



CONVENIO DE BENEFICIOS.

ENTRE

“LA CORPORACIÓN MUNICIPAL DE DESARROLLO SOCIAL DE IQUIQUE”

Y

“SOCIEDAD MARURI TERAPIA & SALUD POR AGUA SPA.”

En Iquique, a 13 días del mes de febrero del año 2024, comparece por una parte don **JUAN PABLO ALARCÓN VERA**, cédula nacional de identidad, y rol único tributario 18.548.843-8, y doña **SAMANTHA SOLEDAD ESPINOZA ARTEAGA**, cédula nacional de identidad, y rol único tributario 17.852.514-K, en representación de “**SOCIEDAD MARURI TERAPIA & SALUD POR AGUA SPA.**”, persona jurídica de derecho privado del giro de su denominación, rol único tributario N.º 77.879.039-4, ambos domiciliados para estos efectos en Almirante Latorre 339, de la comuna de Iquique, en adelante indistintamente también como: “**LA EMPRESA**”, y por otra la **CORPORACIÓN MUNICIPAL DE DESARROLLO SOCIAL DE IQUIQUE**, persona jurídica de derecho privado, sin fines de lucro del giro de su denominación, rol único tributario N° 70.938.800-2, representada por su Secretario General don **VICTOR GUERRERO COSSIO**, chileno, sociólogo, cédula nacional de identidad y rol único tributario N° 6.428.735-4, ambos domiciliados para estos efectos en calle Serrano N° 134 Torre Cerro, 5° Piso, del Edificio Consistorial de la comuna de Iquique, en adelante indistintamente también como: “**LA CORPORACIÓN**” o “**CORMUDES**”, quienes vienen en suscribir el presente convenio:.



### **PRIMERO: Servicios que Presta la Empresa.**

La Empresa ofrece a los afiliados del Departamento de Bienestar de la Atención Primaria de Salud de la Cormudesi los siguientes servicios:

- 1.- Atenciones de crioterapia.
- 2.- Atenciones de presoterapia.
- 3.- Atenciones de masoterapia.
- 4.- Manicure y lifting de pestañas.

### **SEGUNDO: Requisitos de los Beneficiarios.**

Para acceder a los beneficios del presente convenio, bastará que el afiliado del Departamento de Bienestar de la Atención Primaria de Salud de la Cormudesi, acredite su calidad de tal, con la presentación de cédula de identidad, y/o cédula de identidad de sus cargas, lo que se acreditará mediante un listado debidamente actualizado por el Departamento de Bienestar, en su página web: [bienestar.cormudesi.cl](http://bienestar.cormudesi.cl).

### **TERCERO: Precio y de los Beneficios del Convenio.**

En este contexto, **el prestador**, se compromete a otorgar al personal del **Departamento de Bienestar de la Atención Primaria de Salud de la Cormudesi**, debidamente acreditado, descuentos por las atenciones, según se detalla a continuación.

- **10% de descuento**, sobre precio de los servicios que los afiliados del Departamento de Bienestar de la Atención Primaria de Salud de la Cormudesi, se realicen en el local ubicado en La Torre N°339, departamento 41, de la ciudad de Iquique.
- **Excluye**, Servicios en Oferta.



#### **CUARTO: Modo de Acceder a los Beneficios del Convenio.**

Para acceder a los beneficios del Convenio, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Ser afiliado del Departamento de Bienestar de la Atención Primaria de Salud de la Cormudesi.
- b) Ser carga legal debidamente acreditada por Cormudesi y por la Caja de Compensación respectiva e inscrita en el Departamento de Bienestar de las Atención Primaria de Salud de la Cormudesi.

#### **QUINTO: Modalidad de Pago.**

La forma de pago por la prestación de estos servicios será al contado en dinero efectivo, tarjeta de débito, tarjeta de crédito, o transferencia bancaria.

#### **SEXTO: Obligaciones del Departamento de Bienestar.**

Por el presente convenio, la Corporación a través del Departamento de Bienestar de la Atención Primaria de Salud de Cormudesi, se compromete en difundir al personal beneficiario, toda aquella información entregada por la Empresa, sea mediante folletos, promociones, o cualquier medio idóneo para su cabal conocimiento, respecto de los servicios ofrecidos por La Empresa, información que será publicada en la página web: [bienestar.cormudesi.cl](http://bienestar.cormudesi.cl)

#### **SÉPTIMO: Vigencia del Convenio.**

El presente convenio tendrá una duración de un (01) año, contado desde la fecha de su celebración, en tanto no se manifieste por una de las partes la intención de terminar el convenio anticipadamente sin necesidad de invocar causal, enviando al efecto una carta de aviso a lo menos con treinta (30) días de anticipación a la fecha que deseen poner término a este convenio, o en los casos que la empresa caiga



en insolvencia y no pueda continuar prestando el servicio convenido, o en el evento de caso fortuito o fuerza mayor, sin responsabilidad alguna para ellas. .

#### **OCTAVO: Confidencialidad.**

Las partes se obligan a mantener la más total y absoluta reserva de toda información que pueda llegar a su conocimiento con motivo de este convenio, o a que puedan tener acceso en forma directa o indirecta, y que diga o pueda decir relación con los negocios o actividades particulares o generales de la contraparte o de sus clientes, usuarios, proveedores, trabajadores u otras entidades o personas relacionadas, tanto durante la vigencia del presente convenio, como luego de su terminación.

