

**APRUEBA CONVENIO SUSCRITO ENTRE LA  
JUNTA NACIONAL DE AUXILIO ESCOLAR Y  
BECAS Y MUNICIPALIDAD DE PAILLACO EN  
EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DEL  
PROGRAMA DE SALUD ORAL EN LA  
CLÍNICA DENTAL PAILLACO.**

**RESOLUCIÓN EXENTA N° 48**

**VALDIVIA, 04 de marzo de 2021**

**V I S T O:**

Lo dispuesto en la Ley N° 19.880 que establece los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado; en la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; en la Ley N° 15.720, de 1964, que crea la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas; en el Decreto Supremo N° 5.311, de 1968, del Ministerio de Educación, que fija el Reglamento General de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas; en el Decreto Ley N° 180 de 1973, que declara en receso el Consejo de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, cuyas facultades otorga a su Secretario General; en la Resolución Exenta N° 3101, de fecha 27 de noviembre de 2017 que aprueba política de seguridad de la información sobre acuerdos de confidencialidad o no divulgación; en el Decreto Supremo N° 209 del 2012 y su modificación, el Decreto Supremo N° 220 del 2017, ambos del Ministerio de Educación; en la Ley N° 21.289 de Presupuesto para el Sector Público, correspondiente al año 2021; en la Resolución Exenta N° 1676, de fecha 10 de julio de 2017, que modifica la Resolución Exenta N° 998 de fecha 15 de mayo de 2013 en el sentido de aprobar una nueva caracterización de comunas del Programa de Salud Oral; en la Resolución Exenta N° 536 de fecha 24 de febrero de 2021 que informa el reajuste y fija los valores del Programa de Salud Oral para el año 2021, ambas de este Servicio; en la Resolución Exenta N° 2651 de fecha 15 de octubre de 2019, de JUNAEB, que delega facultades en Directores Regionales; en la Resolución N° 8 de enero de 1986 de JUNAEB, que delega las funciones que indica; en N° TRA173/235/2019, que designa Director Regional de Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas en la Región LOS RÍOS; en la Resolución N° 7 de 26 de marzo del

2019, que fija normas sobre exención del Trámite de Toma de Razón; y en la Resolución N° 8 de 27 de marzo de 2019, que determina los montos en unidades tributarias mensuales, a partir de los cuales los actos que se individualizan quedarán sujetos a Toma de Razón y a controles de reemplazo cuando corresponda.

#### **CONSIDERANDO:**

1.- Que, la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, en adelante e indistintamente JUNAEB, Corporación Autónoma de Derecho Público, tiene a su cargo la aplicación de medidas coordinadas de asistencia social y económica para los estudiantes, conducentes a hacer efectiva la igualdad de oportunidades ante la educación.

2.- Que, el propósito de JUNAEB, es impulsar que niños, niñas y adolescentes, en condición de desventaja social, económica, psicológica o biológica puedan desarrollar un proyecto de vida personal a través de su incorporación, permanencia y éxito en el sistema educacional, entregando para ello apoyo, productos y servicios de calidad que contribuyan a su desarrollo humano integral y a la igualdad de oportunidades frente al proceso educacional.

3.- Que, para el cumplimiento de su misión JUNAEB ha incorporado dentro de su estructura, al Departamento de Salud del Estudiante, para que este a través de sus diversos Programas acompañe a los beneficiarios durante su paso por el proceso educacional, contribuyendo entre otras cosas, a evitar la deserción escolar, a mejorar su rendimiento académico, de modo que estos accedan a una mejor calidad de vida.

4.- Que, uno de los Programas que administra el Departamento de Salud del Estudiante es el Programa de Salud Oral, cuya implementación se efectúa mediante dos vías. Por una parte JUNAEB proporciona a los Municipios seleccionados Módulos Dentales con clínicas fijas y/o móviles, para efectos de entregar un servicio de atención clínica dental integral, educativa y preventiva a los beneficiarios del Programa. Para efectos de lo anterior se suscriben contratos de donaciones con los respectivos Municipios y convenios con las entidades colaboradoras que proporcionarán el servicio dental.

---

5.- Que, la operatoria del Programa antes descrito se enmarca dentro del marco normativo, a saber estipulaciones presupuestarias contempladas en la ley de presupuestos, según se detalla a continuación:

1. Partida 09, Capítulo 09, Programa 02, Subtítulo 24, Ítem 03, Asignación 167, Glosa 03.
2. Partida 09, Capítulo 09, Programa 02, Subtítulo 33, ítem 03, Asignación 005, Glosa 07.

6.- Que, la Glosa N° 07 previamente referida, establece: *"Estos recursos se destinarán a la renovación de equipamiento de módulos dentales instalados hace 10 años o más"*

7.- Que, en el marco de la implementación y funcionamiento del Programa de Salud Oral, JUNAEB a partir del año 2009 entregó a distintos Municipios, Módulos Dentales Móviles (módulos dentales con clínicas móviles). Aquellas comprendían un carro móvil dental de arrastre con su respectivo set de equipos clínicos y odontológicos para implementar el Programa en comunas a lo largo del territorio nacional, con el propósito de acercar la atención a la población y entregar beneficios a todos los estudiantes que formen parte del Programa. y/o Módulos Dentales Fijas (módulos dentales con clínicas fijas). Aquellas comprendían su sillón dental con respectivo set de equipos clínicos y odontológicos para implementar el Programa en comunas a lo largo del territorio nacional.

8.- Que, atendido que la vida útil de los equipos odontológicos es de 10 años, de conformidad a lo dispuesto en la Resolución Exenta N°43 del 26 de diciembre del 2002 del Servicio de Impuestos Internos, durante los años 2018 y 2019 se procedió a renovar clínicas dentales móviles (módulos dentales con clínicas móviles), mediante la adquisición de 1clínica dental móvil, mediante la adquisición de 1clínicas dentales Móvil.

9.- Que, las nuevas clínicas dentales móviles y fijas (módulos dentales con clínicas fijas y móviles) fueron entregadas a las Municipalidades que, durante los períodos anteriores, llevaron a cabo el Programa de Salud Oral como colaboradores de JUNAEB, para efectos de dar continuidad al mismo.

10.- Que, en dicho contexto JUNAEB entregó a

MUNICIPALIDAD DE PAILLACO una clínica dental móvil (módulo dental con clínica MOVILI), entrega que fue formalizada mediante un contrato de donación, aprobado mediante la Resolución Exenta N° 578) de fecha 01 de marzo de 2021.

11.- Que, por su parte y de conformidad a lo estipulado en la Asignación 167, Glosa 03 la ejecución de los recursos destinados al Programa Salud Oral, se rige por lo dispuesto en el Decreto N° 209, de 2012, del Ministerio de Educación y sus modificaciones.

12.- Que, de conformidad a lo dispuesto en el Decreto antes referido, parte del marco normativo, la administración de los fondos destinados a financiar el Programa, corresponderá a JUNAEB y su ejecución se realizará mediante la suscripción de convenios y traspaso de dichos fondos a entidades públicas o privadas, con el objeto de reparar el daño bucal de los beneficiarios y realizar las acciones de educación y prevención de la salud oral de los mismos.

13.- Que, por su parte el literal g) del artículo 5 de la ley N° 15.720 dispone que JUNAEB está facultada para celebrar convenios de cooperación financiera, asistencia técnica y otros con organismos nacionales, internacionales y extranjeros o personas naturales o jurídicas para dar cumplimiento a las finalidades de la Corporación.

14.- Que, en virtud de lo anterior, JUNAEB, suscribe convenios con aquellas Municipalidades, Corporaciones Municipales, Servicios Locales de Educación, Servicios de Salud y/o prestadores privados que disponen de un Módulo Dental con clínicas fijas o móviles, para efectos de implementar el Programa de Salud Oral.

15.- Que, en virtud de lo expuesto en los considerandos precedentes mediante el presente acto administrativo se viene en aprobar convenio suscrito con la MUNICIPALIDAD DE PAILLACO que tiene por objeto regular la ejecución, durante el año 2021 del Programa Salud Oral en el Módulo Dental PAILLACO.

---

**RESUELVO:**

**ARTICULO 1º: APRUÉBESE** convenio celebrado entre la **JUNTA NACIONAL DE AUXILIO ESCOLAR Y BECAS** y la **MUNICIPALIDAD DE PAILLACO**.

**CONVENIO  
ENTRE  
LA JUNTA NACIONAL DE AUXILIO ESCOLAR Y BECAS  
Y  
MUNICIPALIDAD DE PAILLACO**

En Valdivia a 2 de enero del año 2021 , entre la **DIRECCIÓN REGIONAL DE LA JUNTA NACIONAL DE AUXILIO ESCOLAR Y BECAS**, Corporación Autónoma de Derecho Público, RUT N° 60.908.000-0, representada legalmente por la Directora Regional Sra. **KARINA SILVA FERNÁNDEZ**, Región de Los Ríos, cédula de identidad N° 13.103.261-7, ambos con domicilio en calle Camilo Henríquez N° 155, de la comuna y ciudad de Valdivia, en adelante e indistintamente **JUNAEB** y la **MUNICIPALIDAD DE PAÍLLACO**, RUT N° 69.200.900-2, representado legalmente para estos efectos por su Alcaldesa Doña **RAMONA REYES PAINEQUEO**, cédula de identidad N° 10.787.302-3, ambos domiciliados en calle Vicuña Mackenna N° 340 de la comuna y ciudad de Paillaco, en adelante e indistintamente la **ENTIDAD COLABORADORA**, se ha acordado celebrar el siguiente convenio:

**PRIMERO: ANTECEDENTES.**

- El Departamento de Salud del Estudiante de **JUNAEB**, a través del Programa de Salud Oral, desarrolla un modelo de atención odontológica integral, reparativa, preventiva y promocional-educativa, en espacios físicos y administrativos denominados Módulos Dentales (Clínicas Dentales), que se encuentran a cargo de un cirujano dentista, para aquellos alumnos del ciclo de enseñanza parvularia y básica matriculados en los establecimientos educacionales municipales, administrados por Servicios Locales de Educación, y establecimientos particulares subvencionados, según lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 209 del año 2012 del Ministerio de Educación y sus modificaciones.

- Para dichos efectos, **JUNAEB** suscribe convenios de colaboración y transferencia de recursos con Municipalidades, Servicios Locales de Educación, Servicios de Salud, Corporaciones Municipales, y/o prestadores odontológicos privados, según corresponda, de conformidad a lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 209 del año 2012 del Ministerio de Educación y sus modificaciones, con el objeto de recuperar la salud bucal de los beneficiarios, realizando las acciones que sean necesarias para prevenir y reparar el daño a la salud oral, así como promocionar y educar en hábitos de vida saludable a los beneficiarios desde Pre Kínder a 8° Básico.

**SEGUNDO: OBJETO.**

Por el presente convenio, la **ENTIDAD COLABORADORA** se compromete a proporcionar las prestaciones necesarias en orden a recuperar la salud bucal de los beneficiarios, a realizar las acciones para prevenir y reparar el daño a la misma, a promocionar y educar en hábitos de vida saludable a los beneficiarios desde Pre Kínder a 8° Básico, matriculados en los establecimientos educacionales de la comuna de PAILLACO adscritos a los Módulos Dental/es (Clínica/s Dental/es), que a continuación se individualizan por RBD en orden ascendente:

**MÓDULO**

**ESCUELA PROYECTO DE FUTURO**

<b>R.B.D. (en forma ascendente)</b>	<b>D.V.</b>	<b>ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES ADSCRITOS</b>
7202	8	ESCUELA PROYECTO DE FUTURO

**MÓDULO**

**CLINICA MOVIL**

<b>R.B.D.</b>	<b>D.V.</b>	<b>ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES ADSCRITOS</b>
7202	8	ESCUELA PROYECTO DE FUTURO
7212	5	ESCUELA RURAL EL NARANJO
7214	1	ESCUELA RURAL MANAO

**MÓDULO**

**ESCUELA OLEGARIO MORALES**

<b>R.B.D.</b>	<b>D.V.</b>	<b>ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES ADSCRITOS</b>
7203	6	ESCUELA OLEGARIO MORALES OLIVA
7205	2	ESCUELA RURAL ROBERTO OJEDA TORRES
7217	6	ESCUELA RURAL ESTRELLA DE CHILE
7225	7	ESCUELA RURAL EDUVIGIS SCHULTZ DE MOHR
7220	6	ESCUELA RURAL LA PEÑA
7227	3	ESCUELA RURAL EL ESFUERZO
6990	6	ESCUELA RURAL EL LLOLLY

**MÓDULO**

**ITROPULLI**

<b>R.B.D.</b>	<b>D.V.</b>	<b>ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES ADSCRITOS</b>
7206	0	ESCUELA RURAL 21 DE MAYO

**MÓDULO**

**ESCUELA CARDENAL SILVA HENRIQUEZ**

<b>R.B.D.</b>	<b>D.V.</b>	<b>ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES ADSCRITOS</b>
22313	1	COLEGIO CARDENAL RAUL SILVA HENRIQUEZ

**MÓDULO**

**CLINICA MOVIL ANTIGUA**

<b>R.B.D</b>	<b>D.V.</b>	<b>ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL</b>
7204	4	ESCUELA NUEVA AURORA

LA ENTIDAD COLABORADORA debe informar a JUNAEB el retiro y/o cambio de algún establecimiento educacional, con el objeto de solicitar la incorporación y/o cambio de otro(s) establecimiento(s) educacional(es), para efectos de mantener la cobertura comprometida en la cláusula novena. La solicitud debe realizarse por escrito, con a lo menos 30 días hábiles de antelación, mediante correo electrónico

dirigido al encargado del Programa de esta Dirección Regional con copia al Director Regional.

Esta Dirección Regional tendrá un plazo de hasta 10 días hábiles, para analizar la procedencia de la solicitud y pronunciarse al respecto. El pronunciamiento será comunicado a la contraparte técnica de la **ENTIDAD COLABORADORA**, mediante correo electrónico. Autorizada la incorporación y/o cambio, se procederá a suscribir la modificación de convenio, según corresponda.

### **TERCERO: DOCUMENTOS.**

Forman parte integrante del presente convenio, para todos los efectos legales, los siguientes documentos:

1. Resolución Exenta N° 153, de fecha 30 de enero de 2018 y sus modificaciones, que aprueba el Manual de Procedimientos de Auditorías Odontológicas
2. Resolución N° 2112, de fecha 30 de agosto de 2017 y sus modificaciones, que aprueba el Manual de Procedimientos de Atención en Módulos Dentales.
3. Resolución Exenta N° 3101 de 2017 de JUNAEB que aprueba política de seguridad de la información sobre acuerdo de confidencialidad o no divulgación.
4. Resolución Exenta N° 2771 de 30 de noviembre de 2020 que aprueba Instrucciones para el pago de atenciones del Programa de Salud Oral.
5. Resolución Exenta N° 882, de fecha 6 de mayo de 2019 que aprueba Instrucciones de Trabajo Sistema de Supervisiones Regionales del Departamento de Salud del Estudiante.
6. Ley N° 20.584 que Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en Salud.
7. Recomendaciones para la atención Programa de Salud Oral Contingencia Sanitaria Covid-19 y sus modificaciones, de JUNAEB.
8. Ordinario N°2c/ 2132 "Marco Conceptual y reorganización de la atención odontológica en contexto pandemia por Covid-19" y sus modificaciones, del Ministerio de Salud.
9. Ordinario C24/ 2246 "Lineamientos para reducción de riesgos de transmisión y contagios en retorno gradual de atención odontológica Pandemia por Covid-19" y sus modificaciones", del Ministerio de Salud.

10. Orientaciones para atención odontológica en fase iv covid-19” y sus modificaciones. Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento Salud Bucal, del Ministerio de Salud.
11. Ordinario C51/N° 2619 del 27/08/2020 Envía documento Paso a Paso nos cuidamos APS-Valdivia: cada Servicio de Salud levante tu Plan Paso a Paso APS.
12. Ordinario C51/N° 2717 del 03/09/2020 Envía orientaciones para actividades de Atención Primaria en Contexto Covid-19
13. Ordinario C51 N° 3822 del 11/12/2020. Actualización de los lineamientos y orientaciones entregadas a la red para la atención odontológica en APS.
14. Ordinario N°1318 del 24.08.2020 Paso a paso Servicio de Salud Valdivia . Este documento del año pasado está en proceso de actualización.

Las eventuales modificaciones que se efectúen a los instrumentos antes señalados serán notificadas a la **ENTIDAD COLABORADORA** y formarán parte integrante del presente convenio.

#### **CUARTO: DEL MÓDULO DENTAL.**

Se entenderá por “Módulo Dental” a la unidad física y administrativa que comprende clínicas fijas o móviles, en la que se desarrollará el Programa de Salud Oral JUNAEB, en sus componentes clínicos, educativo y promocional, descritas en el Manual de Procedimientos de Atención en los Módulos Dentales.

El **Módulo Dental con Clínicas Fijas** corresponde al equipamiento clínico odontológico que se instala en un espacio físico aportado por la ENTIDAD COLABORADORA. Se hace presente que en dicho espacio tendrán lugar las atenciones clínicas y el desarrollo del componente educativo y promocional del Programa.

El **Módulo Dental con Clínicas Móviles** corresponde a un carro de arrastre equipado especialmente para el Programa de Salud Oral, con el instrumental odontológico necesario para llevar a cabo la atención clínica y las actividades educativas promocionales, según corresponda

Las partes declaran que para la ciudad de PAILLACO existen 6 sillones en Módulos Dentales que comprenden en total 4 Clínicas Fijas y 2 en Clínica Móviles, en cuyas

---

dependencias se realizarán las prestaciones indicadas en el presente convenio, según se pasa a detallar:

**Módulo PAILLACO** comprende 4 Clínicas Fijas, Y 2 Móviles que se encuentran ubicadas según se detalla a continuación:

**Módulo PAILLACO**, comprende Clínicas Fijas, que se encuentran ubicadas según se detalla a continuación:

<b>Clínicas Fijas</b>	<b>Dirección</b>	<b>Propiedad</b>
<b>Clinica Escuela Proyecto de Futuro</b>	<b>Calle Mac-Iver N° 651</b>	<b>Municipalidad</b>
<b>Clínica Escuela Olegario Morales</b>	<b>Avenida Bernardo Ohiggins N° 479</b>	<b>Municipalidad</b>
<b>Escuela Cardenal Raúl Silva Henríquez</b>	<b>Vicuña Mackenna 1100</b>	<b>Municipalidad</b>
<b>Posta Itropulli</b>	<b>Posta antigua Itropulli</b>	<b>Municipalidad</b>

**Módulo PAILLACO**, comprende 2 Clínica Móvil, que se encuentran ubicadas según se indica a continuación:

<b>Clínicas Móviles</b>	<b>Dirección</b>	<b>Propiedad</b>
<b>1</b>	<b>Pichirropulli s/n</b>	<b>Municipalidad</b>
<b>1</b>	<b>Calle Mac-Iver N° 651</b>	<b>Municipalidad</b>

En el evento de generarse un cambio de las dependencias, éste deberá ser formalizado mediante suscripción de una modificación de convenio.

