

## 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" y **LUIS MARCELO SAAVEDRA SALDIVIA**, RUT. N° 10.923.734-5, Cirujano Dentista, nacionalidad Chilena, con domicilio en Lautaro N° 940, 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 ODONTOLÓGICO INTEGRAL**" cumpliendo con las condiciones técnicas requeridas.

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

- I. 60 Altas Odontológicas "MAS SONRISAS PARA CHILE" integrales con un valor de \$175.000.- (ciento sesenta y cinco mil pesos) c/u. Las que en su totalidad serán para beneficiarias de SERNAM.
- II. 09 Prótesis en APS con un valor de \$ 72.000 (setenta y dos mil pesos) c/u.

La estrategia MÁS sonrisas para CHILE comprende la atención odontológica integral a grupos priorizados y especialmente vulnerables. Los criterios de inclusión son: Ser beneficiaria legal del sistema público de salud (FONASA tramos A,B,C y D y/o PRAIS) Mayores de 15 años de edad. Se priorizara en la población de mujeres: Beneficiarios de Chile Solidario o ingreso ético familiar del Ministerio de Desarrollo Social; toda beneficiaria de SERNAM; personal de educación parvularia, que incluye personal de aseo, manipuladoras de alimentos, asistentes de educación y educadoras de establecimientos JUNJI, INTEGRAL y MINEDUC; mujeres de lista de espera local de todos los tramos FONASA.

El paciente recibirá las siguientes prestaciones:

- a) Examen de Salud Oral, ficha Odontológica Completa.
- b) Educación individual de Técnicas de cepillado y cuidado específico de Aparato Protésico.



- c) Entrega de Kit, salud oral (pasta, cepillo, en caso de prótesis incluye cepillo para prótesis dental).
- d) Pulido Coronario y Destartraje supragingival.
- e) Destartraje subgingival.
- f) Exodoncias.
  
- g) Restauraciones de Resinas o Amalgamas, según corresponda.
  
- h) Prótesis Removible Acrílica (una por paciente superior o inferior.
- i) Los pacientes recibirán como mínimo tres controles posteriores a la entrega de sus prótesis dentales instaladas.

**TERCERO:** La Corporación Municipal de Ancud, cancelará a Don Marcelo Saavedra Saldivia, por los servicios prestados, impuesto incluido. Los montos se imputarán al **"CONVENIO PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL"**. 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.

**CUARTO:** El Cirujano Dentista trabajará para el "Convenio Programa Odontológico Integral" 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 se realizarán dichas prestaciones. Debiendo adjuntar esta documentación.

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

**SEXTO:** El trabajo se realizará en Clínica Dental, ubicada en calle Lautaro N° 940 de la comuna de Ancud.

**SÉPTIMO:** El prestador se compromete a realizar al 31 de agosto de 2018 el 50% del total de prestaciones comprometidas en el siguiente convenio, y el 50% restante al 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.*

**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.

**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 los tribunales Ordinarios de Justicia.

**DÉCIMO:** Se firma el presente Convenio en cinco ejemplares del mismo tenor y validez, distribuyéndose de la siguiente manera:

- **DON LUIS MARCELO SAAVEDRA SALDIVIA.**
- **CENTRO DE SALUD ODONTOLÓGICO C.R.S. LIMITADA.**
- **DIRECCIÓN DE SALUD.**
- **DIRECCIÓN DE FINANZAS DE LA CORPORACIÓN MUNICIPAL DE ANCUD.**
- **CESFAM DR. MANUEL FERREIRA GUZMÁN.**
- **CESFAM PUDETO BAJO.**

  
\_\_\_\_\_  
**LUIS MARCELO SAAVEDRA SALDIVIA**  
RUN: 10.923.734-5  
**PRESTADOR DE SERVICIOS**

  
\_\_\_\_\_  
  
**JORGE URIBE GALLARDO**  
\* RUN: 9.414.591-0  
**SECRETARIO GENERAL**  
**CORPORACIÓN MUNICIPAL DE**  
**ANCUD**

