

IQUIQUE, 13 de julio de 2016.-

**DECRETO EXENTO N° 1390.-**

Con esta fecha, el Rector de la Universidad Arturo Prat, ha expedido el siguiente Decreto:

**VISTOS Y CONSIDERANDO:**

a.- Lo dispuesto en la Ley N° 18.368, del 30 de noviembre de 1984 y el D.F.L. N° 1 del 28 de mayo de 1985, el Decreto N° 580 del 28.12.2015, todos del Ministerio de Educación Pública, el Decreto N° 34 de 28.012.2015.-

b.- El Memorando N° 8434 de la Encargada de la Oficina de Egresados y Titulados de fecha 11.07.2016, que solicita la emisión del presente instrumento.

**DECRETO:**

1.- Regularízase la aprobación del Convenio de Colaboración y Beneficios suscrito con **SOCIEDAD ODONTOLÓGICA SAN CRISTOBAL LTDA. (Dental Activa)**, de acuerdo a los términos contenidos en el documento adjunto, cuyo texto es el siguiente:

**CONVENIO DE COLABORACIÓN Y BENEFICIOS**

**UNIVERSIDAD ARTURO PRAT**

**Y**

**SOCIEDAD ODONTOLOGICA SAN CRISTOBAL LTDA**

En Santiago , a 6 de junio de 2016 entre la **UNIVERSIDAD ARTURO PRAT**, Corporación de Derecho Público, Rol Único Tributario N° 70.777.500-9, representado por su Rector don **Gustavo Soto Bringas**, chileno, casado, Licenciado en Biología, Cédula de Identidad y Rol Único Tributario N° 6.829.992-6, ambos con domicilio en calle Avenida Arturo Prat N° 2120, comuna de Iquique, en adelante “**Universidad**”, y **SOCIEDAD ODONTOLOGICA SAN CRISTOBAL LTDA** , Rol Único Tributario N° 77286050-1 representado por **Marcelo Torres Castillo**, cédula de identidad y rol único tributario N° 10565236-4, cirujano Dentista, ambos domiciliados en **Calle San Pio N°2445 of.303**, comuna de **PROVIDENCIA** , en adelante “**DENTAL ACTIVA**” acuerdan suscribir el siguiente convenio:

**PRIMERO:** Por medio del presente instrumento las partes convienen que **UNIVERSIDAD** difunda mediante mailing masivo, la página web de egresados y redes sociales de la oficina de egresados, los beneficios o descuentos que **DENTAL ACTIVA** otorgue a los alumnos titulados del Centro Docente y de Vinculación Santiago de la Casa de Estudios Superiores.

En virtud de lo anterior, **DENTAL ACTIVA** formará parte de la red de empresas asociadas a la Credencial de Profesionales UNAP.

**SEGUNDO:** Por su parte **DENTAL ACTIVA**, se compromete a otorgar a los alumnos titulados del Centro Docente y de Vinculación Santiago de la Universidad, en adelante los “**Beneficiarios**”, los descuentos o beneficios preferenciales que a continuación se detallan:

1.- 50% DE DESCUENTO EN ATENCION DENTAL (REFERENCIA ARANCEL DE DENTAL ACTIVA) SE EXCLUYE ORTODONCIA E IMPLANTOLOGIA

2.- PRESUPUESTOS Y EVALUACION SIN COSTO

3.- ACCESO A PROMOCIONES PUBLICADAS EN WEB DE CLINICA WWW.DENTALACTIVA.CL

Cualquier modificación de los descuentos y beneficios establecidos en este convenio, requerirá el acuerdo previo de ambas partes.

**TERCERO:** Para acceder al o los descuentos preferenciales establecidos en el presente instrumento, los beneficiarios deberán exhibir el documento denominado “Credencial de Profesionales Unap”, único documento válido que acredita que éstos son alumnos titulados de la Casa de Estudios Superiores.

**CUARTO:** **DENTAL ACTIVA** por el hecho de formar parte de la red de empresas asociadas a la “Credencial de Profesionales UNAP”, se compromete a otorgar el o los descuentos establecidos en el artículo segundo del presente instrumento, al o los dueños o representantes legales de las empresas o instituciones que formen parte de dicha red.

En virtud de lo anterior, la Universidad entregará al o los dueños o representantes legales de las empresas o instituciones que integren la red, una identificación que les reconozca su calidad de miembros, y de esta forma, puedan acceder a los mismos beneficios o descuentos que se entreguen a los titulados de la Universidad.