#### **QUINTO: DE LOS BENEFICIARIOS.**

Son beneficiarios aquellos alumnos de Pre Kínder a 8° Básico, matriculados en los establecimientos educacionales individualizados en la cláusula segunda.

Cabe señalar que quedan excluidos del Programa los alumnos que, se encuentran cubiertos por la denominada Garantía GES (también conocida como AUGE) de "Salud Oral Integral para niños de 6 años" del Ministerio de Salud <sup>1</sup>.

#### **SEXTO: DE LAS OBLIGACIONES.**

##### **6.1 Obligaciones de la ENTIDAD COLABORADORA.**

**6.1.1** Trasladar a los beneficiarios desde el establecimiento educacional al Módulo Dental previa autorización del apoderado, la que debe constar en el instrumento denominado Consentimiento Informado, cuyo formato se anexa al presente convenio. El traslado debe ser efectuado por un adulto responsable encargado del cuidado de los beneficiarios, adoptando las medidas necesarias con el objeto de dar cumplimiento a la normativa vigente que regula el traslado de menores.

Atendido que las clínicas fijas se encuentran ubicadas al interior de los establecimientos educacionales, los beneficiarios se trasladarán a ellas por sí mismos.

**6.1.2** Contratar personal de acuerdo a las siguientes características técnicas, para el cumplimiento de las funciones que se indican:

**a) Cirujano Dentista**, que cuente con título profesional oficialmente reconocido en la República de Chile.

En el cumplimiento de sus funciones, deberá:

- Realizar todas las actividades clínicas contempladas en el Modelo de Atención del Programa y dependiendo de la distribución de tareas y roles

---

<sup>1</sup> Esta garantía cubre a los alumnos cuyas edades están comprendidas entre los 6 años y 6 años, 11 meses y 29 días, independientemente del nivel educacional que estén cursando. De este modo, la entidad colaboradora no podrá ingresar ni dar de alta clínica a estos alumnos durante todo el periodo que cubre esta garantía, y deben derivarlos al centro de salud que les corresponda.

dentro del equipo del Módulo, deberá participar en las actividades de educación y prevención.

- Registrar las prestaciones en el Registro de Atención Odontológica (Ficha clínica) del paciente, de manera íntegra y oportuna. Es importante destacar que la ficha clínica del paciente incluye el "Consentimiento Informado" firmado (Anexo N° 4 Del Consentimiento, por cada año de tratamiento de ingreso o control que tenga el alumno). Si por motivos de espacio y/o de orden administrativo estos documentos se encontraran separados, se deberá asegurar un acceso oportuno a ambos documentos a los profesionales que realizan la atención clínica, autoridades de salud y servicios competentes, y profesionales que supervisen y/o auditen según lo establezca el presente convenio.

El consentimiento informado debe ser firmado por el apoderado o tutor del alumno de manera previa a la atención.

**b) Asistente Dental o Técnico Paramédico del Área Odontológica o Higienista Dental**, que cuente con título técnico profesional oficialmente reconocido en la República de Chile, para efectos de prestar apoyo clínico en la atención odontológica a cada uno de los cirujanos dentistas contratados en igual cantidad de horas.

En el cumplimiento de sus funciones deberá:

- Realizar técnica a 4 o 6 manos<sup>2</sup>, según corresponda;
- Colaborar con el cirujano dentista en la aplicación de técnicas específicas de prevención tales como: detección de placa bacteriana, profilaxis, enseñanza de técnicas de higiene bucal, aplicación de sellantes y aplicación de flúor tópico individual y colectivo;
- Preparar y hacer mantención diaria de equipos e instrumental;
- Mantener stock de insumos y material estéril necesarios para la atención;
- Optimizar los recursos puestos a su disposición;

---

<sup>2</sup> Técnica de 4 manos Asistente dental se ubica contralateral al odontólogo para apoyar activamente con sus manos en la atención clínica del paciente, apoyando apertura bucal, iluminación del campo clínico, entre otras actividades.

Técnica 6 manos: se desarrolla la técnica 4 manos, y además se cuenta con una segunda asistente dental que prepara los insumos y materiales que se van requiriendo en la atención dental, sin que la asistente que realiza el cuatro manos deba moverse desde su ubicación.

- Cumplir procedimientos relacionados al orden y almacenamiento de fichas clínicas, interconsultas y formularios digitales vigentes;
- Coordinar actividades con los establecimientos educacionales singularizados en la cláusula segunda, y coordinar las actividades que le sean encomendadas por el Encargado del Módulo o quien lo reemplace, para apoyar la implementación de los componentes del programa;
- Preparar instrumental para proceso de esterilización cuando dicho proceso se realice en dependencias del Módulo;
- Cumplir estrictamente con las normas de bioseguridad, entre otras: limpieza y desinfección de superficies, procedimientos de descontaminación y eliminación de residuos y material contaminado.

**c) Educadora, Asistente de Educadora, Higienista Dental o Asistente Dental** que cuente con título técnico profesional y/o profesional oficialmente reconocido en la República de Chile, quien deberá dar cumplimiento a las acciones educativas del Modelo de Atención Integral del Programa, contenidas en el Decreto N° 209, del 22 de mayo de 2012, y sus modificaciones, y Resolución Exenta N° 2112, de fecha 30 de agosto de 2017, y sus modificaciones, que aprueba Manual de Procedimientos de Atención en Módulos Dentales, en proporción a la cantidad de cobertura asignadas. Dependiendo de la realidad local, es posible que dichas acciones sean desarrolladas por equipos de profesionales relacionados con la red comunal o escolar de promoción. En tal caso, la **ENTIDAD COLABORADORA** generará un documento en que se detallen y asignen las tareas a realizarse y los responsables de las mismas, junto con los medios de verificación de éstas, para su posterior registro en el Sistema Informático del Programa.

En el cumplimiento de sus funciones deberá:

- Desarrollar aquellas actividades educativas del Modelo de Atención Integral del Programa que le sean encomendadas y, además diseñar otras que, dentro de los marcos propuestos, sean oportunas y adecuadas para el logro de los objetivos del Programa;
- Programar, preparar y desarrollar las acciones educativas según lo descrito en el Manual "Educando Sonrisas Saludables" del Programa;
- Enseñar técnicas de cepillado e higiene bucal, de acuerdo a la evaluación de la técnica que evidencia el alumno, para corregir o modificar la técnica de acuerdo a su edad y condiciones personales que favorezcan la instalación de este hábito;

- Motivar hábitos saludables en los padres y apoderados de los alumnos;
- Elaborar mensualmente reporte con las unidades educativas desarrolladas, según lo señalado en el Manual de Procedimientos de Atención en Módulos Dentales, y el registro de asistencia de los alumnos (deberá constar la firma de los alumnos que asistieron y la fecha en que se realizó la actividad);
- Coordinar las acciones necesarias con los profesores, padres y apoderados, en orden a que la **ENTIDAD COLABORADORA** proporcione la atención a los estudiantes conforme a lo dispuesto en el presente convenio;
- Todas aquellas otras que el Encargado del Módulo determine y digan relación con la implementación del Modelo de Atención del programa.

**d) Apoyo administrativo suficiente (una o más personas)**, que debe estar habilitado y capacitado en temas de gestión y administración, y que deberá cumplir con tareas administrativas tales como:

- Asignación y coordinación de citas;
- Recepción, digitación, mantención y orden de las fichas clínicas, y disposición de éstas al momento de la atención de los beneficiarios;
- Coordinación de las actividades propias del programa con padres, apoderados y comunidad escolar;
- Colaboración en todas las tareas asociadas a los lineamientos del Programa que pudieran requerirse;
- Registro de datos en el sistema informático proporcionado por JUNAEB;
- Control de activos e inventario del Módulo Dental;
- Control de reprogramación;
- Gestión de cobranza por prestaciones otorgadas.

Dependiendo de la realidad local, es posible que dichas acciones sean desarrolladas por alguno de los integrantes del equipo de trabajo del Módulo Dental. En tal caso, la **ENTIDAD COLABORADORA** generará un documento en que se detallen y asignen las tareas a realizarse y los responsables de las mismas, en orden a resguardar los tiempos necesarios para esta función los que no deben afectar la cobertura comprometida en la cláusula novena del presente convenio.

En el evento que algún integrante del personal contratado se ausente por largo tiempo, entendiéndose por ello un periodo superior a 30 días corridos, la **ENTIDAD COLABORADORA** debe informar a **JUNAEB** acerca de dicha circunstancia y proceder a la contratación de personal de reemplazo, adoptando las medidas que sean necesarias en orden a dar cumplimiento con las coberturas programadas.

**6.1.3** Contratar a los Cirujanos Dentistas y Asistentes Dentales que se requieren para cumplir con las horas necesarias en relación a las coberturas referenciales de estudiantes dados de Alta (atención odontológica integral durante el año calendario), acordadas en la cláusula novena, según se especifica en la siguiente tabla:

Cobertura referencial anual de estudiantes atendidos integralmente		Horas Odontológicas diarias	Horas Odontológicas semanales	Horas Odontológicas mensuales
Cantidad de Ingresos	Cantidad de Controles			
22	51	1	5	20
44	102	2	10	40
66	154	3	15	60
88	205	4	20	80
111	256	5	25	100
132	308	6	30	120
155	358	7	35	140
177	410	8	40	160

**6.1.4** Otorgar al personal contratado las facilidades necesarias para participar en los talleres y/o actividades de capacitación en atención odontológica y promoción de salud, que organice **JUNAEB** en el marco del Programa.

**6.1.5** Facilitar a **JUNAEB** la utilización de las dependencias del Módulo Dental para la realización de las actividades de capacitación.

**6.1.6** Proveer mensualmente los insumos y materiales, necesarios para el otorgamiento de las prestaciones, conforme a las coberturas referenciales de estudiantes dados de Alta (atención odontológica integral durante el año calendario) acordadas en la cláusula novena y especificaciones de los insumos clínicos contempladas en el Anexo N° 1. Por motivos de contingencia sanitaria, y mientras la autoridad sanitaria nacional lo indique en sus normativas se deberá considerar parte de estos insumos clínicos a todos los elementos de protección personal necesarios para el equipo de trabajo de los Módulos

Dentales y aquellos necesarios para reorganización, aseo y desinfección de los espacios.

**6.1.7** Realizar periódica y oportunamente el servicio técnico de mantención y/o de reparación del equipamiento e instalaciones de los Módulos Dentales.

**6.1.8 De las Prestaciones Odontológicas.**

Dadas las indicaciones de la autoridad sanitaria, **JUNAEB** solicita que exista una categorización del paciente de manera previa a la citación al módulo dental. Esta acción se basa en la necesidad de identificar los riesgos asociados a la atención clínica del beneficiario. Por lo tanto, se deberá contactar al apoderado de cada alumno y realizar un TRIAGE telefónico que consulte respecto el estado del beneficiario y grupo familiar, identificando necesidad de tratamiento, posibilidad de manejo a distancia y conocer si el beneficiario o su familia ha sufrido el contagio de COVID 19 para lo cual se requerirá saber su estado actual inmunológico. Cuando la atención es de carácter espontánea el Triage se realizará en forma presencial previo a la atención dental.

**A. Atención dental de Ingreso:** Corresponde a las atenciones otorgadas a cada estudiante que se atienda por primera vez, comprende aquellas acciones clínicas de Operatoria Dental (obturaciones), Endodoncia (recubrimiento pulpar y pulpotomías), Cirugía Bucal (exodoncias); acciones preventivas (control de placa bacteriana y técnica de cepillado, profilaxis, aplicación de sellantes, aplicación tópica de flúor); unidades educativas y enseñanza de hábitos de higiene bucal. Cabe señalar que las acciones antes señaladas conllevan a recuperar y mantener la salud bucal del estudiante concluyendo en el otorgamiento de Alta (atención odontológica integral durante el año calendario) que es la condición necesaria para el pago de cada ingreso.

Se entregará atención dental de ingreso a:

- a) Alumnos que cursan Pre-Kínder o Kínder (siempre que aquellos establecimientos educacionales cuenten con dichos niveles de educación).
- b) Alumnos que cursen 1º Básico.

Se debe priorizar la cobertura referencial estipulada en la cláusula novena, con los estudiantes individualizados en los literales a) y b) precedentes, siempre y cuando la capacidad de atención lo permita, exista disponibilidad presupuestaria, esta Dirección Regional podrá autorizar que la entidad colaboradora otorgue la atención dental de

ingreso a alumnos que se encuentren cursando 2° a 8° Básico en alguno de los establecimientos educacionales adscritos y que, en su oportunidad, no tuvieron acceso al Programa o se trasladaron desde otro establecimiento educacional.

**B. Atención dental de Control:** Corresponde a las atenciones otorgadas a cada estudiante que se atiende para seguimiento en el módulo dental, comprende aquellas acciones clínicas de Operatoria Dental (obturaciones), Endodoncia (recubrimiento pulpar y pulpotomías), Cirugía Bucal (exodoncias); acciones preventivas (control de placa bacteriana y técnica de cepillado, profilaxis, aplicación de sellantes, aplicación tópica de flúor); unidades educativas y enseñanza de hábitos de higiene bucal. Cabe señalar que las acciones antes señaladas conllevan a recuperar y mantener la salud bucal del estudiante concluyendo en el otorgamiento de Alta (atención odontológica integral durante el año calendario) que es la condición necesaria para el pago de cada Control. Se deben priorizar y asegurar los controles de los estudiantes atendidos todos los años para asegurar un continuo de atención durante su ciclo educativo manteniendo así una población sana bajo control con un enfoque promocional, educativo y preventivo como eje, dando así cumplimiento al Modelo de Atención Integral del Programa.

Se entregará atención dental de Control a:

- a) Alumnos de Kinder que hayan ingresado al Programa en Pre-Kinder;
- b) Alumnos que se encuentren cursando 1° a 8° Básico y que hayan ingresado previamente al Programa.

**C. Otorgar atenciones de Urgencia Dental** entendiéndose por urgencia dental, la consulta resultante de una demanda espontánea y que requiere de una acción específica, la que será realizada en los Módulos Dentales. Cabe señalar que las acciones que la atención de urgencia implique deberán concluir en el otorgamiento de alta que es la condición necesaria para el pago de cada Urgencia.

La cobertura máxima en este tipo de prestación corresponde al definido por la **ENTIDAD COLABORADORA** en la programación reportada a esta Dirección Regional de **JUNAEB**.

**D. Tomar radiografías retroalveolares y/o Bite Wing** siempre y cuando en los Módulos Dentales disponga del equipamiento necesario, a alumnos con alto riesgo de caries o en casos de procedimientos clínicos que requieran de apoyo diagnóstico. La cobertura máxima en este tipo de prestación corresponde al definido por la **ENTIDAD COLABORADORA** en la programación reportada a esta Dirección Regional de

## ANEXO N° 4 DEL CONSENTIMIENTO

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS MÓDULO DENTAL JUNAEB

JUNAEB | Salud Oral  
PROGRAMA

Yo, \_\_\_\_\_ RUN \_\_\_\_\_ por voluntad propia y debidamente informado(a) acepto y consiento que mi hijo(a) pupilo(a) \_\_\_\_\_ RUN \_\_\_\_\_ reciba atención odontológica en el Módulo Dental JUNAEB (incluso durante la contingencia sanitaria producida por la pandemia del virus COVID-19) donde:

1. Mi hijo o pupilo sea atendido por el Módulo Dental JUNAEB, autorizando a sus profesionales a realizar las atenciones dentales que requiera. Estoy en conocimiento que la ATENCIÓN DENTAL puede considerar: *Anestesia Dental, Limpieza, Obturaciones ("tapaduras"), Extracciones, Aplicación de Flúor y Sellantes, Sesiones Educativas y enseñanza de Técnica de Cepillado* y otras que permitan la recuperación de la salud bucal.
2. En el caso en que yo NO acuda acompañando a mi hijo o pupilo, autorizo su traslado desde el establecimiento educacional al Módulo Dental, durante todo su tratamiento dental en compañía del adulto responsable designado.
3. JUNAEB, recopile información relativa a datos estadísticos desde la Ficha Clínica de Atención través del Odontólogo Auditor y los Encargados del Programa de Salud Oral, además de que puedan realizar examen y fotografías clínicas como medida de control y supervisión de las prestaciones realizadas.
4. Entiendo que el virus COVID-19 tiene un periodo largo de incubación durante el cual sus portadores pueden estar asintomáticos, siendo altamente contagioso. Entiendo que, al momento debido a las limitaciones para la realización de las pruebas virales, es imposible determinar quién es portador del virus y quién no. Entiendo que los procedimientos odontológicos pueden generar aerosoles que permiten la diseminación de la enfermedad, pues la naturaleza ultrafina del aerosol que producen los equipos dentales le permite permanecer suspendido en el aire por minutos o hasta horas, lo cual puede transmitir el virus COVID-19. Se me ha explicado que actualmente estamos enfrentando una emergencia sanitaria global, y se me ha instruido con los protocolos, recomendaciones y medidas de seguridad que se aplicarán en la atención, los cuales declaro conocer (instructivo escrito o información escrita a la vista en box). Declaro que:
  - Ni el grupo familiar ni mi pupilo ha presentado ninguno de los siguientes síntomas de COVID-19 durante los últimos 14 días; fiebre, dificultad para respirar, tos seca, secreción nasal, dolor de garganta.
  - No hemos estado en contacto con alguna persona con confirmación de COVID-19 o con cuadro respiratorio agudo en los últimos 14 días.
  - He leído cuidadosamente este documento y comprendido a cabalidad el tratamiento descrito por el Cirujano Dentista, existiendo por parte del profesional tratante la máxima disposición, incluso para aclarar dudas o ampliar la información aquí descrita, por lo que me comprometo a seguir las indicaciones que sean entregadas para mi pupilo, respetar las medidas de higiene y protocolos que señala el instructivo, y asistir a todos los controles prescritos por el Cirujano Dentista tratante que tendrán el carácter de necesarios y obligatorios, a fin de conseguir un buen resultado en este tratamiento.
  - He dado información veraz sobre la condición de salud de mi familia y pupilo para el triage (cuestionario) telefónico y presencial que se me han realizado.
5. Informo como verdaderos los siguientes antecedentes de mi hijo o pupilo, importantes para su mejor atención:
  - Fecha de Nacimiento del Alumno: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (día/mes/año)
  - ¿Presenta alguna enfermedad importante?  
Si  No  Especifique: \_\_\_\_\_
  - ¿Está en tratamiento Médico?  
Si  No  Especifique: \_\_\_\_\_
  - ¿El alumno es ALÉRGICO a algún alimento, medicamento u otro?  
Si  No  Especifique: \_\_\_\_\_
  - ¿Desea informar otra situación importante?: \_\_\_\_\_

Mediante este consentimiento me comprometo a seguir las instrucciones que el Odontólogo tratante me indique posterior a las atenciones de mi Hijo o Pupilo, cuidando especialmente riesgos frecuentes como puede ser morderse o lastimarse sus labios, mejillas y lengua posterior a la Anestesia Dental, así como también los riesgos de inflamación ("hinchazón") o infección de alguna zona tratada.

