNO DE CHILE
 MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL DR. JUAN NOÉ CREVANI
 RUT: 61.606.001-5
 18 DE SEPTIEMBRE N°1000

MAP: _____

SOLICITUD DE BIOPSIA

DATOS PACIENTE

NOMBRE:		
RUN:	F.NAC:	EDAD:
FICHA:	PREVISIÓN:	CUENTA CORRIENTE:

BIOPSIA

ÓRGANO:	F. OPERACIÓN:	F. ENVÍO:
ANTECEDENTES Y DIAGNÓSTICO CLÍNICO:		N° FRASCOS:
NOMBRE DEL MÉDICO:		_____ Nombre y firma médico responsable
RUN:		
SERVICIO:		

USO EXCLUSIVO CR. ANATOMÍA PATOLÓGICA

<u>USO DE SECRETARÍA:</u>		
FECHA RECEPCIÓN:	N° FRASCOS:	N° INFORME:
HORA DE RECEPCIÓN:	RESP. RECEPCIÓN:	
<u>USO DE LABORATORIO:</u>		
N° FRASCOS:	TM. RESPONSABLE:	

GRADO	CODIGO	CANTIDAD
B	08	
M	07	
	06	
A	05	
	04	