**QUINTO:** Las partes dejan constancia que la suscripción del presente convenio no implica pacto de exclusividad, por lo que ambas partes podrán firmar otros similares con terceros.

**SEXTO:** Este convenio tendrá una duración indefinida a partir de su firma. Sin perjuicio de lo anterior, cualquiera de las partes podrá poner término a este convenio dando aviso por carta certificada con 2 meses de anticipación a la fecha en que se desea dejar sin efecto.

**SEPTIMO:** Las partes convienen que cualquier desacuerdo generado de la interpretación o ejecución del presente convenio o de sus convenios específicos, se resolverá a través de consulta directa u otra modalidad que de mutuo acuerdo se convenga.

**OCTAVO:** Las partes fijan su domicilio en la ciudad de **Iquique** y se someten a la jurisdicción y competencia de sus Tribunales Ordinarios de Justicia.

**NOVENO:** El presente convenio entrará en vigencia desde el momento en que se encuentre totalmente tramitado el Decreto que lo aprueba.

**DÉCIMO:** Las partes de común acuerdo por este acto, vienen en poner término a cualquier convenio de colaboración o descuentos que hayan suscrito con anterioridad a la fecha del presente instrumento.

**DÉCIMO PRIMERO:** El presente Convenio se firma en dos ejemplares del mismo tenor y fecha, quedando uno en poder de cada una de las partes.

La personería jurídica de Don **Gustavo Soto Bringas**, Decreto Supremo N°580 del 28 de Diciembre de 2015 del Ministerio de Educación, para representar a la **Universidad**, y la personería de don **Marcelo Torres Castillo** para representar a **DENTAL ACTIVA**, Escritura Pública **Foja 49228 N° 30515 del 7 de Julio del 2014** que no se insertan por ser conocida por las partes.

**MARCELO TORRES CASTILLO**

**Cirujano Dentista**

**DENTAL ACTIVA**

**GUSTAVO SOTO BRINGAS**

**Rector**

**UNIVERSIDAD ARTURO PRAT**

**COMUNÍQUESE, REGÍSTRESE Y DÉSE CUMPLIMIENTO.**

**EDMUNDO CORTÉS SAAVEDRA**  
Secretario General

**GUSTAVO SOTO BRINGAS**  
Rector

**DISTRIBUCIÓN:**

Según envío vía email a base de datos decretos-2016.-  
GSB/ECS/rcc



14 JUL. 2016

**RECIBIDO UNIDAD JURÍDICA**  
Fecha: 11 JUL 2016  
N° Registro: 307 MEMO Nro. 8434 / 2016

**MEMORANDUM**

**RECIBIDO SECRETARÍA GENERAL**  
Fecha : 11 JUL 2016  
Nº Reg.: 1168 -

A : **SR. EDMUNDO CORTES SAAVEDRA**  
Secretario General / Secretaría General

DE : **SRA(ITA). CARMEN HIDALGO RODRIGUEZ**  
Encargado De Área / Seguimiento De Egresados

REF : **SOLICITA DECRETAR CONVENIOS DE COLABORACION Y BENEFICIOS CON EMPRESAS QUE SE INDICAN**

FECHA : Lunes, 11 de Julio de 2016

Mediante el presente y junto con saludarlo, solicito a usted tenga a bien decretar Convenios de Colaboración y Beneficios asociados a la Credencial de Profesionales UNAP con las Empresas de la ciudad de Santiago, que se indican a continuación:

DOCTO.ANTERIOR	NOMBRE CONVENIO	EMPRESA	RUBRO
NUEVO	TRONWELL DOWNTOWN	TRONWELL DOWNTOWN	SERVICIOS
NUEVO	SOC.ODONTOLOGICA SAN CRISTOBAL LTDA.	DENTAL ACTIVA	SALUD

Se comunica además, que se adjuntan hojas de ruta con las firmas correspondientes.

Sin otro particular, le saluda atentamente a usted,.

CHR/mlh



**CARMEN HIDALGO RODRIGUEZ**  
Encargado De Área / Seguimiento De Egresados  
CDT: 2016afabc55f3cf39831f0



CONVENIOS DE COLABORACION Y BENEFICIOS

UNIVERSIDAD ARTURO PRAT

NOMBRE Y CARGO

FIRMA

SRA. CARMEN HIDALGO RODRIGUEZ, ENCARGADA OFICINA  
EGRESADOS Y TITULADOS



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Carmen Hidalgo Rodriguez".

SRA. LORETO VALENZUELA ZEPEDA, DIRECTORA DE ADMISION



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Loreto Valenzuela Zepeda".