Firma de Apoderado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre Odontólogo Tratante \_\_\_\_\_ Firma de Odontólogo  
tratante \_\_\_\_\_

**EL ALUMNO DEBE PRESENTAR ESTA AUTORIZACIÓN PARA INGRESAR AL PROGRAMA DENTAL.**

**Nota: En el caso que el Módulo Dental cuente en sus inventarios con formularios antiguos de consentimientos informados (Atenciones regulares y situación COVID-19) pueden usarlos en vez del anterior con el fin de ocupar su existencia, los dos formatos a saber son los siguientes:**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**



**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS  
AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN EN MÓDULO DENTAL JUNAEB**

Yo, (escriba padre, madre o apoderado) \_\_\_\_\_ padre, madre o apoderado del alumno: (nombre alumno) \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que:

- 1) Mi hijo o pupilo sea atendido por el Módulo Dental Junaeb, autorizando a sus profesionales a realizar las atenciones dentales que requiera. Estoy en conocimiento que la ATENCIÓN DENTAL puede considerar: **Anestesia Dental, Limpieza, Obturaciones ("tapaduras"), Extracciones, Aplicación de Flúor y Sellantes, Sesiones Educativas y enseñanza de Técnica de Cepillado** y otras que permitan la recuperación de la salud bucal.
- 2) En el caso en que yo NO acuda acompañando a mi hijo o pupilo, autorizo su traslado desde el establecimiento educacional al Módulo Dental, durante todo su tratamiento dental en compañía del adulto responsable designado.
- 3) Junaeb, recopile información relativa a datos estadísticos desde la Ficha Clínica de Atención a través del Odontólogo Auditor y los Encargados del Programa de Salud Oral, además de que puedan realizar examen y fotografías clínicas como medida de control y supervisión de las prestaciones realizadas.

Informo como verdaderos los siguientes antecedentes de mi hijo o pupilo, importantes para su mejor atención:

- Fecha de Nacimiento del Alumno: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (día/mes/año)
- ¿Presenta alguna enfermedad importante?  
Si  No  Especifique: \_\_\_\_\_
- ¿Está en tratamiento Médico?  
Si  No  Especifique: \_\_\_\_\_
- El alumno es ALÉRGICO a algún alimento, medicamento u otro?  
Si  No  Especifique: \_\_\_\_\_
- ¿Desea informar otra situación importante?: \_\_\_\_\_

Mediante este consentimiento me comprometo a seguir las instrucciones que el Odontólogo tratante me ind. que posterior a las atenciones de mi Hijo o Pupilo, cuidando especialmente riesgos frecuentes como puede ser morderse o lastimarse sus labios, mejillas y lengua posterior a la Anestesia Dental, así como también los riesgos de inflamación ("hinchazón") o infección de alguna zona tratada.

Nombre Apoderado: \_\_\_\_\_ RUT Apoderado: \_\_\_\_\_

Dirección apoderado: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma Apoderado: \_\_\_\_\_

**EL ALUMNO DEBE PRESENTAR ESTA AUTORIZACIÓN PARA INGRESAR AL PROGRAMA DENTAL.**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS  
ODONTOLÓGICOS  
MÓDULO DENTAL JUNAEB  
CONTINGENCIA SANITARIA COVID-19\***

\*Documento complementario al Consentimiento Informado regular del Programa de Salud Oral Junaeb

Yo, \_\_\_\_\_ RUN \_\_\_\_\_  
por voluntad propia y debidamente informado(a) acepto y consiento que mi hijo(a)  
pupilo(a) \_\_\_\_\_ RUN \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ reciba atención odontológica en el Módulo Dental JUNAEB durante la contingencia sanitaria producida por la pandemia del virus COVID-19.

Entiendo que el virus COVID-19 tiene un periodo largo de incubación durante el cual sus portadores pueden estar asintomáticos, siendo altamente contagioso. Entiendo que, al momento debido a las limitaciones para la realización de las pruebas virales, es imposible determinar quién es portador del virus y quién no.

Entiendo que los procedimientos odontológicos pueden generar aerosoles que permiten la diseminación de la enfermedad, pues la naturaleza ultrafina del aerosol que producen los equipos dentales le permite permanecer suspendido en el aire por minutos o hasta horas, lo cual puede transmitir el virus COVID-19.

Se me ha explicado que actualmente estamos enfrentando una emergencia sanitaria global, y **se me ha instruido** con los protocolos, recomendaciones y medidas de seguridad que se aplicarán en la atención, los cuales declaro conocer (instructivo escrito o información escrita a la vista en box).

Declaro que:

- Ni el grupo familiar ni mi pupilo ha presentado ninguno de los siguientes síntomas de COVID-19 durante los últimos 14 días; fiebre, dificultad para respirar, tos seca, secreción nasal, dolor de garganta.
- No hemos estado en contacto con alguna persona con confirmación de COVID-19 o con cuadro respiratorio agudo en los últimos 14 días.
- He leído cuidadosamente este documento y comprendido a cabalidad el tratamiento descrito por el Cirujano Dentista, existiendo por parte del profesional tratante la máxima disposición, incluso para aclarar dudas o ampliar la información aquí descrita, por lo que me comprometo a seguir las indicaciones que sean entregadas para mi pupilo, respetar las medidas de higiene y protocolos que señala el instructivo, y asistir a todos los controles prescritos por el Cirujano Dentista tratante que tendrán el carácter de necesarios y obligatorios, a fin de conseguir un buen resultado en este tratamiento.
- **He dado información veraz sobre la condición de salud de mi familia y pupilo** para el triage (cuestionario) telefónico y presencial que se me han realizado.

Firma de Apoderado \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre Odontólogo Tratante \_\_\_\_\_

Firma de Odontólogo tratante \_\_\_\_\_

**ARTÍCULO 2º: IMPÚTESE** el gasto que irrogue a JUNAEB el pago de los servicios que se ejecutarán durante el año 2021 al ítem presupuestario 09.09.02.24.03.167 Glosa 03, de la Ley N° 21.289 de Presupuesto para el sector público año 2021.



**KARINA SILVA FERNÁNDEZ**  
**DIRECTORA REGIONAL DE LOS RIOS**  
**JUNTA NACIONAL DE AUXILIO ESCOLAR Y BECAS**

**CONVENIO**  
**ENTRE**  
**LA JUNTA NACIONAL DE AUXILIO ESCOLAR Y BECAS**  
**Y**  
**MUNICIPALIDAD DE PAILLACO**

En Valdivia a 2 de enero del año 2021, entre la **DIRECCIÓN REGIONAL DE LA JUNTA NACIONAL DE AUXILIO ESCOLAR Y BECAS**, Corporación Autónoma de Derecho Público, RUT N° 60.908.000-0, representada legalmente por la Directora Regional Sra. **KARINA SILVA FERNÁNDEZ**, Región de Los Ríos, cédula de identidad N° 13.103.261-7, ambos con domicilio en calle Camilo Henríquez N° 155, de la comuna y ciudad de Valdivia, en adelante e indistintamente **JUNAEB** y la **MUNICIPALIDAD DE PAILLACO**, RUT N° 69.200.900-2, representado legalmente para estos efectos por su Alcaldesa Doña **RAMONA REYES PAINEQUEO**, cédula de identidad N° 10.787.302-3, ambos domiciliados en calle Vicuña Mackenna N° 340 de la comuna y ciudad de Paillaco, en adelante e indistintamente la **ENTIDAD COLABORADORA**, se ha acordado celebrar el siguiente convenio:

**PRIMERO: ANTECEDENTES.**

- El Departamento de Salud del Estudiante de **JUNAEB**, a través del Programa de Salud Oral, desarrolla un modelo de atención odontológica integral, reparativa, preventiva y promocional-educativa, en espacios físicos y administrativos denominados Módulos Dentales (Clínicas Dentales), que se encuentran a cargo de un cirujano dentista, para aquellos alumnos del ciclo de enseñanza parvularia y básica matriculados en los establecimientos educacionales municipales, administrados por Servicios Locales de Educación, y establecimientos particulares subvencionados, según lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 209 del año 2012 del Ministerio de Educación y sus modificaciones.
- Para dichos efectos, **JUNAEB** suscribe convenios de colaboración y transferencia de recursos con Municipalidades, Servicios Locales de Educación, Servicios de Salud, Corporaciones Municipales, y/o prestadores odontológicos privados, según corresponda, de conformidad a lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 209 del año 2012 del Ministerio de Educación y sus modificaciones, con el objeto de recuperar la salud bucal de los beneficiarios, realizando las acciones que sean necesarias para prevenir y reparar el daño a la salud oral, así como promocionar y educar en hábitos de vida saludable a los beneficiarios desde Pre Kínder a 8° Básico.

**SEGUNDO: OBJETO.**

Por el presente convenio, la **ENTIDAD COLABORADORA** se compromete a proporcionar las prestaciones necesarias en orden a recuperar la salud bucal de los beneficiarios, a realizar las acciones para prevenir y reparar el daño a la misma, a promocionar y educar en

hábitos de vida saludable a los beneficiarios desde Pre Kínder a 8° Básico, matriculados en los establecimientos educacionales de la comuna de PAILLACO adscritos a los Módulos Dental/es (Clínica/s Dental/es), que a continuación se individualizan por RBD en orden ascendente:

**MÓDULO**

**ESCUELA PROYECTO DE FUTURO**

R.B.D.	D.V.	ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES ADSCRITOS
7202	8	ESCUELA PROYECTO DE FUTURO

**MÓDULO**

**CLÍNICA MÓVIL**

R.B.D.	D.V.	ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES ADSCRITOS
7202	8	ESCUELA PROYECTO DE FUTURO
7212	5	ESCUELA RURAL EL NARANJO
7214	1	ESCUELA RURAL MANAO

**MÓDULO**

**ESCUELA OLEGARIO MORALES**

R.B.D.	D.V.	ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES ADSCRITOS
7203	6	ESCUELA OLEGARIO MORALES OLIVA
7205	2	ESCUELA RURAL ROBERTO OJEDA TORRES
7217	6	ESCUELA RURAL ESTRELLA DE CHILE
7225	7	ESCUELA RURAL EDUVIGIS SCHULTZ DE MOHR
7220	6	ESCUELA RURAL LA PEÑA
7227	3	ESCUELA RURAL EL ESFUERZO
6990	6	ESCUELA RURAL EL LLOLLY

**MÓDULO**

**ITROPULLI**

R.B.D.	D.V.	ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES ADSCRITOS
7206	0	ESCUELA RURAL 21 DE MAYO

**MÓDULO**

**ESCUELA CARDENAL SILVA HENRIQUEZ**

R.B.D.	D.V.	ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES ADSCRITOS
22313	1	COLEGIO CARDENAL RAUL SILVA HENRIQUEZ

**MÓDULO**

**CLINICA MÓVIL ANTIGUA**

R.B.D.	D.V.	ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL
7204	4	ESCUELA NUEVA AURORA

LA **ENTIDAD COLABORADORA** debe informar a **JUNAEB** el retiro y/o cambio de algún establecimiento educacional, con el objeto de solicitar la incorporación y/o cambio de otro(s) establecimiento(s) educacional(es), para efectos de mantener la cobertura comprometida en la cláusula novena. La solicitud debe realizarse por escrito, con a lo menos 30 días hábiles de antelación, mediante correo electrónico dirigido al encargado del Programa de esta Dirección Regional con copia al Director Regional.

Esta Dirección Regional tendrá un plazo de hasta 10 días hábiles, para analizar la procedencia de la solicitud y pronunciarse al respecto. El pronunciamiento será comunicado a la contraparte técnica de la **ENTIDAD COLABORADORA**, mediante correo electrónico. Autorizada la incorporación y/o cambio, se procederá a suscribir la modificación de convenio, según corresponda.

### **TERCERO: DOCUMENTOS.**

Forman parte integrante del presente convenio, para todos los efectos legales, los siguientes documentos:

1. Resolución Exenta N° 153, de fecha 30 de enero de 2018 y sus modificaciones, que aprueba el Manual de Procedimientos de Auditorías Odontológicas
2. Resolución N° 2112, de fecha 30 de agosto de 2017 y sus modificaciones, que aprueba el Manual de Procedimientos de Atención en Módulos Dentales.
3. Resolución Exenta N° 3101 de 2017 de JUNAEB que aprueba política de seguridad de la información sobre acuerdo de confidencialidad o no divulgación.
4. Resolución Exenta N° 2771 de 30 de noviembre de 2020 que aprueba Instrucciones para el pago de atenciones del Programa de Salud Oral.
5. Resolución Exenta N° 882, de fecha 6 de mayo de 2019 que aprueba Instrucciones de Trabajo Sistema de Supervisiones Regionales del Departamento de Salud del Estudiante.
6. Ley N° 20.584 que Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en Salud.
7. Recomendaciones para la atención Programa de Salud Oral Contingencia Sanitaria Covid-19 y sus modificaciones, de JUNAEB.
8. Ordinario N°2c/ 2132 "Marco Conceptual y reorganización de la atención odontológica en contexto pandemia por Covid-19" y sus modificaciones, del Ministerio de Salud.
9. Ordinario C24/ 2246 "Lineamientos para reducción de riesgos de transmisión y contagios en retorno gradual de atención odontológica Pandemia por Covid-19" y sus modificaciones", del Ministerio de Salud.
10. Orientaciones para atención odontológica en fase iv covid-19" y sus modificaciones. Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento Salud Bucal, del Ministerio de Salud.
11. Ordinario C51/N° 2619 del 27/08/2020 Envía documento Paso a Paso nos cuidamos APS-Valdivia: cada Servicio de Salud levante tu Plan Paso a Paso APS.

12. Ordinario C51/N° 2717 del 03/09/2020 Envía orientaciones para actividades de Atención Primaria en Contexto Covid-19
13. Ordinario C51 N° 3822 del 11/12/2020. Actualización de los lineamientos y orientaciones entregadas a la red para la atención odontológica en APS.
14. Ordinario N°1318 del 24.08.2020 Paso a paso Servicio de Salud Valdivia. Este documento del año pasado está en proceso de actualización.

Las eventuales modificaciones que se efectúen a los instrumentos antes señalados serán notificadas a la **ENTIDAD COLABORADORA** y formarán parte integrante del presente convenio.

#### **CUARTO: DEL MÓDULO DENTAL.**

Se entenderá por "Módulo Dental" a la unidad física y administrativa que comprende clínicas fijas o móviles, en la que se desarrollará el Programa de Salud Oral JUNAEB, en sus componentes clínicos, educativo y promocional, descritas en el Manual de Procedimientos de Atención en los Módulos Dentales.

El **Módulo Dental con Clínicas Fijas** corresponde al equipamiento clínico odontológico que se instala en un espacio físico aportado por la ENTIDAD COLABORADORA. Se hace presente que en dicho espacio tendrán lugar las atenciones clínicas y el desarrollo del componente educativo y promocional del Programa.

El **Módulo Dental con Clínicas Móviles** corresponde a un carro de arrastre equipado especialmente para el Programa de Salud Oral, con el instrumental odontológico necesario para llevar a cabo la atención clínica y las actividades educativas promocionales, según corresponda

Las partes declaran que para la ciudad de PAILLACO existen 6 sillones en Módulos Dentales que comprenden en total 4 Clínicas Fijas y 2 en Clínica Móviles, en cuyas dependencias se realizarán las prestaciones indicadas en el presente convenio, según se pasa a detallar:

**Módulo PAILLACO** comprende 4 Clínicas Fijas, y 2 Móviles que se encuentran ubicadas según se detalla a continuación:

**Módulo PAILLACO**, comprende Clínicas Fijas, que se encuentran ubicadas según se detalla a continuación:

<b>Clínicas Fijas</b>	<b>Dirección</b>	<b>Propiedad</b>
Clínica Escuela Proyecto de Futuro	Calle Mac-Iver N° 651	Municipalidad
Clínica Escuela Olegario Morales	Avenida Bernardo Ohiggins N° 479	Municipalidad
Escuela Cardenal Raúl Silva Henríquez	Vicuña Mackenna 1100	Municipalidad
Posta Itropulli	Posta antigua Itropulli	Municipalidad

**Módulo PAILLACO**, comprende 2 Clínica Móvil, que se encuentran ubicadas según se indica a continuación:

<b>Clínicas Móviles</b>	<b>Dirección</b>	<b>Propiedad</b>
1	Pichirropulli s/n	Municipalidad
1	Calle Mac-Iver N° 651	Municipalidad

En el evento de generarse un cambio de las dependencias, éste deberá ser formalizado mediante suscripción de una modificación de convenio.

#### **QUINTO: DE LOS BENEFICIARIOS.**

Son beneficiarios aquellos alumnos de Pre Kinder a 8° Básico, matriculados en los establecimientos educacionales individualizados en la cláusula segunda.

Cabe señalar que quedan excluidos del Programa los alumnos que, se encuentran cubiertos por la denominada Garantía GES (también conocida como AUGE) de "Salud Oral Integral para niños de 6 años" del Ministerio de Salud <sup>1</sup>.

#### **SEXTO: DE LAS OBLIGACIONES.**

##### **6.1 Obligaciones de la ENTIDAD COLABORADORA.**

**6.1.1** Trasladar a los beneficiarios desde el establecimiento educacional al Módulo Dental previa autorización del apoderado, la que debe constar en el instrumento denominado Consentimiento Informado, cuyo formato se anexa al presente convenio. El traslado debe ser efectuado por un adulto responsable encargado del cuidado de los beneficiarios, adoptando las medidas necesarias con el objeto de dar cumplimiento a la normativa vigente que regula el traslado de menores.

Atendido que las clínicas fijas se encuentran ubicadas al interior de los establecimientos educacionales, los beneficiarios se trasladarán a ellas por sí mismos.

**6.1.2** Contratar personal de acuerdo a las siguientes características técnicas, para el cumplimiento de las funciones que se indican:

**a) Cirujano Dentista**, que cuente con título profesional oficialmente reconocido en la República de Chile.

<sup>1</sup> Esta garantía cubre a los alumnos cuyas edades están comprendidas entre los 6 años y 6 años, 11 meses y 29 días, independientemente del nivel educacional que estén cursando. De este modo, la entidad colaboradora no podrá ingresar ni dar de alta clínica a estos alumnos durante todo el periodo que cubre esta garantía, y deben derivarlos al centro de salud que les corresponda.

