



## CONVENIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

ENTRE

“**LA CORPORACIÓN MUNICIPAL DE DESARROLLO SOCIAL DE IQUIQUE**”

Y

**SERVICIOS ODONTOLÓGICOS Y ESTÉTICA LIMITADA**

En Iquique, a 28 días del mes de marzo del año 2023, comparece por una parte doña **LJUBICA SAVKA MALINARICH SARABIA**, chilena, cédula nacional de identidad 16.866895-3, en representación de “**SERVICIOS ODONTOLÓGICOS Y ESTÉTICA LIMITADA**”, persona jurídica de derecho privado del giro de su denominación, rol único tributario N° 76.597.874-2, ambos domiciliados para estos efectos en José Francisco Vergara #3391, 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 “**CORMUDESI**”, quienes vienen en suscribir el presente convenio:

### PRIMERO: Del Objeto del Convenio.

Por el presente instrumento **Servicios Odontológicos y Estética Limitada**, se obliga a ofrecer una serie de beneficios consistentes en Valores Preferenciales con 50% de descuento sobre el total del presupuesto en las acciones terapéuticas definidas por convenio para los miembros afiliados al Servicio de Bienestar pertenecientes al Departamento de Salud de Cormudesi, y sus cargas familiares, en Consulta Odontológica Dr Febre & Dra Ljubica Malinarich ubicada en José Francisco Vergara #3391.



Para ello, se deberán cumplir con los protocolos que La Empresa disponga al interior de la consulta dental, el cual se indica y se acepta a modo de consentimiento informado y que se adjunta al documento de convenio. Asimismo, el afiliado y sus cargas familiares deberán hacer cumplimiento de todas las normas y obligaciones.

### **SEGUNDO: Del Protocolo Covid-19 al Interior del Establecimiento**

En todo momento se debe utilizar mascarilla. Está prohibido acudir con signos o síntomas de COVID o con COVID confirmado. Se debe llenar el consentimiento informado de Atención dental con anexo COVID 19.

### **TERCERO: De los Requisitos de los Beneficiarios.**

Para acceder a los beneficios del presente convenio, bastará que el afiliado del Servicio 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 Servicio de Bienestar del Departamento de Salud de Comudesi, en su página web: [bienestar.cormudesi.cl](http://bienestar.cormudesi.cl).

### **CUARTO: Del Precio y de los Beneficios del Convenio.**

La Empresa les otorga a los afiliados del Servicio de Bienestar y sus cargas los siguientes beneficios:

Valor Preferencial con 50% de descuento sobre el valor del Total del Presupuesto en las siguientes acciones Terapéuticas:

- Restauraciones estéticas de Composite en piezas anteriores o posteriores
- Endodoncia ("Tratamiento de Conductos")
- Coronas
- Limpieza dental
- Sellantes
- Exodoncias simple
- Tratamiento de Urgencia



Cualquier acción terapéutica está sujeta a evaluación y confección de Presupuesto, con cita previamente agendada. La empresa se reserva el Derecho de Atención en caso de no cumplir los criterios para su resolución, y en cuyo caso pudiera ser requerida la Derivación, para lo cual no se considerará como negación o incumplimiento del convenio. Asimismo, los tratamiento y presupuesto son intransferibles.

**QUINTO: Del Modo de Acceder a los Beneficios del Convenio.**

Para acceder a los beneficios del Convenio, los afiliados al Servicio de Bienestar y sus cargas, deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Deberá llegar puntualmente y con 20 minutos de anticipación a la cita agendada.
- b) Frente a 3 inasistencias, cancelación de cita o atraso se dará por término y cerrado el tratamiento, teniendo que pagar nuevamente el arancel.
- c) Será de responsabilidad dar cumplimiento con puntualidad a las citas agendadas y controles, tomar y acudir con los exámenes solicitados, así como cumplir con las indicaciones dadas.
- d) Deberá cumplir con las normas y protocolos del establecimiento, así como firmar los documentos que sean requeridos.
- e) Deberá mantener contrato vigente con Corporación Municipal de Iquique y será de su responsabilidad mantener sus datos e información de salud actualizado con el Centro de Salud.
- f) Se podrá dar por terminado y cerrado el convenio en caso de Agresión física o verbal, por reiterado incumplimiento de protocolos o obligaciones del paciente y/o sus acompañantes y/o Apoderado.

**SEXTO: De la Modalidad de Pago.**

La forma de pago por la prestación de estos servicios será al contado en dinero efectivo, debito, o crédito.

**SÉPTIMO: Excepciones a los Beneficios de Descuento.**

Los valores con descuento preferencial se limitan a los detallados según el convenio y establecidos en el punto cuarto.



