

CONVENIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

En Ancud, a 02 de mayo del año 2017, entre la Corporación Municipal para la Educación, Salud y Atención de Menores de la ciudad de Ancud, representado por Don **JORGE URIBE GALLARDO**, Secretario General, Cédula de Identidad N° 9.414.591-0, domiciliado en calle Yerbas Buenas N° 915, que en adelante se denominará “Beneficiario del Servicio” **CENTRO DE SALUD ODONTOLÓGICO C.R.S. LIMITADA RUT. 76.552.064-9**, con domicilio en Pedro Montt N° 581, local C, Ancud, en adelante “Prestador de Servicios”, quienes en este acto celebran el siguiente Convenio de Prestación de Servicios, según los términos que se detallan más adelante:

PRIMERO: En virtud del presente Convenio, la Corporación Municipal de Ancud, necesita contratar servicios como Cirujano Dentista para el “**PROGRAMA GES ODONTOLÓGICO**”, cumpliendo con las condiciones técnicas requeridas.

SEGUNDO: El Cirujano Dentista se obliga a realizar las siguientes prestaciones:

I. Atención Odontológica a pacientes adultos de 60 años (GES).

Los pacientes serán beneficiados de FONASA, sin importar tramo.

a) El paciente recibirá las siguientes prestaciones:

Examen de Salud que incluye educación individual, indicación de métodos preventivos, mediante instrucción de técnicas de higiene bucal y cuidado específico de aparato protésico (con la entrega de un cepillo y una pasta dental a cada paciente y en caso de prótesis incluye cepillo prótesis dental), uso de pastas fluoruradas y colutorios fluorurados, aplicación de destartraje supra y sub gingival y pulido coronario, pulido radicular según necesidad y resolución de caries a través de obturaciones y de exodoncias por indicación, Radiografías dentales, Restauración de Resinas o Amalgamas, según corresponda.

b) Instalación de la o las prótesis dentarias que el paciente requiera, según lo establecido.

c) Registro completo en ficha clínica y Carné de Control, con letra clara, legible y nombre completo del Odontólogo a cargo y en planilla digitalizada entregada por el Ministerio, la cual además deberá contar con el nombre completo del paciente, Cédula de Identidad, y firma de éste al ser dado de Alta.

d) Se deberá exigir a todo paciente atendido el Consentimiento Informado, el cual es un documento formal, incorporado a Ficha Clínica en que el paciente firma que está de acuerdo con el Plan de Tratamiento propuesto.

e) Todo paciente recibirá los controles necesarios post instalación protésica, que aseguren el uso adecuado de los aparatos instalados (mínimo 3).

TERCERO: La Corporación Municipal de Ancud, cancelará al **CENTRO DE SALUD ODONTOLÓGICA C.R.S. LIMITADA**, por los servicios prestados, impuesto incluido, que se desglosa en las siguientes prestaciones:

- 50 Altas Odontológicas Adultos GES (Salud Oral Integral a Adultos de 60 años) con un valor de \$255.245.- (Doscientos cincuenta y cinco mil doscientos cuarenta y cinco pesos) c/u.

CUARTO: Los montos se imputarán al **PROGRAMA GES ODONTOLÓGICO**. El primero de cada mes se cerrará el mes anterior, y se detallarán las prestaciones realizadas en una Nómina de Atención y la Certificación de la Dirección de Desarrollo Comunitario de la Ilustre Municipalidad de Ancud y/o la Certificación del Director de establecimiento de Atención Primaria (Cesfam de Emergencia Pudeto Bajo y/o Cesfam Dr. Manuel Ferreira Guzmán) según corresponda).

QUINTO: El Cirujano Dentista trabajará para el "Programa GES Odontológico" siendo los insumos del profesional tratante, además de contar con la Certificación vigente como prestador de servicios para el presente Convenio y Acreditación de la Clínica Dental donde realizarán dichas prestaciones. Debiendo adjuntar esta documentación.

SEXTO: El profesional se compromete a otorgar garantía por seis meses del trabajo realizado a cada paciente de este programa.

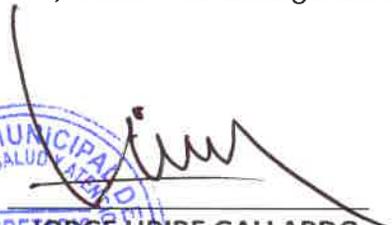
SÉPTIMO: El trabajo se realizará en Clínica Dental, ubicada en calle Pedro Montt Nº 581, local C, comuna de Ancud.

OCTAVO: El presente Convenio comienza a regir a partir del 02 de mayo de 2017, y expira su vigencia el 31 de diciembre de 2017.

NOVENO: Para todos los efectos legales derivados del presente Convenio, las partes fijan su domicilio en la ciudad de Ancud, y se someten a la Jurisdicción de sus Tribunales Ordinarios de Justicia

DÉCIMO: Se firma el presente Convenio en cinco ejemplares del mismo tenor y validez, distribuyéndose de la siguiente manera: CENTRO DE SALUD ODONTOLÓGICA C.R.S. LIMITADA, Dirección de Salud y Dirección de Administración y Finanzas de la Corporación Municipal de Ancud, Cesfam Dr. Manuel Ferreira Guzmán, Cesfam de Emergencia Pudeto Bajo.


CENTRO DE SALUD ODONTOLÓGICO
C.R.S. LIMITADA
RUT: 76.552.064-9
PRESTADOR DE SERVICIOS


SECRETARIO GENERAL
RUN: 9.414.591-0
SECRETARIO GENERAL
CORPORACIÓN MUNICIPAL DE ANCUD

JUG/OOM/CAS/pann.-

DISTRIBUCIÓN:

- Indicado
- Dirección de Salud
- Dirección de Administración y Finanzas
- Cesfam "Dr. Manuel Ferreira Guzmán"
- Cesfam Pudeto Bajo