En el cumplimiento de sus funciones, deberá:

- Realizar todas las actividades clínicas contempladas en el Modelo de Atención del Programa y dependiendo de la distribución de tareas y roles dentro del equipo del Módulo, deberá participar en las actividades de educación y prevención.
- Registrar las prestaciones en el Registro de Atención Odontológica (Ficha clínica) del paciente, de manera íntegra y oportuna. Es importante destacar que la ficha clínica del paciente incluye el "Consentimiento Informado" firmado (Anexo N° 4 Del Consentimiento, por cada año de tratamiento de ingreso o control que tenga el alumno). Si por motivos de espacio y/o de orden administrativo estos documentos se encontraren separados, se deberá asegurar un acceso oportuno a ambos documentos a los profesionales que realizan la atención clínica, autoridades de salud y servicios competentes, y profesionales que supervisen y/o auditen según lo establezca el presente convenio.

El consentimiento informado debe ser firmado por el apoderado o tutor del alumno de manera previa a la atención.

**b) Asistente Dental o Técnico Paramédico del Área Odontológica o Higienista Dental,** que cuente con título técnico profesional oficialmente reconocido en la República de Chile, para efectos de prestar apoyo clínico en la atención odontológica a cada uno de los cirujanos dentistas contratados en igual cantidad de horas.

En el cumplimiento de sus funciones deberá:

- Realizar técnica a 4 o 6 manos<sup>2</sup>, según corresponda;
- Colaborar con el cirujano dentista en la aplicación de técnicas específicas de prevención tales como: detección de placa bacteriana, profilaxis, enseñanza de técnicas de higiene bucal, aplicación de sellantes y aplicación de flúor tópico individual y colectivo;
- Preparar y hacer mantención diaria de equipos e instrumental;
- Mantener stock de insumos y material estéril necesarios para la atención;
- Optimizar los recursos puestos a su disposición;
- Cumplir procedimientos relacionados al orden y almacenamiento de fichas clínicas, interconsultas y formularios digitales vigentes;
- Coordinar actividades con los establecimientos educacionales singularizados en la cláusula segunda, y coordinar las actividades que le sean encomendadas por el Encargado del Módulo o quien lo reemplace, para apoyar la implementación de los componentes del programa;

---

<sup>2</sup> Técnica de 4 manos Asistente dental se ubica contralateral al odontólogo para apoyar activamente con sus manos en la atención clínica del paciente, apoyando apertura bucal, iluminación del campo clínico, entre otras actividades.

Técnica 6 manos: se desarrolla la técnica 4 manos, y además se cuenta con una segunda asistente dental que prepara los insumos y materiales que se van requiriendo en la atención dental, sin que la asistente que realiza el cuatro manos deba moverse desde su ubicación.

- Preparar instrumental para proceso de esterilización cuando dicho proceso se realice en dependencias del Módulo;
- Cumplir estrictamente con las normas de bioseguridad, entre otras: limpieza y desinfección de superficies, procedimientos de descontaminación y eliminación de residuos y material contaminado.

c) **Educadora, Asistente de Educadora, Higienista Dental o Asistente Dental** que cuente con título técnico profesional y/o profesional oficialmente reconocido en la República de Chile, quien deberá dar cumplimiento a las acciones educativas del Modelo de Atención Integral del Programa, contenidas en el Decreto N° 209, del 22 de mayo de 2012, y sus modificaciones, y Resolución Exenta N° 2112, de fecha 30 de agosto de 2017, y sus modificaciones, que aprueba Manual de Procedimientos de Atención en Módulos Dentales, en proporción a la cantidad de cobertura asignadas. Dependiendo de la realidad local, es posible que dichas acciones sean desarrolladas por equipos de profesionales relacionados con la red comunal o escolar de promoción. En tal caso, la **ENTIDAD COLABORADORA** generará un documento en que se detallen y asignen las tareas a realizarse y los responsables de las mismas, junto con los medios de verificación de éstas, para su posterior registro en el Sistema Informático del Programa.

En el cumplimiento de sus funciones deberá:

- Desarrollar aquellas actividades educativas del Modelo de Atención Integral del Programa que le sean encomendadas y, además diseñar otras que, dentro de los marcos propuestos, sean oportunas y adecuadas para el logro de los objetivos del Programa;
- Programar, preparar y desarrollar las acciones educativas según lo descrito en el Manual "Educando Sonrisas Saludables" del Programa;
- Enseñar técnicas de cepillado e higiene bucal, de acuerdo a la evaluación de la técnica que evidencia el alumno, para corregir o modificar la técnica de acuerdo a su edad y condiciones personales que favorezcan la instalación de este hábito;
- Motivar hábitos saludables en los padres y apoderados de los alumnos;
- Elaborar mensualmente reporte con las unidades educativas desarrolladas, según lo señalado en el Manual de Procedimientos de Atención en Módulos Dentales, y el registro de asistencia de los alumnos (deberá constar la firma de los alumnos que asistieron y la fecha en que se realizó la actividad);
- Coordinar las acciones necesarias con los profesores, padres y apoderados, en orden a que la **ENTIDAD COLABORADORA** proporcione la atención a los estudiantes conforme a lo dispuesto en el presente convenio;
- Todas aquellas otras que el Encargado del Módulo determine y digan relación con la implementación del Modelo de Atención del programa.

d) **Apoyo administrativo suficiente (una o más personas)**, que debe estar habilitado y capacitado en temas de gestión y administración, y que deberá cumplir con tareas administrativas tales como:

- Asignación y coordinación de citas;
- Recepción, digitación, mantención y orden de las fichas clínicas, y disposición de éstas al momento de la atención de los beneficiarios;
- Coordinación de las actividades propias del programa con padres, apoderados y comunidad escolar;
- Colaboración en todas las tareas asociadas a los lineamientos del Programa que pudieran requerirse;
- Registro de datos en el sistema informático proporcionado por JUNAEB;
- Control de activos e inventario del Módulo Dental;
- Control de reprogramación;
- Gestión de cobranza por prestaciones otorgadas.

Dependiendo de la realidad local, es posible que dichas acciones sean desarrolladas por alguno de los integrantes del equipo de trabajo del Módulo Dental. En tal caso, la **ENTIDAD COLABORADORA** generará un documento en que se detallen y asignen las tareas a realizarse y los responsables de las mismas, en orden a resguardar los tiempos necesarios para esta función los que no deben afectar la cobertura comprometida en la cláusula novena del presente convenio.

En el evento que algún integrante del personal contratado se ausente por largo tiempo, entendiéndose por ello un periodo superior a 30 días corridos, la **ENTIDAD COLABORADORA** debe informar a **JUNAEB** acerca de dicha circunstancia y proceder a la contratación de personal de reemplazo, adoptando las medidas que sean necesarias en orden a dar cumplimiento con las coberturas programadas.

**6.1.3** Contratar a los Cirujanos Dentistas y Asistentes Dentales que se requieren para cumplir con las horas necesarias en relación a las coberturas referenciales de estudiantes dados de Alta (atención odontológica integral durante el año calendario), acordadas en la cláusula novena, según se especifica en la siguiente tabla:

Cobertura referencial anual de estudiantes atendidos integralmente		Horas Odontológicas diarias	Horas Odontológicas semanales	Horas Odontológicas mensuales
Cantidad de Ingresos	Cantidad de Controles			
22	51	1	5	20
44	102	2	10	40
66	154	3	15	60
88	205	4	20	80
111	256	5	25	100
132	308	6	30	120
155	358	7	35	140
177	410	8	40	160

**6.1.4** Otorgar al personal contratado las facilidades necesarias para participar en los talleres y/o actividades de capacitación en atención odontológica y promoción de salud, que organice **JUNAEB** en el marco del Programa.

**6.1.5** Facilitar a **JUNAEB** la utilización de las dependencias del Módulo Dental para la realización de las actividades de capacitación.

**6.1.6** Proveer mensualmente los insumos y materiales, necesarios para el otorgamiento de las prestaciones, conforme a las coberturas referenciales de estudiantes dados de Alta (atención odontológica integral durante el año calendario) acordadas en la cláusula novena y especificaciones de los insumos clínicos contempladas en el Anexo N° 1. Por motivos de contingencia sanitaria, y mientras la autoridad sanitaria nacional lo indique en sus normativas se deberá considerar parte de estos insumos clínicos a todos los elementos de protección personal necesarios para el equipo de trabajo de los Módulos Dentales y aquellos necesarios para reorganización, aseo y desinfección de los espacios.

**6.1.7** Realizar periódica y oportunamente el servicio técnico de mantenimiento y/o de reparación del equipamiento e instalaciones de los Módulos Dentales.

#### **6.1.8 De las Prestaciones Odontológicas.**

Dadas las indicaciones de la autoridad sanitaria, **JUNAEB** solicita que exista una categorización del paciente de manera previa a la citación al módulo dental. Esta acción se basa en la necesidad de identificar los riesgos asociados a la atención clínica del beneficiario. Por lo tanto, se deberá contactar al apoderado de cada alumno y realizar un TRIAGE telefónico que consulte respecto el estado del beneficiario y grupo familiar, identificando necesidad de tratamiento, posibilidad de manejo a distancia y conocer si el beneficiario o su familia ha sufrido el contagio de COVID 19 para lo cual se requerirá saber su estado actual inmunológico. Cuando la atención es de carácter espontánea el Triage se realizará en forma presencial previo a la atención dental.

**A. Atención dental de Ingreso:** Corresponde a las atenciones otorgadas a cada estudiante que se atienda por primera vez, comprende aquellas acciones clínicas de Operatoria Dental (obturaciones), Endodoncia (recubrimiento pulpar y pulpotomías), Cirugía Bucal (exodoncias); acciones preventivas (control de placa bacteriana y técnica de cepillado, profilaxis, aplicación de sellantes, aplicación tópica de flúor); unidades educativas y enseñanza de hábitos de higiene bucal. Cabe señalar que las acciones antes señaladas conllevan a recuperar y mantener la salud bucal del estudiante concluyendo en el otorgamiento de Alta (atención odontológica integral durante el año calendario) que es la condición necesaria para el pago de cada ingreso.

Se entregará atención dental de ingreso a:

- a) Alumnos que cursan Pre-Kínder o Kínder (siempre que aquellos establecimientos educacionales cuenten con dichos niveles de educación).
- b) Alumnos que cursen 1° Básico.

Se debe priorizar la cobertura referencial estipulada en la cláusula novena, con los estudiantes individualizados en los literales a) y b) precedentes, siempre y cuando la capacidad de atención lo permita, exista disponibilidad presupuestaria, esta Dirección Regional podrá autorizar que la entidad colaboradora otorgue la atención dental de ingreso a alumnos que se encuentren cursando 2° a 8° Básico en alguno de los establecimientos educacionales adscritos y que, en su oportunidad, no tuvieron acceso al Programa o se trasladaron desde otro establecimiento educacional.

**B. Atención dental de Control:** Corresponde a las atenciones otorgadas a cada estudiante que se atiende para seguimiento en el módulo dental, comprende aquellas acciones clínicas de Operatoria Dental (obturaciones), Endodoncia (recubrimiento pulpar y pulpotomías), Cirugía Bucal (exodoncias); acciones preventivas (control de placa bacteriana y técnica de cepillado, profilaxis, aplicación de sellantes, aplicación tópica de flúor); unidades educativas y enseñanza de hábitos de higiene bucal. Cabe señalar que las acciones antes señaladas conllevan a recuperar y mantener la salud bucal del estudiante concluyendo en el otorgamiento de Alta (atención odontológica integral durante el año calendario) que es la condición necesaria para el pago de cada Control. Se deben priorizar y asegurar los controles de los estudiantes atendidos todos los años para asegurar un continuo de atención durante su ciclo educativo manteniendo así una población sana bajo control con un enfoque promocional, educativo y preventivo como eje, dando así cumplimiento al Modelo de Atención Integral del Programa.

Se entregará atención dental de Control a:

- a) Alumnos de Kínder que hayan ingresado al Programa en Pre-Kínder;
- b) Alumnos que se encuentren cursando 1° a 8° Básico y que hayan ingresado previamente al Programa.

**C. Otorgar atenciones de Urgencia Dental** entendiendo por urgencia dental, la consulta resultante de una demanda espontánea y que requiere de una acción específica, la que será realizada en los Módulos Dentales. Cabe señalar que las acciones que la atención de urgencia implique deberán concluir en el otorgamiento de alta que es la condición necesaria para el pago de cada Urgencia.

La cobertura máxima en este tipo de prestación corresponde al definido por **la ENTIDAD COLABORADORA** en la programación reportada a esta Dirección Regional de **JUNAEB**.

**D. Tomar radiografías retroalveolares y/o Bite Wing** siempre y cuando en los Módulos Dentales disponga del equipamiento necesario, a alumnos con alto riesgo de caries o en casos de procedimientos clínicos que requieran de apoyo diagnóstico. La cobertura máxima en este tipo de prestación corresponde al definido por **la ENTIDAD COLABORADORA** en

la programación reportada a esta Dirección Regional de **JUNAEB**. En el caso que, por disponibilidad de equipo de Rayos, los Módulos Dentales derive la toma de radiografías a otra dependencia, esto deberá ser informado mediante Oficio a esta Dirección Regional, debiendo resguardarse una copia de dicho documento en dependencias del propio Módulo y estar disponible en cualquier instancia de supervisión.

**Tabla Resumen**

<b>Atenciones</b>	<b>Cursos que se pueden atender en el Módulo Dental</b>
<b>Ingresos</b>	Pre-Kínder a 8° Básico.
<b>Controles</b>	Kínder a 8° Básico.
<b>Urgencias</b>	Pre-Kínder a 8° Básico.
<b>Radiografías</b>	Pre-Kínder a 8° Básico (asociados a Ingresos, Controles y Urgencias).

**6.1.9** El estado de avance del cumplimiento de las coberturas referenciales será monitoreado por esta Dirección Regional de JUNAEB de acuerdo con la condición sanitaria de cada comuna.

La **ENTIDAD COLABORADORA** deberá cumplir con los siguientes porcentajes de avance respecto de las coberturas referenciales de estudiantes dados de Alta (atención odontológica integral durante el año calendario), establecida en la cláusula novena del presente convenio:

- I. Mes de junio rendido dentro de los 5 primeros días hábiles de julio: 40% de la suma de los Ingresos más los Controles.
- II. Mes de septiembre rendido dentro de los 5 primeros días hábiles de octubre: 70% de la suma de los Ingresos más los Controles.
- III. Mes de noviembre rendido dentro de los primeros días hábiles de diciembre: 90% de la suma de los Ingresos más los Controles.

En el evento que el porcentaje de cumplimiento de las prestaciones hasta agosto de cada año de vigencia del convenio sea inferior al 50% de la cobertura referencial de estudiantes a los que se les otorga el Alta (atención odontológica integral durante el año calendario), la **ENTIDAD COLABORADORA** deberá informar por escrito a **JUNAEB**, las razones que justifiquen la menor ejecución señalando el plan de contingencia que establecerá para lograr revertir este resultado y lograr el cumplimiento de las coberturas establecidas a diciembre del año respectivo.

Sin embargo, en el caso que las condiciones epidemiológicas por la contingencia sanitaria por COVID-19 y sus implicancias impidan una atención continua de las prestaciones regulares del Programa, la Dirección Nacional de JUNAEB podrá determinar suspender estos requerimientos de medición y control de la ejecución de coberturas, o bien modificar los plazos y/o porcentajes establecidos. En dicho caso esta Dirección Regional emitirá una Resolución fundada que será notificada a la **ENTIDAD COLABORADORA**.

Las reprogramaciones de coberturas referenciales quedan definidas de acuerdo a lo establecido en la cláusula novena del presente convenio, denominada "COBERTURA REFERENCIAL DE ESTUDIANTES ATENDIDOS Y DADOS DE ALTA".

**6.1.10** Registrar las prestaciones en los formularios proporcionados por **JUNAEB** para tal efecto, en formatos físicos y/o digitales:

- a) Registro de atención odontológica (Ficha clínica).
- b) Resumen diario de actividades.
- c) Resumen mensual de actividades (Seguimiento Mensual de actividades).
- d) Nóminas de alumnos dados de alta.

Para efectos de lo anterior la **ENTIDAD COLABORADORA** deberá contar con un computador con conexión a Internet banda ancha para cada Módulo Dental. En aquellas localidades en las cuales por razones de extremo aislamiento o condición insular no esté disponible este tipo de conexión, el Módulo Dental podrá utilizar la alternativa de carga remota, de acuerdo a lo establecido en el Sistema Informático aludido en el párrafo anterior.

Cualquier información relacionada con la atención de un beneficiario, deberá ser anotada en los formularios destinados para dichos efectos, entendiendo que el Odontólogo es el profesional responsable, legalmente, del tratamiento y su óptimo registro. La falta de información dejará en evidencia el incumplimiento de la completitud de la atención que, debiendo haber sido entregada, no haya sido registrada y será sancionada de acuerdo a lo definido en la cláusula décimo tercera que se refiere a los incumplimientos. Si se verifica que esta conducta ocurre en dos oportunidades o más durante el año calendario, constituirá incumplimiento grave, la que podrá ser sancionada según lo establecido en la cláusula décimo sexta del presente instrumento, que se refiere al Término Anticipado del Convenio.

**6.1.11** Remitir mensualmente a esta Dirección Regional, dentro de los cinco (5) primeros días hábiles del mes siguiente al que se realizaron las atenciones, los siguientes instrumentos:

- Nómina de alumnos a los que se les otorgó el Alta (atención odontológica integral durante el año calendario), indicando sus respectivos establecimientos educacionales, la cantidad y modalidad de las prestaciones otorgadas, tanto clínicas como educativas, identificando asimismo a los estudiantes del Programa Chile Solidario, según lo señalado en Resolución Exenta N° 2771, de 30 de noviembre de 2020 que aprueba Instrucciones para el pago de atenciones del Programa de Salud Oral.
- Reporte con las unidades educativas desarrolladas en forma presencial o remota con listado de estudiantes firmado por la Educadora o responsable de la entrega de contenidos educativos.

6.1.12 Solicitar autorización a **JUNAEB**, para la realización de estudios, de acuerdo a la normativa legal vigente.

6.1.13 Cumplir con lo indicado en los documentos emitidos por el Ministerio de Salud para efectuar la atención odontológica conforme a las reglas de seguridad sanitaria.

6.1.14 Cumplir con las orientaciones de atención odontológica del Programa de Salud Oral de **JUNAEB**, considerando que éstas pueden variar de acuerdo a la situación sanitaria local y nacional.

## 6.2 Obligaciones de **JUNAEB**.

1. Efectuar talleres de capacitación en atención odontológica, dentro del marco del Programa, pudiendo para tal efecto utilizar los Módulo/s Dental/es u otras dependencias de la **ENTIDAD COLABORADORA**.
2. Comunicar a la **ENTIDAD COLABORADORA**, mediante correo electrónico dirigido a la contraparte técnica y con la debida anticipación, la fecha y duración de las Jornadas o Talleres de Capacitación en Atención Odontológica en las cuales deba participar personal dependiente de los Módulos Dentales.
3. Entregar en formato físico y digital, los formularios para el registro de las atenciones odontológicas y de las actividades educativas y preventivas que se realicen en los Módulos Dental/es.
4. Pagar las prestaciones de conformidad a lo dispuesto en la cláusula octava y décima del presente convenio.
5. Disponer de Sistema Informático para el Programa de Salud Oral, con el objetivo de obtener los registros estadísticos de las acciones realizadas en los Módulo/s Dentales, tras la digitación oportuna por parte del personal de aquellos.
6. Realizar las actividades de supervisión de la ejecución del Programa.

## SÉPTIMO: DE LAS CONTRAPARTES TÉCNICAS.

Para efectos de la coordinación en la ejecución de las obligaciones que emanan del presente convenio las partes vienen en designar las contrapartes técnicas según se indica a continuación:

- Por **JUNAEB**, Claudia Quezada Burgos, profesional del Programa de Salud Oral de esta Dirección Regional, correo electrónico: [claudia.quezada@junaeb.cl](mailto:claudia.quezada@junaeb.cl).
- Por la **ENTIDAD COLABORADORA**, Marcela Leal Silva , correo electrónico [mleal87@gmail.com](mailto:mleal87@gmail.com)

Las contrapartes técnicas antes individualizadas, sostendrán durante la vigencia del convenio y con el objeto de dar un mejor cumplimiento al mismo, reuniones de coordinaciones periódicas, las que serán convocadas por la contraparte técnica de **JUNAEB**. Se deberá dejar constancia en Acta de los acuerdos y compromisos adquiridos en las mismas.

Cada parte mantendrá actualizado el contacto de su contraparte técnica, informando a la otra parte de cualquier cambio mediante, de manera oportuna y mediante carta u oficio dirigido a la Directora Regional de **JUNAEB** o al representante de la **ENTIDAD COLABORADORA**, según corresponda.

#### **OCTAVO: VALOR DE LAS PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS.**

- a) **ATENCIÓN DENTAL DE INGRESO:** la atención dental de ingreso tendrá un costo de **\$ 92.851.- (noventa y dos mil ochocientos cincuenta y un pesos)** por cada beneficiario dado de Alta (atención odontológica integral durante el año calendario) de Ingreso hasta la cantidad máxima señalada para este tipo de prestación en el cuadro de coberturas programadas, conforme se establece en la cláusula novena del presente convenio.
- b) **ATENCIÓN DENTAL DE CONTROL:** la atención dental de control tendrá un costo de **\$ 72.953 (setenta y dos mil novecientos cincuenta y tres pesos)** por cada beneficiario dado de Alta (atención odontológica integral durante el año calendario) de Control hasta la cantidad máxima señalada para este tipo de prestación en el cuadro de coberturas programadas, conforme se establece en la cláusula novena del presente convenio.
- c) **URGENCIA DENTAL:** la atención dental de urgencia tendrá un costo de **\$ 19.895 (diecinueve mil ochocientos noventa y cinco pesos)** por cada atención de urgencia dental dada de Alta (atención odontológica integral durante el año calendario), hasta la cantidad máxima señalada para este tipo de prestación en el cuadro de coberturas programadas, conforme se establece en la cláusula novena del presente convenio.
- d) **RADIOGRAFÍAS RETROALVEOLARES Y/O BITE WING:** En caso de concretarse la prestación de este servicio, JUNAEB pagará a la **ENTIDAD COLABORADORA** la suma de **\$ 6.631 (seis mil seiscientos treinta y un pesos)** por cada una de las radiografías efectivamente realizadas e informadas en la Nómina de Radiografías (Anexo N° 3), hasta la cantidad máxima señalada para este tipo de prestación en el cuadro de coberturas programadas, conforme se establece en la cláusula novena del presente convenio.

Los valores antes señalados, corresponden a los vigentes del Programa para el año 2020, los que de conformidad a lo establecido en el artículo 7° del Decreto Supremo de Educación N° 209 de 2012 y sus modificaciones, deben reajustarse según variación que experimente el índice de precios al consumidor (IPC), al cumplirse cada año de ejecución del Programa. Para efectos de lo anterior la Dirección Nacional de JUNAEB mediante Resolución Exenta, fijará el

valor reajustado para el año 2021, el que será notificado a la ENTIDAD COLABORADORA y se aplicará a contar del 02 de enero de 2021.

**NOVENO: COBERTURA REFERENCIAL DE ESTUDIANTES ATENDIDOS Y DADOS DE ALTA.**

La cobertura referencial de estudiantes atendidos y dados de Alta (atención odontológica integral durante el año calendario) será la siguiente:

**COBERTURA REFERENCIAL AÑO 2021**

Módulo Dental	Ingresos	Controles	Radiografías	Urgencias
<b>PAILLACO</b>	273	1243	151	30
<b>Total, Cobertura Módulo</b>	273	1243	151	30
<b>Valor año 2020</b>	<b>\$ 92.851</b>	<b>\$ 72.953</b>	<b>\$ 6.631</b>	<b>\$ 19.895</b>
<b>Total</b>	<b>\$ 25.348.323</b>	<b>\$ 90.680.579</b>	<b>\$ 1.001.281</b>	<b>\$ 596.850</b>
<b>TOTAL AÑO 2021</b>	<b>\$ 117.627.033</b>			

Cabe hacer presente que las coberturas referenciales podrán ser aumentadas o reducidas, según la disponibilidad presupuestaria y los criterios de asignación que ordene el Departamento de Salud del Estudiante de **JUNAEB**.

Asimismo, la **ENTIDAD COLABORADORA** podrá solicitar el aumento o disminución de cobertura, mediante una carta certificada suscrita por su representante legal, dirigida al Director Regional, que comunicará acerca de dicha solicitud al Departamento de Salud del Estudiante Dirección Nacional, que analizará la procedencia y resolverá la solicitud, sin perjuicio de lo anterior, las tratativas preliminares se pueden materializar por medio de correos electrónicos entre las contrapartes técnicas. En el evento que el Departamento de Salud del Estudiante Dirección Nacional, autorice lo requerido, el Director Regional emitirá una resolución exenta aprobando el aumento o disminución solicitada, que formará parte integrante del presente convenio para todos los efectos y que será notificada tanto a la **ENTIDAD COLABORADORA** y al Departamento de Salud del Estudiante Dirección Nacional.

**DÉCIMO: DEL PAGO DE LAS PRESTACIONES.**

**JUNAEB** pagará las Altas Odontológicas realizadas mensualmente, por mes vencido, según la cantidad de estudiantes dados de Alta (atención odontológica integral durante el año calendario) por Ingresos, Controles y atenciones de Urgencias dentales, además de la cantidad de Radiografías realizadas en el mes calendario anterior, mediante transferencia electrónica a las cuentas bancarias que a continuación se detallan:

MÓDULO	RUT	TIPO DE CTA	BANCO	Nº DE CTA.
<b>PAILLACO</b>	69.200.900-2	CORRIENTE	ESTADO	Nº72509000078

El pago se efectuará según el procedimiento dispuesto en el Anexo N° 2, Instrucciones de Pago y conforme a los formatos de Nóminas de Alta (atención odontológica integral durante el año calendario) contenidos en el Anexo N° 3, una vez que la contraparte técnica de **JUNAEB** certifique la recepción conforme de los documentos que se enuncian a continuación, dentro de los 30 días siguientes contados desde la recepción, en oficina de partes de esta Dirección Regional de los mismos:

1. Nóminas de alumnos dados de alta (atención odontológica integral durante el año calendario) respecto de Ingresos y Controles, atenciones de Urgencias dentales y Radiografías, debidamente firmadas y timbradas por el Encargado del Módulo Dental. Dichas nóminas deberán individualizar los establecimientos educacionales, la cantidad y modalidad de las prestaciones otorgadas, e identificara los estudiantes del Sub Sistema Chile Solidario o Ingreso Ético Familiar;
2. Nómina de beneficiarios que hayan asistido en forma remota o presencial a las sesiones educativas realizadas, con la identificación de las unidades educativas entregadas en dichas sesiones. La nómina deberá ser elaborada conforme las especificaciones contenidas en la cláusula décimo segunda.
3. Órdenes de Pago, emitidas y firmada por el Encargado de la Unidad Regional de Salud del Estudiante, o por el Encargado del Programa de Salud Oral, según lo establecido en el Manual de Procedimientos del Programa de Salud Oral (Resolución Exenta N° 3782 del 30 de noviembre de 2012) y sus modificaciones;
4. Comprobante de pago del mes anterior que da cuenta del pago efectuado por **JUNAEB** a la **ENTIDAD COLABORADORA** por las Altas (atención odontológica integral durante el año calendario) realizadas en los Módulos Dentales (Transferencia bancaria o depósito del mes anterior, o comprobante del último depósito recibido del Programa de Salud Oral). La entrega de dicho documento debe efectuarse a contar del segundo mes de ejecución del convenio junto con la presentación de la rendición mensual de las prestaciones, en la oficina de partes de esta Dirección Regional de **JUNAEB**, ubicada en Calle Camilo Henríquez n°155 de la ciudad de Valdivia.).

La **ENTIDAD COLABORADORA** deberá informar mediante correo electrónico dirigido a la contraparte técnica de **JUNAEB** los nuevos datos de transferencia a la brevedad. Lo anterior impactará en el oportuno pago mensual de parte de **JUNAEB**.

#### **DÉCIMO PRIMERO: USO DE LOS RECURSOS PAGADOS POR JUNAEB.**

La **ENTIDAD COLABORADORA** se obliga a utilizar los recursos recibidos por concepto de pago por prestación de servicios por parte de **JUNAEB**, única y exclusivamente para lo siguiente:

- Para la contratación del personal que se desempeñará en el/los Módulo/s Dental/es,
- Compra de insumos, instrumental y material clínico, educativo y promocional, indispensable para el otorgamiento de las prestaciones,

- Mantenimiento y/o reparación de el/los Módulo/s Dental/es,
- Todo aquello que permita el correcto desarrollo del Programa, acorde a lo señalado en el Decreto N° 209 de Educación, del 22 de mayo de 2012 y sus modificaciones.
- Adquirir los elementos de protección personal necesarios, implementos e insumos para la seguridad personal recomendados por la autoridad sanitaria, mientras la pandemia COVID-19 persista.

En el Anexo N° 1 del presente convenio, se adjunta un listado del instrumental y de los insumos clínicos mínimos con que debe contar permanentemente el/los Módulo/s Dental/es para asegurar la atención de los beneficiarios.

**JUNAEB** podrá solicitar a **ENTIDAD COLABORADORA** en cualquier momento que lo estime conveniente, un informe sobre el destino y rendición de los recursos transferidos a la misma, acompañando toda la documentación y antecedentes que sean necesarios respecto de su inversión para el desarrollo y funcionamiento de el/los Módulo/s Dental/es,, según lo establecido en el Decreto N° 209 de Educación, del 22 de mayo de 2012 y sus modificaciones.

#### **DÉCIMO SEGUNDO: COMPONENTE EDUCATIVO.**

Respecto al componente educativo del Modelo de Atención del Programa, descrito en la Resolución N° 2112, de fecha 30 de agosto de 2017 y sus modificaciones, que aprueba el Manual de Procedimientos de Atención en Módulos Dentales, y en el Manual Educativo, se deben considerar las siguientes precisiones:

- **Sesión educativa:** tiempo organizado para entregar los contenidos o unidades educativas relacionadas y priorizadas por el Programa de Salud Oral de **JUNAEB**.
- **Unidades educativas:** información teórica que es entregada en las sesiones organizadas de acuerdo al nivel del Programa de Salud Oral de **JUNAEB**, la edad del alumno y su curso.

#### **Sesiones Educativas Presenciales.**

##### **A) En Clínicas Fijas:**

- **Espacio Físico:** lugar en que desarrollarán las actividades educativas. De acuerdo a la realidad local es importante que el/los Módulo/s Dental/es resguarde/n un espacio físico, atractivo y acogedor para el desarrollo de las actividades educativas, según disponibilidad de infraestructura local.
- Se deberá adecuar y sanitizar todos los espacios físicos relacionados a la atención de salud siguiendo las indicaciones de la autoridad sanitaria. La entidad colaboradora será responsable de garantizar la implementación necesaria según la normativa vigente al momento de las atenciones para resguardar al estudiante y personal de atención del módulo dental.
- La cantidad de estudiantes por sesión educativa presencial, se encuentra condicionado a la autorización de la autoridad sanitaria y educativa respectiva a la

capacidad del espacio físico dispuesto para el desarrollo de ésta y del recurso humano destinado para ello. Sin perjuicio de lo anterior, se pueden realizar sesiones educativas presenciales en forma individual cuando un estudiante es citado al Módulo Dental para la realización de acciones clínicas.

- Se debe contar con todas las medidas de higiene y distanciamiento físico establecido por la autoridad sanitaria.

#### **B) En Clínicas Móviles.**

Se requiere poder insertar las actividades educativas y de técnica de cepillado en la escuela, involucrando en ello a los profesores, profesoras y a toda la comunidad escolar, condicionado a la autorización otorgada por la autoridad sanitaria y educativa.

#### **Sesiones Educativas Remotas.**

Para privilegiar las sesiones y técnicas de cepillado en forma remota, donde considerando el riesgo de contagio por COVID-19 y siguiendo las recomendaciones sanitarias, las sesiones educativas y técnicas de cepillado se debe privilegiar su implementación en modalidad remota, tales como:

- a. Medios Audiovisuales: Capsulas de video, YouTube, Instagram, Facebook, página web, podcast, entre otros.
- b. Medios de comunicación: Radio Comunitaria o Local, Televisión Local, entre otros.
- c. Modalidad Video Conferencia: WSP, Zoom, Team, Google Meet, entre otros.
- d. Medios Impresos: Guías, suplementos de periódicos locales, boletines, entre otros, entre otros.

Los registros de la realización de la sesión educativa deberán contener: nombre del Módulo Dental, nombre de quien realiza la educación y actividad, cargo de quien realiza la actividad, fecha de la aplicación de la actividad, nombre o identificación del contenido educativo o registro de sesión de técnica de cepillado cuando corresponde, medio utilizado, nombre del estudiante, curso y establecimiento educacional, nota de las evaluaciones cuando corresponda y la firma del responsable.

Considerando la realización de las evaluaciones inicial y final de manera remota, JUNAEB sugiere como alternativa homologar dicha calificación al Índice de Higiene Oral Inicial y final (IHO simplificado) de acuerdo a la siguiente tabla:

#### **Valores Homologables**

<b>IHO Simplificado Inicial o Final</b>	<b>Escala de Nota: Evaluación Inicial o Final</b>
Entre un 0 y 0,6 (Buena Higiene)	7,0
Entre un 0,7 y 1,8 (Higiene Regular)	5,5
Entre 1,9 y 3,0 (Higiene Deficiente)	4,0

La **ENTIDAD COLABORADORA** puede proponer una modalidad de evaluación distinta a la homologación del IHO Simplificado o mantener las mismas técnicas de evaluación descritas en el Manual Educando Sonrisas Saludables.

Las modalidades a utilizar y detalles de las evaluaciones asociadas a las sesiones educativas o sesiones de enseñanza de técnicas de cepillado deberán ser informadas por el encargado del/de los Módulo/s Dental/es mediante correo electrónico a la contraparte Regional y/o provincial de JUNAEB LOS RIOS [claudia.quezada@junaeb.cl](mailto:claudia.quezada@junaeb.cl)

Se describe a continuación el modelo sugerido para la aplicación de contenidos descritos en las sesiones educativas en modalidad remota de acuerdo con el Manual Educativo del Programa de Salud Oral JUNAEB "Educando Sonrisas Saludables" y Técnicas de Cepillado del Programa.

Modalidad Remota	Tipo de instrumento	Orientaciones Generales	Medio Verificador
<p><b>Medios Audiovisuales</b></p> <p>Aquellos medios de comunicación que se componen de imágenes y/o audios previamente grabados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cápsulas de video.</li> <li>● YouTube.</li> <li>● Instagram.</li> <li>● Facebook.</li> <li>● Página web.</li> <li>● Podcast.</li> <li>● Otros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Duración del material audiovisual de al menos de 3 minutos cuando corresponda a un (1) contenido educativo.</li> <li>● Debe contener una explicación inicial del objetivo del contenido.</li> <li>● Debe contener el desarrollo del contenido.</li> <li>● Debe realizar el cierre reforzando las ideas fuerzas.</li> <li>● Se sugiere reforzar en algún momento de las sesiones educativas en modalidad remota algunas de las medidas preventivas del COVID-19 por ejemplo: Lavado de manos y uso de mascarilla.</li> </ul>	<p>Enlace con la publicación donde se encuentra el contenido o correo electrónico con el contenido.</p>
<p><b>Medios de comunicación radio-televisada</b></p> <p>Aquellos medios masivos con soporte local y que permite acceder a la población beneficiaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Radio Comunitaria o Local.</li> <li>● Televisión Local.</li> <li>● Televisión por Internet.</li> <li>● Canal de Youtube.</li> <li>● Otros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● El programa deberá destinar al menos 3 minutos por cada contenido que desarrolle.</li> <li>● Debe contener una explicación inicial del objetivo del contenido.</li> <li>● Debe contener el desarrollo del contenido.</li> <li>● Debe realizar el cierre reforzando las ideas fuerzas.</li> <li>● Se sugiere reforzar en algún momento del programa algunas de las medidas preventivas del COVID-19 por ejemplo: Lavado de manos y uso de mascarilla.</li> </ul>	<p>Enlace de grabación del programa o pauta escrita del programa.</p>
<p><b>Modalidad Video Conferencia o telefónica</b></p> <p>Aquella que se da en forma simultánea bidireccional de <u>audio</u> y/o <u>video</u>, que permite mantener reuniones telemáticas con dos o más personas a la vez.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aplicación WhatsApp.</li> <li>● Zoom.</li> <li>● Team.</li> <li>● Google Meet.</li> <li>● Teléfono.</li> <li>● Otras aplicaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La llamada telefónica o video conferencia deberá tener una duración de al menos 3 minutos por cada contenido que desarrolle.</li> <li>● Debe contener una explicación inicial del objetivo del contenido.</li> <li>● Debe contener el desarrollo del contenido.</li> <li>● Debe realizar el cierre reforzando las ideas fuerzas.</li> <li>● Se sugiere reforzar en algún momento de la llamada telefónica o video conferencia algunas de las medidas preventivas del COVID-19 por ejemplo: Lavado de manos y uso de mascarilla.</li> </ul>	<p>Registro de llamada o listado que contenga todos los datos descritos necesarios para el verificador (registro de sesiones educativas).</p>
<p><b>Medios Impresos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Guías.</li> <li>● Dípticos o trípticos.</li> <li>● Suplementos de periódicos locales.</li> <li>● Boletines.</li> <li>● Otros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se debe basar en los contenidos descritos en el Manual Educativo del Programa de Salud Oral JUNAEB Educando Sonrisas Saludables.</li> <li>● Debe contener una explicación inicial del objetivo del contenido.</li> <li>● Debe contener el desarrollo del contenido.</li> <li>● Debe realizar el cierre reforzando las ideas fuerzas.</li> <li>● Se sugiere reforzar dentro del material impreso algunas de las medidas preventivas del COVID-19 por ejemplo: Lavado de manos y uso de mascarilla.</li> </ul>	<p>Copia, fotografía o PDF del Material Impreso.</p>

### DÉCIMO TERCERO: INCUMPLIMIENTOS DE LAS PRESTACIONES.

En caso de incumplimiento en la completitud de las prestaciones clínicas individualizadas en el subtítulo 6.1.7 de este instrumento, o cuando éstas no hayan sido registradas completamente en la Ficha Clínica del beneficiario informado con Alta (atención odontológica integral durante el año calendario) de Ingreso o Control por el Módulo Dental, **JUNAEB** aplicará una sanción consistente en un descuento del valor de las prestaciones correspondientes (Ingresos y/o Controles) que la **ENTIDAD COLABORADORA** se haya comprometido a entregar.