Se excluye del descuento preferencial:

- Los tratamiento de Bruxismo y TTM, Rejuvenecimiento Facial y Estética Facial, lo que no impide que puedan acceder a los tratamiento realizando el pago del arancel.
- La atención con otros profesionales por Derivación, Interconsulta, exámenes complementarios, Radiografías, costos de laboratorio, etc.
- Otros tratamientos o procedimiento diferente a lo que por convenio queda establecido
- Garantías, re-tratamientos o cualquier procedimiento por no cumplimiento de normas, indicaciones y protocolos por parte del paciente o su cuidador.

**OCTAVO: De las Obligaciones de los Beneficiarios.**

Los beneficiarios del presente convenio deberán respetar las reglas de orden e higiene, y en especial lo señalado en la cláusula segunda del presente instrumento.

**NOVENO: De las Obligaciones del Departamento de Bienestar.**

Por el presente convenio, La Corporación a través del Servicio de Bienestar perteneciente al Departamento de Salud de Cormudesi, se compromete en difundir al personal beneficiario, toda aquella información entregada por **SERVICIOS ODONTOLÓGICOS ESTÉTICA LIMITADA REPRESENTADA POR EL NOMBRE DE CONSULTA ODONTOLÓGICA DR FEBRE & DRA LJUBICA MALINARICH**, 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)

**DÉCIMO: De las Obligaciones de la Empresa.**

La Empresa, no podrá transar, vender y/o ceder a cualquier título, información referida a los afiliados del Servicio y sus respectivas cargas, ya sea por medio magnético, escrito, fotocopiado o cualquier otro.

Asimismo, **SERVICIOS ODONTOLÓGICOS Y ESTÉTICA LIMITADA**, se obliga a no dar a conocer a terceros cualquier tipo de resultado o conclusión de los procedimientos que se implementen o



se ejecuten, elevándose esta cláusula a la categoría de esencial cuyo incumplimiento dará lugar al término “ipso facto” del presente convenio.

**DÉCIMO PRIMERO: De la 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 La Empresa y los beneficiarios de este convenio, de manera tal que ninguna responsabilidad le cabe al Servicio de Bienestar del Departamento de Administración de Salud de la Cormudesi, 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 SEGUNDO: De la 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.

**DÉCIMO TERCERO: De la 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.

**DÉCIMO CUARTO: De la Modificación.**

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



**DÉCIMO QUINTO: De la Cláusula Exclusividad.**

El presente convenio, no importa exclusividad pudiendo el Servicio de Bienestar del Departamento de Salud de Cormudesi, suscribir y mantener convenios con otras Empresas del mismo rubro.

**DÉCIMO SEXTO: De los Efectos de Convenios Anteriores.**

Se deja constancia que el presente instrumento deja sin efecto cualquier otro convenio celebrado con anterioridad entre las partes, excepto los compromisos ya adquiridos en virtud de ellos.

**DÉCIMO SÉPTIMO: 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 DOÑA **LJUBICA SAVKA MALINARICH SARABIA**, cédula de identidad y rol único tributario N° 16.866.895-3, teléfono N° 983601314, correo electrónico [ljubica.malinarich@gmail.com](mailto:ljubica.malinarich@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 OCTAVO: De las 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 doña **LJUBICA MALINARICH SARABIA**, para actuar bajo el giro comercial **SERVICIOS ODONTOLÓGICOS Y ESTÉTICA LIMITADA** en que comparece al presente acto, consta en iniciación de actividades de fecha 08 de marzo del 2016, emitida por el Servicio de Impuestos Internos.

**DÉCIMO NOVENO: De los 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**

**LJUBICA MALINARICH SARABIA**  
**REPRESENTANTE LEGAL EMPRESA**  
**SEV. ODONTOLÓGICOS Y ESTÉTICA LTDA**  
**RUT N° 16.866.895-3**

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

FIRMÓ ANTE MI DON (A) LJUBICA SAVKA MALINARICH SARABIA, CÉDULA DE IDENTIDAD N°16.866.895-3, en representación de SERVICIOS ODONTOLÓGICOS Y ESTÉTICA LIMITADA, RUT N°76.597.874-2. DOY FE, EN IQUIQUE, 02 DE MAYO DEL 2023.- Y AUTORIZO LA FIRMA DE VICTOR HECTOR GUERRERO COSSIO, CEDULA DE IDENTIDAD N°6.428.735-4, EN REPRESENTACION DE CORPORACION MUNICIPAL DE DESARROLLO SOCIAL DE IQUIQUE, RUT N°70.938.800-2.- DOY FE.-