SRA. TERESA IBARRA MENDOZA, VICERRECTORA ACADEMICA



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Teresa Ibarra Mendoza".

SR. MAURICIO MUÑOZ VENEGAS, ASESOR JURIDICO



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Mauricio Muñoz Venegas".



A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Secretaría General".

**FORMULARIO DE SOLICITUD  
DE NUEVO CONVENIO**

---

**1. INFORMACIÓN DE LA CONTRAPARTE**

- Nombre Contraparte : Sociedad Odontológica San Cristóbal Ltda.
- Rut : 77.286.050-1
- Domicilio : Calle San Pío N°2445 Of.303
- Representante : Marcelo Torres Castillo
- Rut : 10.565.236-4
- País : Chile

**2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONVENIO**

- Tipo de Convenio : Marco (.....) Específico (..X..) Tipo
- Convenio Específico:
  1. Intercambio Estudiantil
  2. Intercambio Académico
  3. Investigación
  4. Práctica Profesional
  5. Otro (indicar) Convenio de Colaboración y Beneficios Credencial de Profesionales Unap
  
- Duración del Convenio: Indefinido (..X..) Plazo (.....) /Nº de años...../

**3. OBJETO DEL CONVENIO (Indicar Áreas Específicas, si corresponde)**

Aumentar número de convenios asociados a la red de empresas que ofrecen beneficios y descuentos especiales para los titulados que porten la Credencial de Profesionales Unap, tanto en casa central, sede y centros docentes y de vinculación.

**4. BENEFICIOS O RESULTADOS ESPERADOS PARA LA UNAP**

Fidelización de los Titulados a través de los beneficios que se les otorga por medio de los convenios con empresas asociadas a la Credencial de Profesionales Unap.

**5. JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD (motivación de la propuesta de celebración del convenio; indicar como se relaciona con los planes estratégicos de la unidad)**



1



Potenciar la fidelización de los Egresados a través de una herramienta que les ofrece descuentos y beneficios especiales, lo cual nos llevará a mantener una comunicación permanente con ellos y contar con su actualización de datos.

**6. CONTACTOS PREVIOS** (indicar contactos previos mantenidos con la Institución Contraparte, describiendo brevemente las actividades realizadas).

Se realiza reunión con la Empresa, llamados telefónicos y envíos de mail para entregar información necesaria y obtener la firma del Convenio.

**7. PERSONA DE CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN CONTRAPARTE**

- Nombre : Marcelo Torres Castillo.
- Unidad a la que pertenece : \_\_\_\_\_
- Cargo : Representante Legal
- Teléfono : 226329948
- Email : [adentis.cl@gmail.com](mailto:adentis.cl@gmail.com)

**8. COSTOS ASOCIADOS** (si los hubiere)

Item	Fuente de Financiamiento	Monto	Centro de Costo

**9. COORDINADOR(A) RESPONSABLE**

- Nombre : Carmen Hidalgo Rodriguez
- RUT : 13.865.395-1
- Unidad a la que pertenece : Oficina de Egresados y Titulados
- Cargo : Encargada de Oficina
- Teléfono : 57-2526286
- Email : [cahidalg@unap.cl](mailto:cahidalg@unap.cl)



Firma Coordinador(a) Responsable



**CONVENIO DE COLABORACIÓN Y BENEFICIOS  
UNIVERSIDAD ARTURO PRAT  
Y  
SOCIEDAD ODONTOLOGICA SAN CRISTOBAL LTDA**

En Santiago , a 6 de junio de 2016 entre la **UNIVERSIDAD ARTURO PRAT**, Corporación de Derecho Público, Rol Único Tributario N° 70.777.500-9, representado por su Rector don **Gustavo Soto Bringas**, chileno, casado, Licenciado en Biología, Cédula de Identidad y Rol Único Tributario N° 6.829.992-6, ambos con domicilio en calle Avenida Arturo Prat N° 2120, comuna de Iquique, en adelante "**Universidad**", y **SOCIEDAD ODONTOLOGICA SAN CRISTOBAL LTDA** , Rol Único Tributario N° 77286050-1 representado por **Marcelo Torres Castillo**, cédula de identidad y rol único tributario N° 10565236-4, cirujano Dentista, ambos domiciliados en **Calle San Pio N°2445 of.303**, comuna de **PROVIDENCIA** , en adelante "**DENTAL ACTIVA**" acuerdan suscribir el siguiente convenio:

**PRIMERO:** Por medio del presente instrumento las partes convienen que **UNIVERSIDAD** difunda mediante mailing masivo, la página web de egresados y redes sociales de la oficina de egresados, los beneficios o descuentos que **DENTAL ACTIVA** otorgue a los alumnos titulados del Centro Docente y de Vinculación Santiago de la Casa de Estudios Superiores.

