

**APRUEBA CONVENIO DE
ATENCION DENTAL CLINICA
DENTAL CAVATH CON
DEPARTAMENTO EDUCACION
MUNICIPAL.-**

Lota, 2 de Marzo 2016.-

DECRETO N° 387.- /

VISTOS:

Convenio de fecha 20/11/2016 suscrito entre Clínica Dental Cavath y el Departamento de Educación Municipal de Lota; Memo 019-2016 de Asesor Jurídico de 01/03/2016 por el cual solicita dictar decreto; y, en uso en lo dispuesto en el Art. 12° y las facultades que me confiere el Art.63 ambos de la ley 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

1.-Apruébese Convenio individualizado en los vistos en virtud del cual se prestará atención dental a los funcionarios, trabajadores y cargas familiares del Departamento de Educación Municipal de Lota en los términos y condiciones pactados en el convenio que por esta acto se aprueba.

2.- Para todos los efectos legales, los documentos indicados en los Vistos se entenderán que forman parte del presente Decreto.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y, EN SU OPORTUNIDAD ARCHÍVESE.



**JOSE MIGUEL ARJONA BALLESTEROS
ALCALDE (S)**



**EDGARDO MORALES RUIZ
SECRETARIO MUNICIPAL (S)**

Distribución:

- Daem (3)
 - Asesor Jurídico
 - Archivo
- JMAB/jmab



MEMORANDUM N° 019-2016

DE: ASESOR JURIDICO

A: SECRETARÍA MUNICIPAL

- | | |
|---|---|
| (1) <input type="checkbox"/> Informar por escrito | (10) <input type="checkbox"/> Tomar medidas del caso |
| (2) <input type="checkbox"/> Informar por citófono | (11) <input type="checkbox"/> Preparar respuesta |
| (3) <input type="checkbox"/> Informar personalmente | (12) <input type="checkbox"/> Deseo conversarlo con Ud. |
| (4) <input type="checkbox"/> Estudiar e Informar | (13) <input type="checkbox"/> Tramitar con preferencia |
| (5) <input type="checkbox"/> Para conocimiento y resolución | (14) <input type="checkbox"/> Contestar directam. al Interesado |
| (6) <input type="checkbox"/> Para su información | (15) <input type="checkbox"/> Contestar directam. c/c Alcaldía |
| (7) <input type="checkbox"/> Para tomar conocimiento y devolver | (16) <input type="checkbox"/> Tener presente |
| (8) <input type="checkbox"/> Como ya lo conversamos | (17) <input type="checkbox"/> Archivo |
| (9) <input type="checkbox"/> Dar curso | |

OBSERVACIONES:

JUNTO CON SALUDABLE, RECIBO A
USTED CON UNIDAD DE ATENCION DENTAL
"CLINICA DENTAL CAUATH" CON SU UNIDAD
UBICADA EN LOTA, CON EL PROPOSITO DE
ELABORAR DECRETO ALCALDICO QUE LO
OPROCURA.

SIN OTROS PARTICULARES

ATENTAMENTE



Atalfo González Gallardo

FIRMA

FECHA

01 03 2016

**CONVENIO DE ATENCION DENTAL
CLINICA DENTAL CAVATH
BARBARA DENISSE HERNANDEZ ASTUDILLO
CON
DEPARTAMENTO EDUCACION MUNICIPAL**

En la ciudad de Lota a 20 de noviembre de 2015, entre, **CLINICA DENTAL CAVATH**, representada legalmente por doña **BARBARA DENISSE HERNANDEZ ASTUDILLO**, cédula de identidad N° 15.606.045-3, con domicilio en Pedro Aguirre Cerda N° 248 Lota, y el **DEPARTAMENTO DE EDUCACION MUNICIPAL DE LOTA** o **DEM LOTA**, RUT N° 69.151.301-7, representado legalmente por el Alcalde de la Ilustre Municipalidad de Lota don **PATRICIO MARCHANT ULLOA**, ambos con domicilio en calle Ex Hospital N°81, se establece el siguiente convenio de atención dental:

PRIMERO: Por el presente instrumento **CLINICA DENTAL CAVATH**, representada legalmente por doña **BARBARA DENISSE HERNANDEZ ASTUDILLO**, cédula de identidad N° , se compromete a proporcionar atención dental a los funcionarios, trabajadores y las cargas familiares de los mismos, del **DEPARTAMENTO DE EDUCACION MUNICIPAL DE LOTA**, cuyos presupuestos hayan sido autorizados por **DEM LOTA**, mediante un documento anexo al presupuesto, denominado Orden de descuentos.

