



**GOBIERNO DE SAN JUAN**  
Secretaría de Estado de Salud Pública  
Dirección de Obra Social  
**CONVENIO DE ADHESIÓN VOLUNTARIA COMO PRESTADOR DE  
LA DIRECCIÓN DE OBRA SOCIAL**

El/la que suscribe.....,  
D.N.I., L.E., L.C. N°.....con domicilio real en  
.....y domicilio  
profesional en .....en su calidad de  
profesional.....matrícula N°.....  
egresado de.....en fecha.....  
especializado en .....asociado/a a  
....., en adelante LA ENTIDAD expresa que:

**PRIMERO:** En el carácter invocado precedentemente, se adhiere voluntariamente como prestador de D.O.S. obligándose a dar cumplimiento a las normas y reglamentaciones que tiene vigente la D.O.S. para los distintos programas, los que declara conocer.

**SEGUNDO:** Se compromete a atender a los afiliados de D.O.S. que requieran sus servicios y acrediten las condiciones reglamentarias vigentes. -

**TERCERO:** Se compromete a no cobro de adicionales, en ninguno de los programas respecto de la cobertura que tenga la D.O.S., salvo en los porcentajes no cubiertos por dicho Organismo. -

**CUARTO:** Autoriza por la presente a LA ENTIDAD al cobro de las facturaciones por las prestaciones brindadas a los afiliados de D.O.S., comprometiéndose a no facturar por su intermedio prestaciones efectuadas por otros profesionales. -

**QUINTO:** Acepta la aplicación de sanciones por incumplimiento y/o violación de las normas de reglamentaciones de la D.O.S., las que consistirán en: 1º) Llamado de atención. 2º) Exclusión del padrón de prestadores, renunciando a cualquier reclamo, como consecuencia de las sanciones aplicadas. -

**SEXTO:** Podrá solicitar su reincorporación, la cual quedará a consideración de la D.O.S.-

**SÉPTIMO:** Asume la total responsabilidad de los actos profesionales que realice a los afiliados de la D.O.S., por lo cual libera a ésta de cualquier reclamo por mala praxis en los fueros civiles o penales. -

**OCTAVO:** El presente Convenio de Adhesión podrá ser dejado sin efecto por cualquiera de las partes, sin expresión de causa alguna, mediando preaviso con 5 días de anticipación, no pudiendo en este caso formular reclamo alguno. -

Suscripto en San Juan, a los.....días del mes de.....de 2021.-

Firma del Profesional.

“La entidad/ el funcionario, certifica que la firma es auténtica y puesta en presencia del mismo.”

Asimismo se certifica haber constatado la posesión del título habilitante por parte del profesional.-