En virtud de lo anterior, **DENTAL ACTIVA** formará parte de la red de empresas asociadas a la Credencial de Profesionales UNAP.

**SEGUNDO:** Por su parte **DENTAL ACTIVA**, se compromete a otorgar a los alumnos titulados del Centro Docente y de Vinculación Santiago de la Universidad, en adelante los "**Beneficiarios**", los descuentos o beneficios preferenciales que a continuación se detallan:

- 1.- 50% DE DESCUENTO EN ATENCION DENTAL (REFERENCIA ARANCEL DE DENTAL ACTIVA) SE EXCLUYE ORTODONCIA E IMPLANTOLOGIA
- 2.- PRESUPUESTOS Y EVALUACION SIN COSTO
- 3.- ACCESO A PROMOCIONES PUBLICADAS EN WEB DE CLINICA WWW.DENTALACTIVA.CL

Cualquier modificación de los descuentos y beneficios establecidos en este convenio, requerirá el acuerdo previo de ambas partes.

**TERCERO:** Para acceder al o los descuentos preferenciales establecidos en el presente instrumento, los beneficiarios deberán exhibir el documento denominado "Credencial de Profesionales Unap", único documento válido que acredita que éstos son alumnos titulados de la Casa de Estudios Superiores.

**CUARTO:** **DENTAL ACTIVA** por el hecho de formar parte de la red de empresas asociadas a la "Credencial de Profesionales UNAP", se compromete a otorgar el o los descuentos establecidos en el artículo segundo del presente instrumento, al o los dueños o representantes legales de las empresas o instituciones que formen parte de dicha red.



En virtud de lo anterior, la Universidad entregará al o los dueños o representantes legales de las empresas o instituciones que integren la red, una identificación que les reconozca su calidad de miembros, y de esta forma, puedan acceder a los mismos beneficios o descuentos que se entreguen a los titulados de la Universidad.

**QUINTO:** Las partes dejan constancia que la suscripción del presente convenio no implica pacto de exclusividad, por lo que ambas partes podrán firmar otros similares con terceros.

**SEXTO:** Este convenio tendrá una duración indefinida a partir de su firma. Sin perjuicio de lo anterior, cualquiera de las partes podrá poner término a este convenio dando aviso por carta certificada con 2 meses de anticipación a la fecha en que se desea dejar sin efecto.

**SEPTIMO:** Las partes convienen que cualquier desacuerdo generado de la interpretación o ejecución del presente convenio o de sus convenios específicos, se resolverá a través de consulta directa u otra modalidad que de mutuo acuerdo se convenga.

**OCTAVO:** Las partes fijan su domicilio en la ciudad de **Iquique** y se someten a la jurisdicción y competencia de sus Tribunales Ordinarios de Justicia.

**NOVENO:** El presente convenio entrará en vigencia desde el momento en que se encuentre totalmente tramitado el Decreto que lo aprueba.

**DÉCIMO:** Las partes de común acuerdo por este acto, vienen en poner término a cualquier convenio de colaboración o descuentos que hayan suscrito con anterioridad a la fecha del presente instrumento.

**DÉCIMO PRIMERO:** El presente Convenio se firma en dos ejemplares del mismo tenor y fecha, quedando uno en poder de cada una de las partes.

La personería jurídica de Don **Gustavo Soto Bringas**, Decreto Supremo N°580 del 28 de Diciembre de 2015 del Ministerio de Educación, para representar a la **Universidad**, y la personería de don **Marcelo Torres Castillo** para representar a **DENTAL ACTIVA**, Escritura Pública **Foja 49228 N° 30515 del 7 de Julio del 2014** que no se insertan por ser conocida por las partes.



**MARCELO TORRES CASTILLO**  
Cirujano Dentista  
**DENTAL ACTIVA**

Dr. Marcelo G. Torres C.  
Cirujano Dentista U. de Chile  
Rehabilitación Oral - Implantología  
R.U.T. : 10.565.236-4 R.C.D. 8579



**GUSTAVO SOTO BRINGAS**  
Rector  
**UNIVERSIDAD ARTURO PRAT**



**UNIVERSIDAD ARTURO PRAT**  
SECRETARIA  
GENERAL  
IQUIQUE - CHILE



**UNIVERSIDAD ARTURO PRAT**  
UNIDAD  
ASESORA  
IQUIQUE - CHILE