

## CONVENIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

En Ancud, a 03 de Abril del año 2018, 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 "**CONVENIO 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 ODONTOLOGICA C.R.S. LIMITADA**, por los servicios prestados, impuesto incluido, que se desglosa en las siguientes prestaciones:

- 60 Altas Odontológicas Adultos GES (Salud Oral Integral a Adultos de 60 años) con un valor de \$260.000.- (Doscientos sesenta mil pesos) c/u.

**CUARTO:** Los montos se imputarán al **CONVENIO PROGRAMA GES ODONTOLÓGICO**. El veinte cinco de cada mes se entregara Boleta de Honorario o Factura según corresponda, además 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 “Convenio 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 03 de Abril de 2018, y expira su vigencia el 31 de diciembre de 2018.

*La fiscalización de la ejecución del presente convenio se encuentra a cargo del Encargado de Convenios de Atención Primaria de Salud, quien en su rol de “encargado”, podrá exigir la documentación necesaria que se requiera para la rendición de presente programa.*





**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.
- DIRECCIÓN DE FINANZAS DE LA CORPORACIÓN MUNICIPAL DE ANCUD.
- CESFAM DR. MANUEL FERREIRA GUZMÁN,
- CESFAM PUDETO BAJO.



---

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



---

**JORGE VRIBE GALLARDO  
RÚN: 9.414.591-0  
SECRETARIO GENERAL  
CORPORACIÓN MUNICIPAL DE  
ANCUD**