La citada autorización, será confeccionada por **CLINICA DENTAL CAVATH**, representada por **BARBARA DENISSE HERNANDEZ ASTUDILLO**, cedula de identidad N° , en modelo formulario, la cual consistirá en un ejemplar y dos copias las que llevaran las firmas de las tres partes. (Cirujano Dentista, Servicio de Bienestar y funcionario DEM afiliado).

El Formulario debe contener: nombre y run afiliado, nombre paciente, monto total del presupuesto, numero de cuotas, valor cuota y mes de inicio.

SEGUNDO: El **DEM LOTA**, se compromete a solicitar el descuento por planilla de las remuneraciones mensuales, el valor de las cuotas pactadas. Así mismo a no expedir la "Autorización de Descuento", sin la autorización previa del funcionario para efectuar los descuentos referidos.

La citada autorización deberá indicar expresamente que, en caso de término de la relación laboral entre el funcionario y el DEM Lota, que al primero se le descuenta el máximo permitido por la ley, respecto del saldo adeudado a **CLINICA DENTAL CAVATH**, representada por **BARBARA DENISSE HERNANDEZ ASTUDILLO**, cedula de identidad N°

TERCERO: CLINICA DENTAL CAVATH, representada por **BARBARA DENISSE HERNANDEZ ASTUDILLO**, cedula de identidad N° , remitirá al **DEM LOTA** dentro de los doce primeros días del mes, una planilla de descuentos mensuales, detallado el nombre del afiliado y RUN, monto total del presupuesto, valor cuota mensual y número de cuotas a la que corresponde el cobro.

El **DEM LOTA** efectuara el pago referido en el punto CUARTO dentro de los primeros cinco días del mes siguiente en que se efectuó el respectivo descuento por planillas de sueldos, con cheque nominativo a nombre de **BARBARA DENISSE HERNANDEZ ASTUDILLO**, cedula de identidad N°

Una vez recibido el pago **BARBARA DENISSE HERNANDEZ ASTUDILLO**, cedula de identidad N° deberá emitir un comprobante de recibo de caja a nombre del DEM Lota según sea el caso.

Una vez recibido el pago **BARBARA DENISSE HERNANDEZ ASTUDILLO**, cedula de identidad N° , confeccionara una boleta de Honorarios a nombre de cada paciente, la que deberá ser enviada mes a mes junto a la siguiente nómina de descuento.

CUARTO: En caso que el funcionario o sus cargas familiares desistan del tratamiento, **CLINICA DENTAL CAVATH** representada por **BARBARA DENISSE HERNANDEZ ASTUDILLO**, cedula de identidad N° comunicara por escrito al **DEM LOTA** el trabajo efectivamente realizado, obligándose el último a descontarle de sus remuneraciones los valores informados.

QUINTO: Se celebra este convenio por el plazo de dos años a contar de la fecha de su vigencia y extenderá renovada tacita y sucesivamente por periodos iguales, si ninguna de las partes manifestare su voluntad de ponerle termino mediante aviso por escrito, con a lo menos 60 días de anticipación. Sin perjuicio de cumplir

ambas partes las obligaciones contraídas hasta la fecha de recepción del mismo, tanto en lo que atención dental se refiere como al pago de las prestaciones.

Asimismo, el Departamento de Educación Municipal de Lota o DEM LOTA podrá poner término por incumplimiento del presente convenio, dándose aviso por escrito con a lo menos 60 días de anticipación a **CLINICA DENTAL CAVATH**.

SEXTO: Para todos los efectos legales relacionados con el presente convenio las partes fijan domicilio en la ciudad de Lota y se someten a la jurisdicción de sus Tribunales de Justicia.

SEPTIMO: La personería de don **PATRICIO MARCHANT ULLOA** para representar al **DEPARTAMENTO DE EDUCACION MUNICIPAL o DEM LOTA** consta de Decreto Alcaldicio N°194 de fecha 6 de diciembre de 2012

En señal de conformidad y aceptación firman el convenio de igual tenor y fecha, en original y dos copias, quedando en poder de **CLINICA DENTAL CAVATH** representada por **BARBARA DENISSE HERNANDEZ ASTUDILLO**, cedula de **identidad N°** _____ un ejemplar, y en poder del **DEM LOTA**, los otros dos ejemplares.



Alcalde I. Municipalidad Lota
PATRICIO MARCHANT ULLOA

A large, loopy handwritten signature in black ink.

Clínica Dental CAVATH
BARBARA DENISSE HERNANDEZ ASTUDILLO
Representante Legal

