

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ODONTOLÓGICOS

En la ciudad de Medellín, a los _____ días del mes _____ del año _____, entre los suscritos a saber, de una parte: _____, identificado (a) como aparece al pie de su firma, en calidad de Odontólogo(a) especialista, y quien en adelante se denominara el (la) prestador(a) de servicios; y de otra, el paciente o la persona responsable que contrata el servicio, identificado(a) como aparece al final del presente documento y quien se denominara el contratante, quienes por medio del presente documento acuerdan celebrar éste **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES**, con miras a regular las obligaciones mutuas y que se regirán conforme con las siguientes cláusulas: **PRIMERA, OBJETO: EL PRESTADOR(A) DE SERVICIOS** en adelante se obliga a proporcionar sus servicios profesionales al paciente en todas aquellas gestiones contratadas, estando a su cargo las siguientes obligaciones: **a)** Poner a disposición del paciente todos los conocimientos odontológicos al igual que las instalaciones y elementos que sean necesarios para la prestación de los servicios; **b)** Conservar su autonomía e iniciativa en las gestiones profesionales y actividades encomendadas; **c)** Poner en conocimiento del paciente o persona responsable todo la información odontológica respecto del tratamiento, implicaciones, riesgos, y demás asuntos que sean considerados relevantes. **SEGUNDA, OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:** De conformidad con lo acá pactado el paciente o su persona responsable estará obligados: **a)** pagar el costo de los tratamientos odontológicos y conexos en las fechas y condiciones pactados; de igual forma asumir los valores adicionales ocasionados por daños no contemplados en el tratamiento sin importar la causa de estos, de igual forma por los valores causados por otros procedimientos odontológicos ajenos que fueran necesarios y que no estuviesen contemplados en el tratamiento y de los cuales se dejara constancia en la historia clínica; **b)** Respetar en todo momento los espacios dispuestos para la prestación de los servicios; **c)** no revelar ningún tipo de información que sea adquirida o confiada en el transcurso de las consultas; **d)** Cumplir con sus responsabilidades en cuanto al cuidado de los dispositivos odontológicos, cooperación, higiene bucal, asistencia puntual a citas, uso apropiado aditamentos, así como adaptar los hábitos alimenticios requeridos para el desarrollo del tratamiento; **e)** No romper con las indicaciones brindadas o efectuar actuaciones perjudiciales que dañen sus dientes; **f)** El paciente acepta que el desarrollo del tratamiento y su resultado estará sujeto e influenciado por la respuesta biológica presente en cada caso concreto y frente a las cuales a su vez incide en factores de estabilidad como son: tiempo de uso del tratamiento, cuidado y diligencia en el uso del tratamiento, cumplimiento efectivo de las indicaciones, hábitos perniciosos, memoria de los dientes, reacción de los tejidos, descuido de la salud bucal y estado general, caries, encías, crecimiento, función y cambios propios de la edad, conforme con ello cualquier afectación con posterioridad al tratamiento no será responsabilidad del profesional de la salud; **g)** Si el paciente suspendiera temporalmente el tratamiento faltando a sus citas por causas de diversa índole, incluyendo la interrupción se hará responsable él mismo de las consecuencias que puedan presentarse por la interrupción y además por los sobrecostos; **h)** Suscribir el pagaré con espacios en blanco y la carta de instrucciones que garantizan el pago de los servicios prestados por el contratista. **TERCERA, FORMA DE PAGO:** El paciente, o su persona a cargo se obliga a efectuar el pago por la prestación de los servicios de la siguiente manera: **a)** El pago total del valor del tratamiento cuando el mismo se surta en una consulta única y de forma previa a la consulta; **b)** Cuando el tratamiento se surta de