El porcentaje de descuento que **JUNAEB** aplicará será el siguiente:

Actividad	Porcentaje de Descuento * del valor de la prestación Ingreso o Control*
Índices IHO, COP-D, ceo-d	25%
Actividades clínicas reparativas	25%
Aplicación de Flúor tópico y/o sellantes	25%
Nº de sesiones educativas	25%
Nº de sesiones de técnica de cepillado	25%

\*Se hace presente que cada uno de estos descuentos se aplican por separado, hasta un máximo de un descuento del 100% del valor del alta del estudiante cuando falten 4 o más de estas acciones.

**Índice ceo-d:** índice de daño oral (historia de caries) que corresponde a la suma de piezas temporales con caries ("c"), piezas temporales con indicación de extracción ("e") y piezas temporales obturadas ("o"). Se considera incumplimiento cuando no se registra el Índice ceo-d inicial en el diagnóstico y/o el Índice ceo-d final, según corresponda, en el momento de dar el Alta (atención odontológica integral durante el año calendario) al estudiante.

**Índice COP-D:** índice de daño oral (historia de caries) que corresponde a la suma de piezas definitivas con caries ("C"), Piezas definitivas obturadas ("O"), y piezas definitivas perdidas por caries ("P"). Se considera incumplimiento cuando no se registra el Índice COP-D inicial, según corresponda, en el diagnóstico y/o el Índice COP-D final en el momento de dar el Alta (atención odontológica integral durante el año calendario) al estudiante.

**Índice de Higiene Oral (IHO):** registra el estado de higiene de las piezas dentales totalmente erupcionadas al evaluar la presencia o ausencia de placa bacteriana detectada por medio de la acción de la sustancia reveladora de ésta sobre determinadas superficies de los seis dientes índices establecidos para ello. Se considera incumplimiento cuando no se registra el Índice IHO inicial en el diagnóstico y/o el Índice IHO final en el momento de dar el Alta (atención odontológica integral durante el año calendario) al estudiante.

**Actividades clínicas reparativas:** acciones clínicas de atención primaria correspondientes a operatoria dental (obturaciones), endodoncia (recubrimiento pulpar y pulpotomías), cirugía bucal (exodoncias), realizadas en beneficiario con el objetivo de eliminar el daño oral presente. Se requiere la eliminación de todo el daño oral diagnosticado que pueda ser atendido a través de las acciones de atención primaria descritas, para poder dar de alta clínica al estudiante, de lo contrario, se considera incumplimiento respecto de las prestaciones que deban entregarse al beneficiario.

**Sesiones educativas y sesiones de técnica de cepillado:** unidades educativas y enseñanza de hábitos de higiene bucal, entregadas a cada estudiante atendido. Se requiere entregar mínimo de cuatro (4) contenidos educativos, distribuidos en al menos tres (3) sesiones educativas (incluida la sesión de inducción previa a la atención) e igual número de sesiones de enseñanza de técnica de cepillado para dar el Alta (atención odontológica integral durante el año calendario) de Ingreso, y al menos una (1) sesión educativa que incluya obligatoriamente 2 contenidos educativos y una (1) sesión de enseñanza de técnica de cepillado para dar el Alta (atención odontológica integral durante el año calendario) de Control. Se considera incumplimiento cuando no se entrega y/o no se registra la cantidad de contenidos educativos y de enseñanza de técnica de cepillado señaladas para Ingresos y Controles para dar el Alta (atención odontológica integral durante el año calendario) al estudiante.

**Aplicación de flúor y/o sellantes:** acciones preventivas realizadas en cada estudiante con el objetivo de protegerlo frente a un potencial daño oral. Se requiere, al menos, una aplicación de barniz de flúor antes de otorgar el Alta (atención odontológica integral durante el año calendario) del beneficiario, lo que deberá ser registrado en los formularios estadísticos destinados para dichos efectos, además de los sellantes indicados según el riesgo del estudiante. Se considera incumplimiento en caso de no registrar y/o no aplicar barniz de flúor y/o los sellantes requeridos al momento de dar el Alta (atención odontológica integral durante el año calendario).

#### **DÉCIMO CUARTO: PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE DESCUENTOS EN VIRTUD DE LOS INCUMPLIMIENTOS CONSTATADOS.**

##### **Notificación de Incumplimientos.**

Esta Dirección Regional se encuentra facultada para aplicar descuentos, mediante la emisión de un acto administrativo fundado que se notificará de conformidad a lo dispuesto en la cláusula vigésimo quinta, en el evento que la **ENTIDAD COLABORADORA** incumpla las prestaciones individualizadas en el subtítulo 6.1.7 de este instrumento.

##### **Procedimiento de Aplicación del Descuento.**

La **ENTIDAD COLABORADORA**, una vez recibida la notificación de la resolución que declara el incumplimiento y el descuento aplicado, podrá oponer ante esta Dirección Regional, descargos respecto de la resolución que declara el incumplimiento y el descuento correspondiente, dentro de un plazo de 5 días hábiles contados desde la fecha en que ésta le fuese notificada.

Los descargos deberán ser fundados y documentados, para ser analizados por el Comité Regional de Sanciones, el cual estará conformado por un equipo de al menos 3 funcionarios de la Dirección Regional, que serán designados por el Director Regional. Este comité se encargará de analizar los descargos y emitir un pronunciamiento, fundado técnicamente, dentro de un plazo de 10 días hábiles contados desde su recepción, acogiendo o rechazando aquellos.

Una vez notificado el acto administrativo que rechaza los descargos presentados, **JUNAEB** procederá a descontar el porcentaje que corresponda según lo establecido en la cláusula décimo tercera del presente convenio.

**Caso Fortuito o fuerza mayor.**

No procederá la aplicación de descuento en aquellos casos en que el incumplimiento se produzca debido a un caso fortuito o fuerza mayor, el cual deberá ser acreditado por la **ENTIDAD COLABORADORA** y calificado así por **JUNAEB**.

Ante la ocurrencia de situaciones de fuerza mayor o casos fortuitos, la **ENTIDAD COLABORADORA** deberá dirigir una comunicación escrita a la contraparte técnica de **JUNAEB** dentro de los tres primeros días hábiles de acaecido el hecho, explicando lo ocurrido y adjuntando los antecedentes que fundamentan su presentación.

**JUNAEB** resolverá la petición mediante resolución fundada, de acuerdo al mérito de los antecedentes acompañados.

**DÉCIMO QUINTO: SUPERVISIÓN.**

Según lo establecido en la cláusula sexta del presente convenio, **JUNAEB** cuenta con facultades para realizar, a través de la contraparte técnica, las supervisiones en terreno que estime necesarias en orden a fiscalizar la realización de las prestaciones asumidas y otorgadas por la **ENTIDAD COLABORADORA**. En este ámbito de supervisión, **JUNAEB** se encuentra facultada para realizar el control de la gestión del/de los Módulo/s Dental/es y de la calidad de las actividades clínicas, educativas, preventivas y de promoción, que forman parte del servicio odontológico otorgado, lo cual será realizado por un odontólogo especialmente contratado para este efecto.

Asimismo se efectuarán una o dos auditorías odontológicas anuales, dependiendo de la disponibilidad presupuestaria, dirigidas principalmente a detectar falencias en la ejecución del Programa de Salud Oral de **JUNAEB**, y elaborar un plan de mejora, con su respectivo seguimiento, todo según lo señalado en el Decreto N° 209 de Educación, del 22 de mayo de 2012, y sus modificaciones.

La **ENTIDAD COLABORADORA** por su parte, debe otorgar todas las facilidades a **JUNAEB** y al Odontólogo auditor para cumplir con la supervisión y control de las atenciones otorgadas en el/los Módulo/s Dental/es.

**DÉCIMO SEXTO: TÉRMINO ANTICIPADO DEL CONVENIO.**

Las partes podrán poner término anticipado al convenio por resciliación o mutuo acuerdo, para lo cual deberán manifestar su intención por escrito, enviando a la contraparte técnica, una comunicación en tal sentido, con a lo menos 60 (sesenta) días corridos de anticipación a la fecha prevista para la expiración del mismo.

Sin perjuicio de ello, cuando se verifique un incumplimiento grave por parte de la **ENTIDAD COLABORADORA**, **JUNAEB** podrá unilateralmente poner término anticipado al convenio a

través de una resolución fundada de esta Dirección Regional, que será notificada al domicilio informado por la **ENTIDAD COLABORADORA**.

Se entenderá que existe incumplimiento grave de las obligaciones de la **ENTIDAD COLABORADORA**, cuando en dos o más oportunidades durante el transcurso del año calendario, incurra en alguna de las siguientes conductas:

1. No contar y/o disponer del personal descrito en el punto 6.1.1 de la cláusula sexta del presente convenio.
2. No brindar atención dental descrita en el subtítulo 6.1.7 de este instrumento.
3. No realizar, en oportunidad y cantidad, la provisión mensual de insumos para realizar los propósitos del Programa de Salud Oral.
4. No remitir a **JUNAEB**, dentro de los cinco (5) primeros días hábiles del mes siguiente al que se realizaron las atenciones, los registros estadísticos de dichas atenciones odontológicas, en los formularios y formatos físicos y/o digitales entregados por **JUNAEB**, que incluyan la nómina de alumnos dados de Alta (atención odontológica integral durante el año calendario) en el/los Módulo/s Dental/es, informando sus respectivos establecimientos educacionales, el número y modalidad de las prestaciones otorgadas, tanto clínicas como educativas, identificando a los estudiantes del Programa Chile Solidario y todos los antecedentes que **JUNAEB** solicite y que digan relación con el Programa.
5. Incumplir la obligación de la debida reserva respecto la información proporcionada por **JUNAEB** en la ejecución del presente convenio, según lo establecido en la cláusula décimo octava del presente instrumento.
6. En caso de verificarse que un miembro del equipo del Módulo Dental figure en el registro de inhabilidades para trabajar con menores de edad, y ejecute actividades vinculadas al Programa.
7. Por razones de disponibilidad presupuestaria.
8. Por exigirlo así en interés público o la seguridad nacional.

En cualquiera de las causales contempladas, la decisión que se adopte se materializará mediante Resolución Exenta Regional, previo informe de la contraparte regional, en el que se relaten los hechos que configura la causal antes señalada, junto con los antecedentes que acrediten los mismos y que justifiquen de manera fehaciente la ocurrencia de los hechos o circunstancias que dan lugar a la aplicación de la causal de término anticipado.

Ante la ocurrencia de situaciones de fuerza mayor o casos fortuitos, la **ENTIDAD COLABORADORA** deberá dirigir una comunicación escrita a la contraparte técnica de **JUNAEB** dentro de los tres primeros hábiles de acaecido el hecho, explicando lo ocurrido y adjuntando los antecedentes que fundamentan su presentación.

**JUNAEB** resolverá la petición mediante resolución fundada, de acuerdo al mérito de los antecedentes acompañados, sea rechazándola o aceptándola.

## **DÉCIMO SÉPTIMO: DE LOS DERECHOS Y DEBERES QUE TIENEN LAS PERSONAS EN RELACIÓN CON ACCIONES VINCULADAS A SU ATENCIÓN EN SALUD.**

Las prestaciones de salud, los beneficiarios y los prestadores, que otorguen atenciones clínicas en virtud del presente convenio, estarán regidas por lo establecido en la Ley N° 20.584 del año 2012, que regula los "Derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud".

Conforme a dicha norma, toda persona tiene derecho a que, en el marco de la atención de salud que se le brinda, ésta sea dada oportunamente y sin discriminación arbitraria, en la forma y condiciones que determinen la Constitución y las leyes. Los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales, deberán dar cumplimiento a las normas vigentes en el país, y con los protocolos establecidos, en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud, referentes a materias tales como infecciones intrahospitalarias, identificación y accidentabilidad de los pacientes, errores en la atención de salud y, en general, todos aquellos eventos adversos evitables según las prácticas comúnmente aceptadas.

De igual modo, la información contenida en la ficha, copia de la misma o parte de ella, sólo será entregada, total o parcialmente, a solicitud expresa de las personas y organismos, en los casos, forma y condiciones establecidas en dicha ley. Además, será considerada como dato sensible, de conformidad con lo dispuesto en la letra g) del artículo 2° de la ley N° 19.628.

## **DÉCIMO OCTAVO: DEBER DE CONFIDENCIALIDAD.**

Los procesos involucrados y toda la documentación, información y datos en cualquier tipo de soporte generado durante la ejecución del presente convenio y/o que se recopile para la realización del mismo, tendrán el carácter de confidencial. Por lo anterior, todas las personas, sin importar el tipo de participación que tengan dentro de los procesos, deberán guardar confidencialidad respecto de todos los antecedentes derivados de los mismos, entendiéndose por datos de carácter personal, los relativos a cualquier información concerniente a personas naturales, identificadas o identificables. En este sentido, la letra c) del artículo 2 de la Ley 19.628 sobre Protección de la Vida Privada, establece que para efectos de dicha ley se entenderá por Comunicación o transmisión de datos, "*dar a conocer de cualquier forma los datos de carácter personal a personas distintas del titular, sean determinadas o indeterminadas*", lo cual es aplicable en el presente contrato.

Asimismo, dicho cuerpo normativo, en su Artículo 7°, establece que: "*Las personas que trabajan en el tratamiento de datos personales, tanto en organismos públicos como privados, están obligados a guardar secreto sobre los mismos, cuando provengan o hayan sido recolectados de fuentes no accesibles al público, como asimismo sobre los demás datos y antecedentes relacionados con el banco de datos, obligación que no cesa por haber terminado sus actividades en ese campo.*"

En este contexto cabe tener presente las siguientes normas: el inciso primero del artículo 23 de la referida ley señala que: "*La persona natural o jurídica privada o el organismo*

*público responsable del banco de datos personales deberá indemnizar el daño patrimonial y moral que causare por el tratamiento indebido de los datos, sin perjuicio de proceder a eliminar, modificar o bloquear los datos de acuerdo a lo requerido por el titular o, en su caso, lo ordenado por el tribunal”.*

Por su parte, el artículo 4° de la ley 19.223, dispone que: “*El que maliciosamente revele o difunda los datos contenidos en un sistema de información, sufrirá la pena de presidio menor en su grado medio”.*

#### **DÉCIMO NOVENO: DE LA PROPIEDAD.**

Será propiedad exclusiva de **JUNAEB** toda la información proporcionada a la **ENTIDAD COLABORADORA**, para la ejecución del presente convenio, sea que se encuentre contenida en medios magnéticos, electrónicos y/o soporte material.

Asimismo, serán propiedad de **JUNAEB** todos los productos generados a partir de la ejecución del convenio, quien se reserva el derecho de disponer de ellos libremente, sin limitaciones de ninguna especie, no pudiendo por tanto la **ENTIDAD COLABORADORA** realizar ningún acto respecto a ellos, ajeno al contrato, sin autorización previa y expresa de **JUNAEB**.

#### **VIGÉSIMO: DE LAS INHABILIDADES PARA TRABAJAR CON MENORES DE EDAD.**

Dada la naturaleza de la prestación del servicio, la que implica que los profesionales de la **ENTIDAD COLABORADORA** se involucren en una relación directa con menores de edad y teniendo en cuenta la ley N° 20.594, que “Crea inhabilidades para condenados por delitos sexuales contra menores y establece un registro de dichas inhabilidades”, la **ENTIDAD COLABORADORA** deberá verificar, respecto de todo el personal que desempeñe funciones en la prestación del servicio, que no concurren causales de inhabilidad para ejercer funciones en ámbitos educacionales o con menores de edad.

Para lo anterior, la **ENTIDAD COLABORADORA** deberá, previo a la contratación de toda persona que vaya a prestar servicios en la ejecución del convenio, consultar el registro de “Inhabilitaciones para ejercer funciones en ámbitos educacionales o con menores de edad”, a cargo del Servicio de Registro Civil e Identificación.

La **ENTIDAD COLABORADORA** deberá mantener una nómina actualizada que dé cuenta de la verificación en el registro de “Inhabilitaciones para ejercer funciones en ámbitos educacionales o con menores de edad”, respecto de todos los trabajadores que desempeñen labores en la ejecución del contrato, la cual deberá mantener a disposición de **JUNAEB** en las supervisiones que realice y/o indistintamente las pueda solicitar mediante correo electrónico.

**JUNAEB**, se reserva además el derecho a solicitar el listado de personal en cualquier tiempo durante la vigencia del convenio, con la finalidad de verificar la veracidad e integridad de la información proporcionada por la **ENTIDAD COLABORADORA**.

En caso de no tener el registro referido a disposición de **JUNAEB** cuando esta lo solicitare; o bien en caso de verificarse que a pesar de figurar en el registro un integrante del equipo

del Módulo Dental aún sigue ejecutando actividades vinculadas al Programa, se pondrá término anticipado al convenio anticipado conforme al procedimiento contemplado en la cláusula décimo sexta.

#### **VIGÉSIMO PRIMERO: MODIFICACIONES DEL CONVENIO.**

El convenio podrá ser modificado, previo acuerdo de las partes y siempre que no se alteren los elementos esenciales del mismo.

Su formalización se realizará a través de la suscripción del instrumento modificatorio correspondiente, aprobado por el respectivo acto administrativo totalmente tramitado conforme a lo señalado en la cláusula segunda del presente convenio.

#### **VIGÉSIMO SEGUNDO: EVALUACIÓN DEL CONVENIO.**

JUNAEB realizará una evaluación del convenio en los meses de septiembre y diciembre de cada año, atendiendo a aspectos relativos al cumplimiento de coberturas, cumplimientos administrativo-financieros, auditorías técnicas, cumplimiento de planes de mejora, dotación de personal, habilitación adecuada de la planta física y equipamiento.

Sin embargo, en el caso que las condiciones epidemiológicas por la contingencia sanitaria por COVID-19 y sus implicancias impidan una atención continua de las prestaciones regulares del Programa, la Dirección Nacional de JUNAEB podrá determinar suspender este proceso evaluativo. En dicho caso esta Dirección Regional emitirá una Resolución fundada que será notificada **ENTIDAD COLABORADORA**.

En caso de detectarse algún incumplimiento, éste podrá ser sancionado según lo establecido en la cláusula décimo tercera y décimo quinta del presente convenio.

