

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

ENTRE

CORPORACIÓN MUNICIPAL DE SAN MIGUEL

Y

[REDACTED]

En Santiago, a 01 de Octubre de 2017, entre LA CORPORACIÓN MUNICIPAL DE SAN MIGUEL, en adelante "LA CORPORACIÓN", persona jurídica de derecho privado, sin fines de lucro, RUT N° 70.962.500-4, debidamente representada por su Secretario General don Mario Varela Montero, cédula nacional de identidad N° [REDACTED], ambos domiciliados en El Llano Subercaseaux N°3519, de la Comuna de San Miguel, Santiago, por una parte; y por la otra, [REDACTED], RUT N° [REDACTED], en adelante también indistintamente [REDACTED], representada por su Gerente General don Rodrigo Medel Samacoitz, cédula nacional de identidad N° [REDACTED] ambos domiciliados en [REDACTED], comuna de Huechuraba, Santiago, se ha convenido lo siguiente:

PRIMERO: ANTECEDENTES

LA CORPORACIÓN MUNICIPAL DE SAN MIGUEL, es una entidad de derecho privado, sin fines de lucro, constituida al amparo del D.F.L. 1-3.063 del año 1980 y sus modificaciones posteriores, cuya finalidad es administrar y operar, entre otros, los servicios en el área de la Salud, adoptando las medidas necesarias para su dotación, ampliación, perfeccionamiento y eficiente y eficaz funcionamiento.

Por su parte, [REDACTED], es una entidad con infraestructura médica y dental con presencia en todo el país, y que cuenta asimismo con profesionales que están en condiciones de entregar prestaciones de salud ambulatoria en la mayoría de las especialidades médicas y dentales en las mejores condiciones, a las personas que las requieran, con una disponibilidad determinada por el flujo de demanda de sus usuarios.

SEGUNDO: OBJETO DEL CONVENIO

LA CORPORACIÓN requiere contratar un prestador que otorgue servicios de Imagenología a usuarios que lo requieran, pertenecientes al Sistema de Atención Primaria de la comuna de San Miguel, en adelante, "los Beneficiarios".



De acuerdo a lo anterior, en este acto y por el presente instrumento, **LA CORPORACIÓN** contrata los servicios de [REDACTED] para que ésta realice a los Beneficiarios de aquella, en el período comprendido entre el 02 de octubre y 31 de diciembre de 2017, **600 (seiscientas) Ecografías Abdominales**, exámenes que corresponden al Programa de Imágenes diagnósticas de **LA CORPORACIÓN**.

**TERCERO: LUGAR DE ENTREGA DE LAS PRESTACIONES Y PRECIO**

- a) Centro Megasalud convenido: Los exámenes se realizarán en el Centro Médico Megasalud San Miguel, ubicado en Av. José Miguel Carrera N° 5728, comuna de San Miguel, Santiago.
- b) **LA CORPORACIÓN** pagará a MEGASALUD un valor por cada examen, según el siguiente detalle:

EXAMEN	\$ POR EXAMEN ( * )	CANTIDAD DE EXS.
Ecografía Abdominal	\$14.500.-	600

Los valores se encuentran exentos del pago de I.V.A., por tratarse de Prestaciones correspondientes al área de Atención Primaria de Salud.

El precio indicado se mantendrá vigente hasta el 31 de Diciembre de 2017 o hasta completar la meta de 600 exámenes, informada por **LA CORPORACIÓN**.

**CUARTO: IDENTIFICACIÓN Y ACCESO A LAS PRESTACIONES**

Para acceder a las prestaciones establecidas en el presente Convenio, los Beneficiarios deberán presentarse en la recepción del Centro Médico indicado en la cláusula precedente, el día y hora coordinados previamente.

Antes de su atención, deberán acreditarse en la recepción médica de Megasalud mediante la presentación de la correspondiente Cédula Nacional de Identidad y entregar en esa misma oportunidad, una Orden de Atención cuyo formato consta en el **ANEXO N° 1** que forma parte de este instrumento, y que emitirá **LA CORPORACIÓN**.

La Orden de Atención contendrá los datos completos de Identificación del Beneficiario, esto es, Nombre completo, Edad, Rut, y deberá estar validada por un Profesional del Centro de Salud de **LA CORPORACIÓN**, incluyendo nombre y firma de quien deriva y timbre del Centro de Salud.



**MEGASALUD SpA**, con la sola presentación de la mencionada Orden, sin enmiendas, y, habiendo verificado la identidad de quien lo exhibe como beneficiario del examen, autorizará la atención del paciente.

**LA CORPORACIÓN** será responsable de la emisión, entrega y custodia de cada Orden de Atención, por lo que su extravío, mala emisión, uso indebido o cualquier otra circunstancia que signifique una utilización de tales formularios ajena a los fines del presente Convenio, serán de responsabilidad exclusiva de **LA CORPORACION**.

#### **QUINTO: FACTURACIÓN Y PAGO DE PRESTACIONES**

██████████ facturará a **LA CORPORACIÓN** los servicios prestados, dentro de los 10 (diez) primeros días corridos, de cada mes, incluyendo todas las prestaciones convenidas que se hubiesen efectuado en el mes inmediatamente anterior. Además, ██████████ adjuntará a la factura de cobro de prestaciones, las Ordenes de Atención que hubiere recibido en pago de los servicios de cada atención prestada en el mes que se envía a cobro como asimismo, una planilla que contiene listado con la individualización de los beneficiarios atendidos y datos de los exámenes, cuyo formato consta en el **ANEXO N° 2** de este Convenio; esta planilla, debe ser enviada por ██████████, el 2° día hábil de cada mes.

**LA CORPORACIÓN** pagará a M ██████████, el total de las sumas cobradas mensualmente, dentro de los treinta (30) días corridos siguientes a la recepción de la factura.

El no pago dentro del plazo establecido en esta cláusula, obligará a **LA CORPORACIÓN** a pagar la suma adeudada en forma reajustada de acuerdo a la variación positiva diaria que experimente la Unidad de Fomento, entre el día en que debió hacerse el pago y aquel de su pago efectivo y, a ese valor, se le agregará el interés corriente bancario de colocación, definido por el Banco Central de Chile para operaciones reajustables, recargado en un 50 %, sin perjuicio de las acciones que pueda ejercer ██████████ para el cobro forzado de la deuda.

#### **SEXTO: ENTREGA DE EXÁMENES**

Los exámenes (imágenes) y su correspondiente informe, serán retirados por personal autorizado de **LA CORPORACIÓN**, en el Centro ██████████ San Miguel.



**SÉPTIMO: CALIDAD DE ATENCIÓN**

██████████ otorgará sus servicios de acuerdo a las especificaciones técnicas del MINSAL, según el "ars médica" de las especialidades involucradas y a través de profesionales médicos especialistas con experiencia en estas áreas, debidamente acreditados. A su vez debe cumplir con los estándares de calidad de atención y calidad técnica que **LA CORPORACIÓN** le instruya, salvaguardando especialmente el buen servicio en la atención a los Beneficiarios

**OCTAVO: RESPONSABILIDAD.-**

**LA CORPORACIÓN** no tendrá responsabilidad alguna ante los Beneficiarios, de los servicios de salud prestados por los profesionales de ██████████ en el marco del presente Convenio. Asimismo, **LA CORPORACIÓN** no tendrá responsabilidad alguna por los daños o perjuicios, de cualquier índole que estos sean, que pudieren ser ocasionados por los beneficiarios del presente Convenio a ██████████.

Sin perjuicio de lo anterior, **LA CORPORACIÓN** será la responsable de difundir el procedimiento adecuado por medio el cual los Beneficiarios podrán asistir al Centro **MEGASALUD SpA** señalado en este Convenio. Asimismo, **LA CORPORACIÓN** deberá informar a los Beneficiarios, de los requisitos para obtener los servicios detallados en el presente instrumento.

**NOVENO: VIGENCIA**

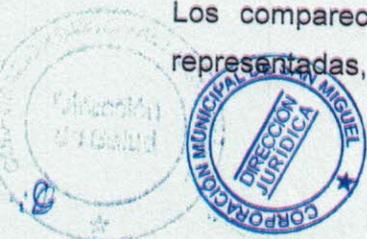
El presente Convenio entregará en vigencia el 02 de octubre de 2017, y tendrá vigencia hasta el 31 de Diciembre de 2017.

No obstante, las partes podrán poner término anticipado al contrato en cualquier momento, en caso de cualquier incumplimiento de cualquiera de las obligaciones contraídas o por cualquier otra causa, para lo cual se notificará a la contraparte con una anticipación de a lo menos treinta días corridos. La notificación deberá realizarse mediante el envío de carta certificada al domicilio de la otra parte, indicando la fecha de término del Convenio.

Las prestaciones en curso y aquellas otorgadas y recepcionadas conformes serán facturadas y deberán ser pagadas por **LA CORPORACIÓN**.

**DECIMO: REPRESENTACIÓN**

Los comparecientes declaran contar con facultades suficientes para obligar a sus representadas, conforme a los términos de este Convenio.



La personería de don Rodrigo Medel Samacoitz, para representar a [REDACTED] consta en la Escritura pública de fecha 01 de Julio de 2016, otorgada en la Notaría de Santiago de don Juan Ricardo San Martín Urrejola.

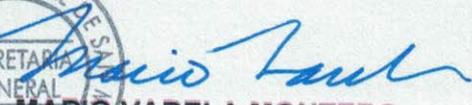
Por su parte, la personería de don Mario Varela Montero, para representar a LA **CORPORACIÓN MUNICIPAL DE SAN MIGUEL**, consta en la Escritura Pública de fecha 23 de enero de 2017, otorgada ante la Notaría Pública de San Miguel, doña Lorena Quintanilla León.

**DECIMO PRIMERO: EJEMPLARES:**

El presente contrato se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de LA **CORPORACIÓN** y uno en poder de [REDACTED]



[REDACTED]  
Gerente General



**MARIO VARELA MONTERO**  
Secretario General  
**CORPORACIÓN MUNICIPAL  
DE SAN MIGUEL**

DGS/CAZ/DRM/PCP



**ANEXO N° 1**

**CONVENIO IMÁGENES DIAGNOSTICAS - MEGASALUD**

DÍA	MES	AÑO

NOMBRE			
RUT		EDAD	
CENTRO DE SALUD		SECTOR	

DIAGNOSTICO PREVIO: \_\_\_\_\_

INDICAR EXAMEN

ECO ABDOMINAL 35 A 49 AÑOS	ECO ABDOMINAL OTRAS EDADES	
----------------------------	----------------------------	--

NOMBRE PROFESIONAL		FIRMA	
--------------------	--	-------	--