manera periódica se efectuará el pago durante el transcurso del tratamiento, en _____ cuotas de \$ _____ COP, y que serán pagaderos los días en que se programen las consultas periódicas bien sean de manera diaria, semanal o mensual y por el tiempo de duración del tratamiento quedando constancia de ello en la historia clínica dentro del anexo de registro de pagos. De igual manera el pago se efectuara en efectivo, por medio de tarjeta débito - crédito, o mediante transacción Bancaria, siendo efectuado el pago en el consultorio odontológico del prestador(a) de servicios en la cuenta que se brindara para tal finalidad. Las cantidades no pagadas oportunamente de acuerdo a lo pactado, generarán a partir del primer mes vencido un interés moratorio cobrado sobre la tasa máxima legal vigente. Siendo de igual forma aceptado que si el tratamiento finaliza en menos tiempo al establecido, se liquidara el valor restante para completar el costo neto del mismo y se pagaran el día de finalización del tratamiento. **CUARTA, ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD:** Considerando que en la ejecución del **CONTRATO EL PRESTADOR DE SERVICIOS**, pondrá a disposición o revelará información relacionada con sus operaciones en el ejercicio de la odontología además los que se deriven de estas actividades, el **CLIENTE** o **PERSONA A CARGO CONTRATANTE** y **EL PRESTADOR DE SERVICIOS** determinan que la información sea tratada como información confidencial que se registrá de conformidad con las siguientes pautas: **1. INFORMACIÓN CONFIDENCIAL.** En adelante se llamará información confidencial toda la información que reciba **EL USUARIO, O SU ACOMPAÑANTE RESPONSABLE** de **EL PRESTADOR DE SERVICIOS**, en ejercicio del **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES**, antes o después de la fecha de la firma de este documento y por un término de 30 años, bien sea en forma oral o escrita, la cual comprende pero no se limita a:(i) información de sus clientes y/o empleados; (ii) información de elementos tratamientos, métodos y demás conocimientos usados en los procesos e intervenciones odontológicas y afines en esa medida no está permitido hacer uso de la información confidencial para fines diferentes a los relacionados con las atenciones odontológicas, respondiendo así por el incumplimiento de lo aquí dispuesto y, en todo caso, indemnizará a **AL PRESTADOR DE LOS SERVICIOS** por los perjuicios que la divulgación de la información eventual le ocasione. **2. DAÑO IRREPARABLE. EL PACIENTE, SU PERSONA A CARGO O REPRESENTANTE** reconoce que el incumplimiento de este acuerdo causara un perjuicio irreparable al **PRESTADOR(A) DE SERVICIOS** y por ende podrá reclamar judicial o extrajudicialmente el resarcimiento económico de todos los daños y perjuicios que tal incumplimiento pudiera representarle, y siendo **EL PACIENTE, SU PERSONA A CARGO O REPRESENTANTE** quien asuma los gastos generados por concepto de costas y agencias en derecho. **QUINTA, DURACIÓN:** El presente contrato tendrá una duración limitada a la terminación del tratamiento odontológico, la terminación o suspensión por parte del cliente o hasta el momento en que LA PRESTADORA DE SERVICIOS decida dar por terminado el contrato. **SEXTA, POLÍTICA EN EL MANEJO DE DATOS PERSONALES:** El contratante se compromete por medio de éste documento a suscribir las políticas de datos personales establecidas y anexas a éste contrato y dar cabal cumplimiento a la misma. **SÉPTIMA, CLAUSULA ACELERATORIA:** El prestador del servicio podrá declarar insubsistente los plazos de esta obligación o de las cuotas pendiente de pago, estén o no vencidas, y exigir el pago total e inmediato bien judicial o extrajudicialmente cuando el contratante incumpla cualquiera de las obligaciones derivadas del presente contrato. **OCTAVA, MERITO EJECUTIVO:** El presente documento contiene una obligación clara, expresa y exigible para las partes, así como los demás documentos suscritos como pagaré, órdenes de servicio y demás soportes, prestando por ello merito ejecutivo en caso de incumplimiento de las obligaciones por **EL PACIENTE, SU PERSONA A CARGO O REPRESENTANTE**, siendo exigibles en esa medida el cumplimiento por la vía ejecutiva al día siguiente a aquel en que debiera

cumplirse la obligación, sin necesidad de requerimiento privado o judicial para la constitución en mora, derecho al cual renuncian el **EL PACIENTE, SU PERSONA A CARGO O REPRESENTANTE** de manera expresa. **NOVENA, TERMINACIÓN ANTICIPADA:** La terminación anticipada de este contrato procede: a) Por determinación de la prestadora de servicios; b) por constituirse un incumplimiento de **EL PACIENTE, SU PERSONA A CARGO O REPRESENTANTE** de las obligaciones a su cargo. **DÉCIMA, NATURALEZA DE LAS OBLIGACIONES.** Las partes reconocen expresamente que el presente contrato corresponde a una relación de naturaleza civil derivada de la prestación de servicios profesionales odontológicos y de la financiación otorgada para el pago de dichos servicios, sin que exista vínculo laboral alguno entre ellas. En consecuencia, cualquier controversia relacionada con la existencia, validez, interpretación, ejecución, cumplimiento, incumplimiento, cobro de obligaciones dinerarias o ejecución de los títulos valores que garantizan el presente contrato será conocida por la jurisdicción ordinaria en sus especialidades civil o comercial, de conformidad con las reglas de competencia previstas en la ley colombiana. **DÉCIMAPRIMERA. PERFECCIONAMIENTO.** El presente contrato queda perfeccionado con la suscripción del mismo mediante la firma de las partes la huella dactilar y número de identificación. **DUODÉCIMA, NOTIFICACIONES.** El paciente autoriza que cualquier notificación, requerimiento o gestión de cobro pueda realizarse a las direcciones físicas, electrónicas y números de contacto suministrados durante la relación contractual, los cuales declara vigentes y bajo su control.

El presente contrato se suscribe en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ del _____.

NOMBRE DEL PACIENTE
FIRMA DEL PACIENTE O PERSONAL RESPONSABLE
NÚMERO Y TIPO DE IDENTIFICACIÓN:
IDENTIFICACIÓN:
DIRECCIÓN:

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD
HUELLA
NUMERO DE REGISTRO: