

## CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

En Santiago de Chile a 15 de Enero de 2019 , se celebra el presente Contrato de Prestación de Servicios que suscribe por una parte OHSJD CLINICA DEL CARMEN

R.U.T.:80696700-9 con domicilio en AVDA QUILIN 3679

comuna de Caldera Fono: 977211570 correo javiersolis@gmail.com a quien se

denominará más adelante como 'Cliente'; y de la otra parte Asistencia Integral Limitada

R.U.T.: 76.191.893-1, representada por don Antonio Castillo Rojas, CI: 13.477.178-K

ubicada en calle El Olivillo 6036, Peñalolen, email: contacto@asistencia integral.cl, fono: 22 408 85 91

(Oficina comercial Avenida Quilin 3451, comuna de Macul) a quien se denominará como 'Prestador de servicios' bajo los términos y condiciones siguientes:

**PRIMERO:** El cliente conviene contratar por voluntad propia al Prestador de Servicios para el cuidado del Señor (a,ta): ALARCON ENCINA MANUEL FRANCISCO CI:10358811-1 actual paciente de OHSJD CLINICA DEL CARMEN, este servicio deberá prestarse en forma independiente y autónoma asumiendo riesgos y responsabilidades propias de la actividad. El servicio básicamente consistirá en que los asistentes contratados por el Prestador de Servicios asistan al paciente, que por orden médica lo requiera y que se encuentre internado(a) en la institución de salud acreditada, en sus necesidades básicas, tales como aseo personal, alimentación, vestuario, deambulaci3n y compa1a.

**SEGUNDO:** Las actividades de los Asistentes de Enfermos del Prestador de Servicios se efectuarán en : EN CLINICA DEL CARMEN AVDA QUILIN 3679

**TERCERO:** Este contrato se celebra entre el Cliente y el prestador de Servicios por cuanto los Asistentes no tendrán relacion de tipo Empleador a Trabajador con los Clientes. No obstante, estos últimos se comprometen a cancelar lo siguiente:

Paciente de baja complejidad:

-Turno diurno \$ 28.000.- Lunes a Sabado de 8:00 a 20:00 Hrs. (Día Hábil)

-Turno Nocturno \$ 30.000.- Lunes a Sabado de 20:00 a 8:00 Hrs. (Día Hábil)

-Domingo y feriados Diurnos \$ 42.000.-

-Domingo y visperas de Feriado Nocturno \$ 45.000.-

-Medio turno individual 8:00 a 14:00 3 14:00 a 20:00 Hrs. \$ 15.000.-

**Abono Inicial:** El cliente deberá abonar los primeros 4 a 6 turnos, que corresponden a 48 o 72 horas y cada turno equivale a 12 horas continuas, estos valores seran abonados y rebajados del primer cobro semanal del cliente.

Monto abono \$: 14000 Forma de pago: Efectivo

Por otra parte, el Prestador, deberá emitir de manera individualizada y detallada el COBRO DE LOS SERVICIOS DE CUIDADOS POR PERIODOS SEMANALES O EN MENOR PLAZO QUE SE REQUIERA, siendo responsabilidad del Cliente la INMEDIATA CANCELACION por cada informe emitido, pudiendo solicitar la boleta una vez cancelados los servicios, acordando un plazo no superior a un día posterior a la emisión del respectivo documento, el no cumplimiento a lo establecido resultará en la suspensión automática del servicio, como así en los casos de atrasos y reposición de mas de una oportunidad, darán cabida al término del presente contrato.

Se deja constancia que los plazos de cancelación del presente contrato NO guardan relación alguna con los establecidos por la institución médica del paciente, por cuanto Asistencia integral es una empresa de tipo externa a la cual puede contactar directamente en caso de dificultades, dudas o agradecimientos.

CUARTO: son obligaciones del Prestador de Servicios, las siguientes:

- a) Realizar los servicios de acuerdo a lo establecido en la cláusula primera de este contrato En forma eficiente.
- b) Guardar el secreto sobre los datos proporcionados por Los Clientes y sobre aquellos que conozca en el desempeño de las funciones.
- c) Contar con los Asistentes necesarios para una oportuna prestación del servicio.
- d) Que los asistentes cuenten con un uniforme que los distinga del personal de la institución prestadora del servicio médico del paciente.
- e) Que los asistentes cuenten con una credencial que los identifique claramente.
- f) Disponer de un uniforme si el cliente lo requiere.

QUINTO: Son obligaciones del Cliente, las siguientes:

- a) Abonar al Prestador de Servicios la retribución en la forma acordada, conforme a la oportuna facturación realizada por este.
- b) Informar oportunamente al Prestador respecto de cualquier tipo de dificultad que hubiere entre el Cliente o el paciente y el Asistente de Enfermos.
- c) Respetar los conductos regulares de la institución prestadora del servicio médico del paciente frente a la entrega de artículos personales, artículos de higiene, dinero o cualquier otro efecto del paciente.
- d) Dar aviso en forma inmediata frente a la orden médica de cese de actividades por parte del Asistente de enfermos via email a [contacto@asistenciaintegral.cl](mailto:contacto@asistenciaintegral.cl)
- e) Ante las dificultades, dirigirse con el o la supervisora de turno correspondiente a la empresa de asistentes de enfermos a fin de exponer y dar pronta solución ante eventuales requerimientos.

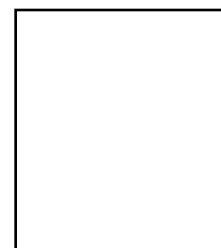
f) Ante felicitaciones o sugerencias hacerlas llegar por escrito a [acastillo@asistenciaintegral.cl](mailto:acastillo@asistenciaintegral.cl)

SEXTO: La duración del presente contrato será del tiempo necesario requerido por la Orden Médica, pudiendo a su vencimiento, ser objeto de renovación frente a los requerimientos del paciente, médico o Cliente, para tal efecto previamente deberá existir un aviso por medio de la enfermera o paramédico del pabellón de la institución en que se encuentre el paciente, adicionando el aviso correspondiente de aprobación por parte del Cliente via email a [contacto@asistenciaintegral.cl](mailto:contacto@asistenciaintegral.cl)

SPTIMO: Para los efectos en la interpretación respecto del presente Contrato de prestación de Servicios, las partes establecen que la jurisdicción de lo tribunales ordinarios corresponderán a los con asiento en la ciudad de Santiago.

Al mismo tiempo el Cliente autoriza a Asistencia Integral Limitada, RUT:76.191.893-1 para que en el evento de mora, simple retardo o incumplimiento, en el total o parte de las cancelaciones antes indicadas, los datos personales y los relativos a este incumplimiento se traten y/o comuniquen en la base de datos DICOM, como así mismo su cobro sea transferido a la empresa de cobranza en convenio.

OCTAVO: Para constancia y en señal de plena conformidad de los acuerdos establecidos en el presente contrato, firman el prestador de servicios y el cliente respectivamente, en dos ejemplares pudiendo quedar uno en poder de cada interesado-.



(Huella)

Asistencia Integral Ltda.-.  
GERENCIA  
RUT:76.191.893-1

\_\_\_\_\_  
Nombre:  
CI: