

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 **RUTH CHRISTINA BASTIDAS MORALES**, RUT. N° 23.673.615-6, Cirujano Dentista, nacionalidad Ecuatoriana, con domicilio en Ramírez N° 265, 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 MEJORAMIENTO AL ACCESO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**" cumpliendo con las condiciones técnicas requeridas.

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

- **Altas Integrales Primarias y Endodoncias**

- a) La terapia endodóntica consiste en la extirpación total de la pulpa dental. Se aplica en piezas dentales fracturadas, con caries profundas que presentan lesiones en su tejido pulpar dentario, incluye la extirpación total de la pulpa dental, y la obturación tridimensional del conducto dentario.
- b) Educación individual, indicación de métodos preventivos, mediante instrucción de técnicas de pifien bucal, uso de pastas fluoruradas y colutorios fluorurados, aplicación de medidas preventivas específicas de caries dental como barnices de clorhexidina, profilaxis: 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.
- c) Todo paciente deberá recibir educación específica respecto al cuidado de higiene de sus aparatos protésicos y dientes remanentes.
- d) 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.



e) 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.

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

II. Resolución de Especialidades Ambulatorias en Atención Primaria de 15 a 64 años.

Componente 1:

- **15 Endodoncias con un valor de \$67.000.- (sesenta y siete mil pesos) c/u.-**

TERCERO: La Corporación Municipal de Ancud, cancelará a Doña Ruth Bastidas Morales por los servicios prestados, impuesto incluido.

CUARTO: Los montos se imputarán al **“CONVENIO PROGRAMA MEJORAMIENTO AL ACCESO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA”**, 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 “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 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 Ramírez Nº 265, comuna de Ancud.

OCTAVO: 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.

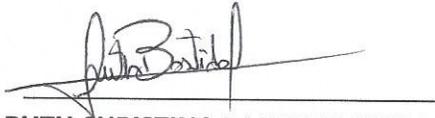


NOVENO: El presente Convenio comienza a regir a partir del 03 de Abril de 2018, y expira su vigencia el 31 de diciembre de 2018.

DÉCIMO: Para todos los efectos legales derivados del presente Convenio, las partes fijan su domicilio en la ciudad de Ancud.

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

- DOÑA RUTH BASTIDAS MORALES
- DIRECCIÓN DE SALUD.
- DIRECCIÓN DE FINANZAS DE LA CORPORACIÓN MUNICIPAL DE ANCUD.
- CESFAM DR. MANUEL FERREIRA GUZMÁN,
- CESFAM PUDETO BAJO.



RUTH CHRISTINA BASTIDAS MORALES
RUN 23.673.615-6
PRESTADOR DE SERVICIOS



JORGE URIBE GALLARDO
RUN 9.414.591-0
SECRETARIO GENERAL