En estos casos, el proceso de notificación de incumplimientos y descargos se regirá por lo establecido en la cláusula décimo quinta o décimo sexta del presente convenio, según corresponda.

#### **VIGÉSIMO TERCERO: VIGENCIA.**

El presente convenio comenzará a regir una vez que se encuentre totalmente tramitado el acto administrativo aprobatorio, y tendrá vigencia hasta el 31 de diciembre de 2021. En todo caso, el pago quedará supeditado a la total tramitación del acto aprobatorio señalado precedentemente. No obstante lo anterior, y por razones de buen servicio y en observancia del principio de continuidad de la función pública, la ejecución de las prestaciones que se deriven del presente convenio podrán iniciarse con anterioridad a la fecha de la total tramitación del acto administrativo aprobatorio.

El convenio podrá renovarse por un año, previa evaluación del cumplimiento del mismo y supeditado a que **JUNAEB** cuente con los recursos presupuestarios suficientes. En el evento que la evaluación resulte positiva, esta Dirección Regional procederá a emitir un acto administrativo fundado en dicha evaluación, que tendrá por objeto hacer efectiva la renovación

y que será notificado al ENTIDAD COLABORADORA y formará parte integrante del presente convenio.

#### **VIGÉSIMO CUARTO: DOMICILIO.**

Para todos los efectos del presente convenio las partes fijan su domicilio en la ciudad de VALDIVIA, y se someten a la jurisdicción de sus Tribunales Ordinarios de Justicia.

#### **VIGÉSIMO QUINTO: NOTIFICACIONES.**

Toda notificación que cualquiera de las partes efectúe a la otra, deberá efectuarse por escrito, mediante el envío de un correo electrónico al representante legal de la entidad, por carta certificada o personalmente a las direcciones que las partes señalen en el presente convenio.

Para todos los efectos, las notificaciones se entenderán practicadas dentro del tercer día hábil de despachada la carta si se hiciera por correo certificado y el mismo día si se hiciera personalmente o a través de correo electrónico, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 46° de la ley N° 19.880.

#### **VIGÉSIMO SEXTO: EJEMPLARES.**

El presente convenio, se firma en dos ejemplares del mismo tenor y fecha, quedando dos de ellos en poder de **JUNAEB** y uno en poder de la **ENTIDAD COLABORADORA**.

#### **VIGÉSIMO SÉPTIMO: PERSONERÍAS.**

La personería de doña **KARINA SILVA FERNÁNDEZ**, en su calidad de Directora Regional para representar a la Dirección Regional de **JUNAEB**, consta en Resolución N° 173/235/2019.

La personería de doña **RAMONA REYES PAINEQUEO** para representar a la entidad colaboradora consta en Decreto Alcaldicio N° 1552 de Fecha 06.12.2016 de la Municipalidad de Paillaco.

Dichas personerías no se insertan por ser conocidas por las partes.

Firman en comprobante.



**RAMONA REYES PAINEQUEO**  
REPRESENTANTE LEGAL  
MUNICIPALIDAD DE PAILLACO



**KARINA SILVA FERNÁNDEZ**  
DIRECTORA REGIONAL  
JUNAEB REGIÓN DE LOS RÍOS

## ANEXO N°1

### LISTADO DE INSTRUMENTAL E INSUMOS CLÍNICOS MÍNIMOS PARA ASEGURAR LA ATENCIÓN PERMANENTE DE UN MÓDULO DENTAL

#### I. DEFINICIÓN.

Se entiende por Módulo Dental la unidad de atención odontológica integral, destinada a implementar y desarrollar el modelo de atención del Programa de Salud Oral de JUNAEB, el cual podrá ser en un Módulo Dental con Clínicas Fijas o en un Módulo Dental con Clínicas Móviles, dotado con equipamiento y profesionales del área de la salud, de acuerdo a los requerimientos exigidos por la normativa legal vigente.

#### II. RECURSOS FÍSICOS.

##### II.1.- Planta Física:

El Módulo Dental puede contar con 1 o más *puestos de trabajo* que corresponden al espacio físico habilitado en el Módulo Dental para otorgar la atención clínica propiamente tal, contando para ello con un equipamiento simplificado de alto grado de resolutivez técnica y personal [Odontólogo (s), Asistente (s) Dental (s), Educador (es) y Apoyo (s) Administrativo (s)] en número conforme a la normativa legal vigente y de acuerdo a las necesidades asociadas a la atención de las coberturas comprometidas.

II.2.- La superficie total proporcionada por la contraparte del Convenio (Municipalidad, Corporación Municipal, Servicio de Salud, prestador privado) debe contar, a lo menos, con 3 áreas esenciales para el desarrollo del Programa de Salud Oral:

- Área Clínica
- Área de Prevención (cepillero)
- Área de Educación

II.3.- La cantidad y características del equipamiento de cada Módulo Dental, por tanto, serán de acuerdo a la planta física, al número de puestos de trabajo y a los requerimientos técnicos establecidos.

II.4.- Equipamiento básico para cada Módulo Dental:

##### A.- Área Clínica:

###### i. Equipamiento

Cada Módulo Dental puede contar con 1 o más puestos de trabajo, lo cual es determinante para su equipamiento que está directamente relacionado con las características propias de cada Módulo Dental. Por lo tanto, las siguientes son cantidades *estimativas para un puesto de trabajo-tipo*, considerando un funcionamiento de 8 horas diarias de atención clínica con una media de 16 niños/día:

- 1 Sillón dental anatómico con accionamiento electro-hidráulico que permita posición de Trendelemburg.
- 2 Taburetes o sillines neumáticos (Para el Profesional y para el Asistente).
- 1 Carro o braquet trimodular con 3 componentes:
  - 1 Turbina.
  - 1 Inserto o unidad ultrasonido para remoción de placa bacteriana.
  - 1 Micromotor neumático con Contrángulo y Pieza de mano.
- 1 Jeringa Triple.
- 1 Sistema de aspiración baja potencia (eyector) o de alta potencia (aspirador).
- 1 Salivera portátil con agua circulante y desagüe con aspiración y filtro.
- 1 Lámpara dental halógena para iluminación del campo operatorio.
- 1 Compresor dental de carter seco, por cada puesto de trabajo o según capacidad para 1 o más puestos, ubicado fuera de la clínica o en caja de aislamiento acústica.
- 1 Autoclave.
- 1 Amalgamador mecánico.
- 1 Lámpara para Fotocurado.
- 1 Mueble clínico modular de apoyo, con cajonera, para almacenar insumos clínicos limpios e instrumental estéril.

- ii. Áreas de trabajo en espacio clínico.
  - Área limpia con superficie lavable para preparación de material e insumos separados del área sucia.
  - Área sucia con superficie lavable y depósito transitorio del instrumental en uso, independiente del mesón de preparación de material clínico.
- iii. Sistema de eliminación de materiales contaminados de acuerdo a normas vigentes dictadas por el Ministerio de Salud.
  - Contenedores plásticos con tapa para eliminación de residuos tóxicos (amalgama / mercurio) y productos químicos.
  - Contenedores para eliminación de materiales contaminados y cortopunzantes.
- iv. Instrumental clínico de examen, para atenciones de urgencia, operatoria dental, endodoncia, exodoncias y otros de uso común, en cantidad suficiente para la atención de cada jornada diaria:
  - 1 Algodonero tómulas limpias.
  - 1 Algodonero tómulas sucias.
  - 1 Alicata punta redonda.
  - 5 Bandejas metálicas para instrumental de examen.

5 Bruñidores para amalgama forma pera.  
 5 Bruñidores para amalgama forma de bolita/paleta.  
 3 Cadenas para servilletas.  
 3 Condensadores para amalgama extremo doble, sin estrías, tipo Hollenback N° 2.  
 2 Condensadores para amalgama tipo Hollenback N° 3.  
 3 Cucharetas para caries extremo doble 15.  
 2 Cucharetas para caries extremo doble 17.  
 5 Dycaleros.  
 2 Elevadores Curvos (Bayoneta) derecho.  
 2 Elevadores Curvos (Bayoneta) izquierdo.  
 2 Elevadores Pata de cabra derecho.  
 2 Elevadores Pata de cabra izquierdo.  
 2 Elevadores Rectos medianos.  
 5 Espátulas de acero para cemento extremo doble.  
 2 Espátulas de plástico para cemento.  
 3 Espátulas para yeso.  
 20 Espejos Bucales N° 4 (planos).  
 2 Fórceps Bayoneta finos.  
 2 Fórceps Bayoneta gruesos.  
 2 Fórceps Bayoneta medianos.  
 2 Fórceps Curvo sobre el borde fino.  
 2 Fórceps Curvo sobre el borde grueso.  
 2 Fórceps Curvo sobre el borde mediano.  
 2 Fórceps Recto Anterior fino.  
 2 Fórceps Recto Anterior mediano.  
 4 Fórceps infantil para incisivos superiores.  
 4 Fórceps infantil para incisivos inferiores y raíces.  
 4 Fórceps infantil para molares superiores.  
 4 Fórceps infantil para molares inferiores.  
 2 Gubias.  
 2 Gutaperchero pequeño N° 1.  
 2 Gutaperchero mediano N° 2.  
 2 Gutaperchero grande recto.  
 2 Instrumentos para composite N° 1.  
 2 Instrumentos para composite N° 2.  
 2 Instrumentos para composite N° 3.  
 5 Jeringas Carpule.  
 2 Legras.  
 2 Limas para hueso.  
 5 Losetas de vidrio.

- 20 Mangos para Espejos intercambiables.
- 20 Pinzas Universales de curación.
- 3 Porta-agujas.
- 3 Porta-amalgama metálicos o plásticos.
- 5 Porta-matriz Tofflemire modelo universal.
- 20 Sondas para caries curva N° 3.
- 2 Talladores para amalgama Hollenback N° 1.
- 2 Talladores para amalgama Hollenback N° 7.
- 3 Tazas de goma para alginato y yeso.
- 3 Tijeras para Cirugía.
- 5 Vasos Dappen.

**B.- Área de Prevención:**

Equipamiento y Materiales Sala de cepillado.

- 1 Cepillero.
- 1 Mueble o Vitrina para: porta cepillo, pastas dentales, reveladores de placa bacteriana, cepillos.
- Toallero (s).
- Papelero (s).
- 1 Espejo mural.

**C.- Área de Educación:**

- Mesas.
- Sillas.
- 1 DVD.
- 1 televisor y/o 1 proyector.
- Macro-modelo odontológico.
- Laminario.
- Material educativo de escritorio.

**D.- Área Administrativa:**

- 1 Computador.

**III.- INSUMOS.**

Se requiere que todos los insumos y materiales sean certificados.

- Aceite lubricante para instrumental rotatorio.
- Ácido ortofosfórico 37%, jeringa 3 ml, fco 5 ml.
- Adhesivo a esmalte y dentina, monocomponente, fco. 5 ml.
- Agua destilada, ampollas.
- Agujas carpule desechables cortas y largas (Terumo, Monoject, otras).

- Amalgama non gamma 2, 48-50% Ag, en polvo, esférica + limadura (Degussa, Aristaloy, Ventura pluss u otra).
- Amalgama non gamma 2, 50-70% Ag, en cápsulas 400 – 600 mgs, esférica, regular (Amalcap pluss, Megalloy EZ, Dispersalloy u otra).
- Anestesia tópica 2%.
- Anestesia Lidocaína 2%.
- Anestesia Carbocaina 3%.
- Barniz protector (Derfla u otro).
- Cementos obturación provisional\* (Metapaste, Cavit, Fermin, Coltosol, IRM u otro).
- Cementos para fondo de cavidades (Fosfato de zinc, polvo y líquido; ionómeros fotopolimerizables\*: Vitrebond, Ionoseal, Ketac bond, Vivaglass liner u otro).
- Composites fotopolimerizables, microhíbridos (Z100 u otros).
- Cuñas de madera.
- Discos sof-lex (acabado y pulido).
- Escobillas y copas de pulido profilaxis.
- Eugenol.
- Eyectores desechables.
- Formocresol al 4% (receta magistral) o al 37% (presentación comercial disponible).
- Fresas diamante y carbide en tamaño y formas suficientes para Operatoria dental.
- Goma dique.
- Guantes de latex, cj 100 unidades.
- Hidróxido de calcio, base + catalizador (Dycal, Life u otro).
- Huinchas (matrices) celuloide, 8-10 mm.
- Huinchas (banda) matriz acero inoxidable, 5-6 y 7 mm ancho.
- Huinchas sofflex.
- Ionómeros de vidrio para restauración (Ketac cem, Chemfill, Fuji, Vivaglass, RelyX Luting, Ionofil u otro tipo II, 3ª generación\*).
- Mascarillas desechables (rectangulares con elástico, forma de concha 3M u otras).
- Mercurio bi-tridestilado.
- Óxido de Zinc, polvo.
- Papel de articular.
- Pasta profiláctica.
- Sellante de fotocurado (Concise White Sealant u otro de similares características).
- Suero fisiológico, ampollas.
- Vasos desechables.
- Opcional

#### **IV.- ARTÍCULOS DE USO GENERAL**

Agua oxigenada.

Alcohol etílico al 70% (desinfección de nivel intermedio).

Algodón.

Compuestos acuosos de amonio cuaternario 0,1 a 0,2 % (desinfección de nivel bajo)

Detergente enzimático.

Glutaraldehído activado al 2% en solución acuosa (desinfección nivel alto)\*\*.

Hipoclorito de sodio 1%\*\*\* (desinfección de nivel intermedio).

Jabón líquido \*\*\*\*.

Limpiadores y desinfectantes de superficies.

Cajas de desecho de materiales cortantes y punzantes.

Toalla nova.

\*\* La solución de glutaraldehído al 2% se debe encontrar en período vigente (consignar fecha de preparación y vencimiento en el contenedor).

\*\*\* Solución de hipoclorito de sodio diluida en agua. Preferentemente más concentrada, ya que, a igual dosificación, tiene mayor poder desinfectante: cloro concentrado, con o sin aromatizante (45-50 g de cloro activo por L) y cloro de alta concentración, con o sin aromatizante (55-80 g de cloro activo por L). Usar con precaución, de acuerdo a instrucciones del fabricante en las superficies permitidas. Puede reemplazarse por productos de igual acción desinfectante (Lysoform u otro similar).

\*\*\*\* La elección del jabón dependerá del procedimiento y tipo de paciente. El uso de jabones con antiséptico se reserva para procedimientos muy complejos y en el caso de brotes de Infecciones Intra Hospitalarias (IIH). Para la remoción de la flora transitoria se permite el uso de jabones líquidos cosméticos y/o alcohol gel.

## ANEXO N° 2

	<b>INSTRUCCIÓN DE TRABAJO</b>	Depto. Administración y Finanzas
	<b>INSTRUCCIONES PARA EL PAGO DE LAS ATENCIONES DEL PROGRAMA SALUD ORAL</b>	Fecha de elaboración: 30-11-2020
		Página: 35 de 46

**INSTRUCCIONES PARA EL PAGO**  
**DE LAS ATENCIONES OTORGADAS DURANTE EL AÑO 2020**  
**PROGRAMA DE SALUD ORAL**

### 1. OBJETIVO

El presente documento contiene instrucciones para el pago de las atenciones que lleven a cabo las entidades colaboradoras (Corporación/Municipalidad/SLE/Servicio de Salud/prestador privado) en el marco del Programa de Salud Oral, con el fin de supervisar la correcta administración de los recursos que sean transferidos por concepto de atenciones realizadas a contar del año 2020.

### 2. ALCANCE

El alcance de este instructivo es aplicable para las transferencias de recursos que se efectúen a las entidades colaboradoras (Corporación/Municipalidad/SLE/Servicio de Salud/prestador privado, en el marco de la ejecución del Programa de Salud Oral, a contar del año 2020.

### 3. MARCO LEGAL

- Decreto Ley N° 1.263 de 1975, Orgánico de la Administración Financiera del Estado.
- Ley de Presupuesto del Sector Público vigente.

- Decreto N° 209 del año 2012, del Ministerio de Educación y sus modificaciones.
- Resolución Exenta N° 3782, de fecha 30 de noviembre de 2012, de JUNAEB, que aprobó el Manual de Procedimientos del Programa de Salud Oral y sus modificaciones.

#### 4. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES

- **Director Regional de JUNAEB:** debe supervisar la correcta ejecución del presente procedimiento.
- **Unidad Regional y/o Provincial de Salud del Estudiante** debe:
  - a) Realizar la validación de las nóminas de atención de Ingresos, Controles, Urgencias dentales y Radiografías. Asimismo, debe verificar que los pacientes individualizados en las nóminas sean beneficiarios del Programa, esto es, se encuentren o con matrícula vigente en alguno de los establecimientos educacionales adscritos al Módulo Dental.  
Se entenderá por “Módulo Dental” a la unidad física y administrativa que comprende clínicas fijas o móviles, en la que se desarrollará el Programa de Salud Oral Junaeb, en sus componentes clínicos, educativo y promocional, descritas en el Manual de Procedimientos de Atención en los Módulos Dentales.
  - b) Revisar la documentación de respaldo de las atenciones efectuadas. En el evento de detectar alguna inconsistencia, error y /u omisión, procederá a gestionar con la entidad los documentos de respaldo de las atenciones realizadas, gestionando la solución de inconsistencias que se detecten de acuerdo a los plazos establecidos en los respectivos convenios;
  - c) Entregar a la Unidad de Finanzas Regional los respaldos para realizar el pago;
  - d) Velar por el cumplimiento de la cobertura según lo establecido en el respectivo convenio;
  - e) Realizar las gestiones con el Departamento de Salud del Estudiante de JUNAEB, en caso de requerir modificaciones de cobertura y presupuesto;
  - f) Certificar la aprobación para el pago mediante el envío de la Orden de Pago con sus respaldos.
- **Unidad de Finanzas Regional** debe:
  - a) Comprometer los recursos económicos a los convenios aprobados por resolución en el Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE);
  - b) Realizar la correcta imputación presupuestaria y contabilización de los pagos realizados en el SIGFE;
  - c) Controlar la ejecución presupuestaria de cada convenio;
  - d) Verificar la correcta cuadratura de los pagos respecto de lo informado en la respectiva Orden de Pago y de los respaldos adjuntos;

- e) Solicitar cuando corresponda a la entidad colaboradora, el comprobante/recibo de los recursos transferidos del mes anterior; ;
- f) archivar toda la documentación de respaldo de cada pago.

- **Departamento de Salud del Estudiante** debe:
  - a) Coordinar y realizar seguimiento, monitoreo, evaluación y control de la correcta ejecución y supervisión de las metas nacionales y regionales del Programa de Salud Oral;
  - b) Asesorar la gestión de regiones y acompañar los procesos que requieran orientación específica;
  - c) Evaluar modificaciones de cobertura y presupuesto solicitadas por las Direcciones Regionales y aprobarlas en caso de contar con disponibilidad presupuestaria.
- **Departamento de Administración y Finanzas**, debe
  - a) Cargar el presupuesto y sus modificaciones por región en SIGFE;
  - b) Supervisar la ejecución presupuestaria del Programa de Salud Oral.