#### **NOVENO: Responsabilidad de las Partes en el Convenio.**

Las partes, expresamente señalan que las obligaciones y derechos emanados del presente instrumento, corresponden exclusivamente a la relación jurídica existente entre **SOCIEDAD MARURI TERAPIA & SALUD POR AGUA SPA** y los beneficiarios de este convenio, de manera tal que ninguna responsabilidad le cabe al **DEPARTAMENTO DE BIENESTAR DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LA CORMUDES I**, derivada del incumplimiento de las obligaciones que hayan sido adquiridas por los beneficiarios, como, en el caso de morosidad o incumplimiento en el pago, protestos de cheques, entre otras.

#### **DÉCIMO: Modificación.**

Cualquier modificación al presente convenio deberá realizarse a través de un anexo, el que pasará a constituir parte integrante de este convenio, una vez firmado por los comparecientes.



#### DÉCIMO PRIMERO: De los Interlocutores del Convenio.

Para los efectos de operación del presente convenio, se designa como interlocutor válido por parte del Servicio de Bienestar del Departamento de Salud de Cormudesi, a doña **NATALIE CONTRERAS CAVANE**, cédula de identidad y rol único tributario N° 16.056.703-1, teléfono N.° 942603625, correo electrónico [bienestar.das@cormudesi.cl](mailto:bienestar.das@cormudesi.cl) y por parte de "La Empresa" a don **JUAN PABLO ALARCÓN VERA**, cédula de identidad y rol único tributario N°18.548.843-8, teléfono N°+56950198842, correo electrónico [maruri.terapia.spa@gmail.com](mailto:maruri.terapia.spa@gmail.com)

En caso de cambio de alguno de los interlocutores válidos, se deberá dar aviso por carta a la contraparte con quince (15) días de anticipación a lo menos.

#### DÉCIMO SEGUNDO: Personerías.

La personería de **VÍCTOR GUERRERO COSSIO**, para representar a la **CORPORACIÓN MUNICIPAL DE DESARROLLO SOCIAL DE IQUIQUE**, emana de Acta de Sesión Extraordinaria de Directorio N°01 /2021, de la Corporación Municipal de Desarrollo Social de Iquique, de fecha 29 de junio de 2021, por la cual se le nombra Secretario General en calidad de titular de Cormudesi, reducida a escritura pública con fecha 07 de julio del 2021, bajo el repertorio N° 2.556 de la Tercera Notaría de Iquique, a cargo de don Edwin Riffo González Notario Suplente, de don Néstor Araya Blazina.

La autorización de don **JUAN PABLO ALARCÓN VERA**, para representar a la empresa **SOCIEDAD MARURI TERAPIA & SALUD POR AGUA SPA.**, para actuar bajo el giro comercial en que comparece al presente acto, consta en iniciación de actividades de fecha 15 de enero del 2024 emitida por el Servicio de Impuestos Internos.



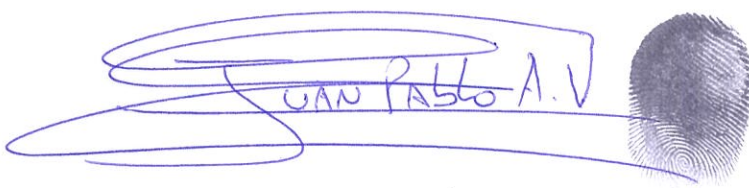
DÉCIMO TERCERO: Ejemplares.

El presente convenio se firma en dos ejemplares del mismo tenor y fecha, quedando uno (01) en poder de "La Empresa" y uno (01) en poder del "Cormudesi".

Previa lectura, firman los comparecientes, en señal de conformidad con todo lo indicado en el presente instrumento.



**VICTOR GUERRERO COSSIO**  
**SECRETARIO GENERAL**  
**CORPORACIÓN MUNICIPAL DE**  
**DESARROLLO SOCIAL DE IQUIQUE**  
**RUT N° 70.938.800-2**



**JUAN PABLO ALARCÓN VERA**  
**REPRESENTANTE LEGAL**  
**SOCIEDAD MARURI TERAPIA & SALUD**  
**POR AGUA SPA**  
**RUT N°77.879.039-4**

DOCUMENTO REDACTADO POR LAS PARTES, SIENDO DE SU ÚNICA Y EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD, SOLO SE AUTORIZAN LAS FIRMAS.

AUTORIZO LA FIRMA DON (A) VICTOR HECTOR GUERRERO COSSIO, CÉDULA DE IDENTIDAD N°6.428.735-4, EN REPRESENTACIÓN DE CORPORACION MUNICIPAL DE DESARROLLO SOCIAL DE IQUIQUE, ROL ÚNICO TRIBUTARIO N°70.938.800-2, Y FIRMÓ ANTE MI DON (A) JUAN PABLO ALARCÓN VERA, CÉDULA DE IDENTIDAD N°18.548.843-8, DOY FE, EN IQUIQUE, 04 DE ABRIL DE 2024.-