## 5. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

El pago de las atenciones efectuadas por las entidades colaboradoras en el marco de la ejecución del programa, se efectuará una vez que se cumpla con todos y cada uno de los siguientes requisitos:

1. Recepción conforme, y validación por parte del encargado regional del Programa de Salud Oral y/o coordinador de la Unidad Regional de Salud del Estudiante, de las siguientes nóminas entregadas por el encargado del módulo dental:
  - a) Nómina de niños, niñas y/o adolescentes dados de alta Ingresos, firmado y timbrado por el encargado del módulo dental, en caso de registrarse atenciones de este tipo.
  - b) Nómina de niños, niñas y/o adolescentes dados de alta Controles, firmado y timbrado por el encargado del módulo dental, en caso de registrarse atenciones de este tipo.
  - c) Nómina de niños, niñas y/o adolescentes atendidos en Urgencias, firmado y timbrado por el encargado del módulo dental, en caso de registrarse atenciones de este tipo.
  - d) Nómina de niños, niñas y/o adolescentes con Radiografías tomadas, firmado y timbrado por el encargado del módulo dental, en caso de registrarse atenciones de este tipo.
  - e) Nómina de niños, niñas y/o adolescentes que hayan asistido en forma presencial y/o vivenciado en forma remota las sesiones educativas realizadas, con la identificación de las unidades educativas entregadas en dichas sesiones.

2. Recepción conforme, y validación, por parte del encargado de la Unidad de Finanzas Regional, del comprobante/recibo, entregado por la entidad colaboradora, y que da cuenta de los recursos transferidos el mes anterior por las atenciones efectivamente realizadas, o comprobante del último depósito recibido.
3. Recepción conforme, y validación, por parte del encargado de la Unidad de Finanzas Regional, de la Orden de Pago emitida y firmada por el Encargado de la Unidad Regional de Salud del Estudiante, o por el Encargado del Programa de Salud Oral en la URSE, y no necesariamente por el Director Regional, siempre y cuando exista en este sentido, una autorización por escrito del Director Regional, según lo establecido en el Manual de Procedimientos del Programa de Salud Oral (aprobado por Resolución Exenta N° 3782 del 30 de noviembre de 2012) y sus modificaciones.
4. Aprobación, por parte de la Unidad de Finanzas Regional, de las nóminas antes señaladas, que dan cuenta de los alumnos dados de alta, verificando existencia, completitud y cuadratura de los documentos de respaldo, correcta ejecución presupuestaria, y cobertura según lo establecido en el respectivo convenio.

Los valores correspondientes a cada prestación se encuentran señalados en los convenios suscritos con cada entidad colaboradora, así como también, los formatos donde se registran las atenciones realizadas. Los valores correspondientes a cada prestación se encuentran establecidos en los convenios vigentes, de conformidad al valor establecido mediante Resolución anual Exenta de JUNAEB:”

La Unidad de Salud del Estudiante y la Unidad de Finanzas disponen de un plazo de 10 días hábiles, contados desde la recepción de las nóminas y/o formularios de atenciones, para plantear observaciones en caso de detectar eventuales inconsistencias y/o errores.

En el evento de detectar observaciones, la Unidad de Salud del Estudiante debe notificarse a la entidad colaboradora, mediante correo electrónico a su representante legal

Una vez notificada la entidad colaboradora, esta tendrá un plazo de 10 días hábiles, para efectuar las correcciones pertinentes y presentarlas ante el Director Regional de JUNAEB.

Una vez vencido el plazo de 10 días hábiles, hubieren realizado o no las correcciones pertinentes por parte de la entidad colaboradora, JUNAEB, tendrá un plazo de 10 días hábiles contados desde su recepción, para aprobar o rechazar el pago correspondiente.

En caso que las correcciones presentadas por la entidad colaboradora sean rechazadas, realizadas fuera de plazo o no evacuadas, JUNAEB procederá a efectuar sólo el pago de las prestaciones no objetadas u observadas, informando de esta situación a la entidad colaboradora mediante correo electrónico dirigido a su representante legal.

Respecto a las atenciones de beneficiarios pertenecientes al Programa Chile Solidario, las Órdenes de Pago que contengan este tipo de atenciones, se podrán ejecutar presupuestariamente con cargo al Programa Chile Solidario una vez que se reciban los recursos desde el Ministerio de Desarrollo Social, información que será visada por el Departamento de Administración y Finanzas de JUNAEB. Una vez agotados los recursos del Programa Chile Solidario, las atenciones entregadas a los beneficiarios de este sistema deberán imputarse a cada uno de los correspondientes productos estratégicos del presupuesto regular del Programa de Salud Oral.

### **Pagos Rezagados**

En el caso que los alumnos atendidos sean registrados en una fecha posterior a la de cierre del mes a informar en el Sistema Informático, es decir, con fecha posterior al día 15, del mes siguiente, serán considerados como registros rezagados y, por lo tanto, se deberán pagar en forma rezagada. Para ello se debe generar una nueva Orden de Pago en forma posterior con los respaldos adjuntos pendientes 2 veces al año en los meses de julio (para aquellos rezagados del primer semestre) y noviembre (para aquellos rezagados del segundo semestre), que será autorizado mediante Resolución Exenta (acumulativa que adjunte las Órdenes de Pago pendientes de cada período).

Atendido la situación de pandemia que vive el país la Dirección Regional podrá emitir un solo acto administrativo respecto los pagos rezagados del primer y segundo semestre del año.

Respecto a las atenciones que se realicen en el mes de diciembre, estas deberán quedar devengadas para el próximo año, en caso que no se alcance a efectuar el pago dentro del año, de acuerdo a las instrucciones de cierre que se emiten para dicho proceso.

### **5. REGISTRO DE CAMBIOS**

<b>Nº Revisión</b>	<b>Cambio</b>	<b>Fecha</b>	<b>Aprobado por:</b>
00	Emisión de Instrucciones para el pago de la atenciones del Programa de Salud Oral	08-05-2019	Jefe DAF

	<p>Inclusión sesiones educativas en modalidad remota en Nómina de niños, niñas y/o adolescentes que hayan participado en dichas sesiones</p> <p>Pagos rezagados acumulativos del primer y segundo semestre juntos en noviembre en el caso excepcional de contingencia sanitaria por pandemia COVID-19 y otras situaciones de excepción</p>		
--	--	--	--



**NOMINA DE NIÑOS DADOS DE ALTA  
CONTROLES MODULOS DENTALES JUNAE B AÑO 2021**

Fecha :  
Hora :

Módulo  
Comuna  
Mes de Cobro

TOTAL CONTROLES KINDER	0	TOTAL CHILE SOLIDARIO 0	0
TOTAL CONTROLES 1° BÁSICO	0	TOTAL CHILE SOLIDARIO 0	0
TOTAL CONTROLES 2° BÁSICO	0	TOTAL CHILE SOLIDARIO 0	0
TOTAL CONTROLES 3° BÁSICO	0	TOTAL CHILE SOLIDARIO 0	0
TOTAL CONTROLES 4° BÁSICO	0	TOTAL CHILE SOLIDARIO 0	0
TOTAL CONTROLES 5° BÁSICO	0	TOTAL CHILE SOLIDARIO 0	0
TOTAL CONTROLES 6° BÁSICO	0	TOTAL CHILE SOLIDARIO 0	0
TOTAL CONTROLES 7° BÁSICO	0	TOTAL CHILE SOLIDARIO 0	0
TOTAL CONTROLES 8° BÁSICO	0	TOTAL CHILE SOLIDARIO 0	0
TOTAL CONTROLES ESPECIALES	0	TOTAL CHILE SOLIDARIO 0	0
<b>TOTAL CONTROLES</b>			<b>0</b>

Rut	Apellidos	Nombres	Escuela	Curso	F. de Nac.	N° Ficha	Tipo de Previsión			COMPONENTE "C" DEL INDICE COP-D		Mes de Alta
							Ch. Sol.	Fonasa	Isapre	Inicial	Final	
							0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>							0	0	0	0	0	0



**NOMINA DE NIÑOS CON RADIOGRAFIAS TOMADAS  
MODULOS DENTALES JUNAEB AÑO 2021**

Fecha :  
Hora :

Módulo  
Comuna  
Mes de Cobro

Rut	Apellidos	Nombres	Escuela	Curso	N° Ficha	N° Radiografías Tomadas			Tipo de Previsión		
						Bitewing	Periapical	Fonasa	Isapre	Ch. Sol.	Mes de Alta Ficha

Total 0 0 0 0 0 0  
Total Rac 0



**NOMINA DE NIÑOS A TENDIDOS EN URGENCIAS  
MODULOS DENTALES JUNAEB AÑO 2021**

Fecha :  
Hora :

Módulo  
Comuna  
Mes de Cobro

Rut	Apellidos	Nombres	Escuela	Curso	N° Ficha	Tipo de Previsión		
						Urgencias en el r	Fonasa	Isapre

## ANEXO N° 4 DEL CONSENTIMIENTO

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS MÓDULO DENTAL JUNAEB

Yo, \_\_\_\_\_ RUN \_\_\_\_\_ por voluntad propia y debidamente informado(a) acepto y consiento que mi hijo(a) pupilo(a) \_\_\_\_\_ RUN \_\_\_\_\_ reciba atención odontológica en el Módulo Dental JUNAEB (incluso durante la contingencia sanitaria producida por la pandemia del virus COVID-19) donde :

1. Mi hijo o pupilo sea atendido por el Módulo Dental JUNAEB, autorizando a sus profesionales a realizar las atenciones dentales que requiera. Estoy en conocimiento que la ATENCIÓN DENTAL puede considerar: **Anestesia Dental, Limpieza, Obturaciones ("tapaduras"), Extracciones, Aplicación de Flúor y Sellantes, Sesiones Educativas y enseñanza de Técnica de Cepillado** y otras que permitan la recuperación de la salud bucal.
2. En el caso en que yo NO acuda acompañando a mi hijo o pupilo, autorizo su traslado desde el establecimiento educacional al Módulo Dental, durante todo su tratamiento dental en compañía del adulto responsable designado.
3. JUNAEB, recopile información relativa a datos estadísticos desde la Ficha Clínica de Atención través del Odontólogo Auditor y los Encargados del Programa de Salud Oral, además de que puedan realizar examen y fotografías clínicas como medida de control y supervisión de las prestaciones realizadas.
4. Entiendo que el virus COVID-19 tiene un periodo largo de incubación durante el cual sus portadores pueden estar asintomáticos, siendo altamente contagioso. Entiendo que, al momento debido a las limitaciones para la realización de las pruebas virales, es imposible determinar quién es portador del virus y quién no. Entiendo que los procedimientos odontológicos pueden generar aerosoles que permiten la diseminación de la enfermedad, pues la naturaleza ultrafina del aerosol que producen los equipos dentales le permite permanecer suspendido en el aire por minutos o hasta horas, lo cual puede transmitir el virus COVID-19. Se me ha explicado que actualmente estamos enfrentando una emergencia sanitaria global, y se me ha instruido con los protocolos, recomendaciones y medidas de seguridad que se aplicarán en la atención, los cuales declaro conocer (instructivo escrito o información escrita a la vista en box). Declaro que:
  - Ni el grupo familiar ni mi pupilo ha presentado ninguno de los siguientes síntomas de COVID-19 durante los últimos 14 días; fiebre, dificultad para respirar, tos seca, secreción nasal, dolor de garganta.
  - No hemos estado en contacto con alguna persona con confirmación de COVID-19 o con cuadro respiratorio agudo en los últimos 14 días.
  - He leído cuidadosamente este documento y comprendido a cabalidad el tratamiento descrito por el Cirujano Dentista, existiendo por parte del profesional tratante la máxima disposición, incluso para aclarar dudas o ampliar la información aquí descrita, por lo que me comprometo a seguir las indicaciones que sean entregadas para mi pupilo , respetar las medidas de higiene y protocolos que señala el instructivo, y asistir a todos los controles prescritos por el Cirujano Dentista tratante que tendrán el carácter de necesarios y obligatorios, a fin de conseguir un buen resultado en este tratamiento.
  - He dado información veraz sobre la condición de salud de mi familia y pupilo para el triage (cuestionario) telefónico y presencial que se me han realizado.
5. Informo como verdaderos los siguientes antecedentes de mi hijo o pupilo, importantes para su mejor atención:
  - Fecha de Nacimiento del Alumno: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (día/mes/año)
  - ¿Presenta alguna enfermedad importante?  
Si  No  Especifique: \_\_\_\_\_
  - ¿Está en tratamiento Médico?  
Si  No  Especifique: \_\_\_\_\_
  - ¿El alumno es ALÉRGICO a algún alimento, medicamento u otro?  
Si  No  Especifique: \_\_\_\_\_
  - ¿Desea informar otra situación importante?: \_\_\_\_\_

Mediante este consentimiento me comprometo a seguir las instrucciones que el Odontólogo tratante me indique posterior a las atenciones de mi Hijo o Pupilo, cuidando especialmente riesgos frecuentes como puede ser morderse o lastimarse sus labios, mejillas y lengua posterior a la Anestesia Dental, así como también los riesgos de inflamación ("hinchazón") o infección de alguna zona tratada.

Firma de Apoderado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre Odontólogo Tratante \_\_\_\_\_ Firma de Odontólogo tratante \_\_\_\_\_

**EL ALUMNO DEBE PRESENTAR ESTA AUTORIZACIÓN PARA INGRESAR AL PROGRAMA DENTAL.**

Nota: En el caso que el Módulo Dental cuente en sus inventarios con formularios antiguos de consentimientos informados (Atenciones regulares y situación COVID-19) pueden usarlos en vez del anterior con el fin de ocupar su existencia, los dos formatos a saber son los siguientes:

## CONSENTIMIENTO INFORMADO



**JUNAEB** | Salud Oral  
PROGRAMA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS**  
**AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN EN MÓDULO DENTAL JUNAEB**

Yo, (nombre padre, madre o apoderado) \_\_\_\_\_ padre, madre o apoderado del alumno (nombre alumno) \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que:

- 1) Mi hijo o pupilo sea atendido por el Módulo Dental Junaeb, autorizando a sus profesionales a realizar las atenciones dentales que requiera. Estoy en conocimiento que la ATENCIÓN DENTAL puede considerar: **Anestesia Dental, Limpieza, Obturaciones ("tapaduras"), Extracciones, Aplicación de Flúor y Sellantes, Sesiones Educativas y enseñanza de Técnica de Cepillado** y otras que permitan la recuperación de la salud bucal.
- 2) En el caso en que yo NO acuda acompañando a mi hijo o pupilo, autorizo su traslado desde el establecimiento educacional al Módulo Dental, durante todo su tratamiento dental en compañía del acúto responsable designado.
- 3) Junaeb, recopile información relativa a datos estadísticos desde la Ficha Clínica de Atención a través del Odontólogo Auditor y los Encargados del Programa de Salud Oral, además de que puedan realizar examen y fotografías clínicas como medida de control y supervisión de las prestaciones realizadas.

Informo como verdaderos los siguientes antecedentes de mi hijo o pupilo, importantes para su mejor atención.

- Fecha de Nacimiento del Alumno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (día/mes/año)
- ¿Presenta alguna enfermedad importante?  
 Si  No  Especifique \_\_\_\_\_
- ¿Está en tratamiento Médico?  
 Si  No  Especifique \_\_\_\_\_
- El alumno es ALÉRGICO a algún alimento, medicamento u otro?  
 Si  No  Especifique \_\_\_\_\_
- ¿Desea informar otra situación importante?: \_\_\_\_\_

Mediante este consentimiento me comprometo a seguir las instrucciones que el Odontólogo tratante me irá dando posterior a las atenciones de mi Hijo o Pupilo, cuidando especialmente riesgos frecuentes como puede ser morderse o lastimarse sus labios, mejillas y lengua posterior a la Anestesia Dental, así como también los riesgos de inflamación ("inchazón") o infección de alguna zona tratada.

Nombre Apoderado: \_\_\_\_\_ RUT Apoderado \_\_\_\_\_  
 Dirección apoderado \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma Apoderado \_\_\_\_\_

**EL ALUMNO DEBE PRESENTAR ESTA AUTORIZACIÓN PARA INGRESAR AL PROGRAMA DENTAL.**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS  
ODONTOLÓGICOS  
MÓDULO DENTAL JUNAEB  
CONTINGENCIA SANITARIA COVID-19\***

\*Documento complementario al Consentimiento Informado regular del Programa de Salud Oral Junaeb

Yo, \_\_\_\_\_ RUN \_\_\_\_\_  
por voluntad propia y debidamente informado(a) acepto y consiento que mi hijo(a)  
pupilo(a) \_\_\_\_\_ RUN \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ reciba atención odontológica en el Módulo Dental JUNAEB durante la contingencia sanitaria producida por la pandemia del virus COVID-19.

Entiendo que el virus COVID-19 tiene un periodo largo de incubación durante el cual sus portadores pueden estar asintomáticos, siendo altamente contagioso. Entiendo que, al momento debido a las limitaciones para la realización de las pruebas virales, es imposible determinar quién es portador del virus y quién no.

Entiendo que los procedimientos odontológicos pueden generar aerosoles que permiten la diseminación de la enfermedad, pues la naturaleza ultrafina del aerosol que producen los equipos dentales le permite permanecer suspendido en el aire por minutos o hasta horas, lo cual puede transmitir el virus COVID-19.

Se me ha explicado que actualmente estamos enfrentando una emergencia sanitaria global, y **se me ha instruido** con los protocolos, recomendaciones y medidas de seguridad que se aplicarán en la atención, los cuales declaro conocer (instructivo escrito o información escrita a la vista en box).

Declaro que:

- Ni el grupo familiar ni mi pupilo ha presentado ninguno de los siguientes síntomas de COVID-19 durante los últimos 14 días; fiebre, dificultad para respirar, tos seca, secreción nasal, dolor de garganta.
- No hemos estado en contacto con alguna persona con confirmación de COVID-19 o con cuadro respiratorio agudo en los últimos 14 días.
- He leído cuidadosamente este documento y comprendido a cabalidad el tratamiento descrito por el Cirujano Dentista, existiendo por parte del profesional tratante la máxima disposición, incluso para aclarar dudas o ampliar la información aquí descrita, por lo que me comprometo a seguir las indicaciones que sean entregadas para mi pupilo, respetar las medidas de higiene y protocolos que señala el instructivo, y asistir a todos los controles prescritos por el Cirujano Dentista tratante que tendrán el carácter de necesarios y obligatorios, a fin de conseguir un buen resultado en este tratamiento.
- **He dado información veraz sobre la condición de salud de mi familia y pupilo** para el triage (cuestionario) telefónico y presencial que se me han realizado.

Firma de Apoderado \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre Odontólogo Tratante \_\_\_\_\_

Firma de Odontólogo tratante \_\_\_\_\_