

CONTRATO PRIVADO DE COLABORACION PROFESIONAL

En _____ a, _____ del 20_____

REUNIDOS

DE UNA PARTE EL REPRESENTANTE DE LA EMPRESA **SERVICIOS PROFESIONALES MEDICO DE CABECERA SOCIEDAD LIMITADA EN ADELANTE MEDICODECABECERA.**

APELLIDOS	NOMBRES	DNI / NIE	
CORDOVA ZUÑIGA	JEANETH	Y0489107-A	
EMAIL PERSONAL DE CONTACTO	TELÉFONO DE CONTACTO	FAX DE LA EMPRESA	
jeanethcordova@medicodecabecera.es	0034- 608026720	0034- 987 044 570	
NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZÓN SOCIAL	N.I.F. Nº	TELEFONO	
Servicios Profesionales Médico de Cabecera Sociedad Limitada.	B24655953	0034- 987 044 570 0034- 629 186 944	
DIRECCION DE LA EMPRESA	CÓDIGO POSTAL	POBLACIÓN	PROVINCIA/PAIS
Calle Peña Labra Nº18 3ºD	24008	León	León-España
WEB DE LA EMPRESA	EMAIL DE CONTACTO CON LA EMPRESA		
www.medicodecabecera.es	visitamedica@medicodecabecera.es		

DE OTRA PARTE EL SEÑOR/A: _____ ; LICENCIADO/A EN MEDICINA EN ADELANTE EL MÉDICO

APELLIDOS	NOMBRES	DNI / NIE	
EMAIL DE CONTACTO	TELÉFONO PERSONAL		
COLEGIO PROFESIONAL	Nº COLEGIADO		
Ilustre Colegio Oficial de Médicos de: _____			
DIRECCION DE CONTACTO	Cod. Postal	Provincia	País

Jeaneth Córdova Zúñiga
Servicios Profesionales Médico de Cabecera Sl.

Dr./Dra. xxxxxxxxxxxxxxxx
Licenciado/a en Medicina.

CONTRATO PRIVADO DE COLABORACION PROFESIONAL

MANIFIESTAN

Ambas partes se reconocen la capacidad necesaria para celebrar y suscribir el presente contrato de prestación de servicios, en base a las siguientes

CLAUSULAS

PRIMERA. - Doña Jeaneth Córdova Zúñiga, en calidad de administrador de la entidad mercantil Servicios Profesionales Médico de Cabecera Sociedad Limitada, encomienda a Don: _____, los servicios que a continuación se detallan:

- Desempeñar los servicios profesionales de médico general y/o Médico de Familia en la COMUNIDAD AUTONOMA donde radica.
- Realizar las visitas médicas a domicilio u hotel a nivel de toda su COMUNIDAD y de otras zonas de España si fuera el caso.
- Realizar traslados de pacientes en ambulancia básica o medicalizada según sea la necesidad del paciente.
- Desempeñar todas las funciones profesionales del ámbito sanitario que se le requiera.

SEGUNDA. - La duración del presente contrato es anual, comenzando el día: _____ de _____ del 20____, prorrogándose automáticamente por períodos sucesivos de igual duración si ninguna de las partes comunica a otra su decisión de darlo por rescindido. Igualmente el presente contrato quedara rescindido en cualquier de los siguientes casos:

- a. Finalización de los servicios que le ha sido encomendado.
- b. Quejas de los usuarios en la realización de los servicios que le fueran encomendados.
- c. El presente contrato se podrá rescindir de mutuo acuerdo comunicándolo con 30 días de antelación sin derecho a reclamación e indemnización de ninguna de las partes.

En caso de finalización de la relación contractual, los datos de carácter personal utilizados por el Médico deberán ser destruidos o devueltos a MédicodeCabecera; el mismo destino habrá de darse a cualquier soporte o documentos en que conste algún dato de carácter personal objeto de tratamiento.

TERCERA. - El precio de los servicios contratados es el contemplado en el **Anexo I**, de los que se detraerá el correspondiente importe de IRPF de acuerdo a la normativa vigente.

CUARTA. - El pago se realizará por visita pagándose del 1 al 5 de cada mes, previa correspondiente factura.

QUINTA. - Las partes se comprometen a respetar en todo momento la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal y los acuerdos recogidos en los anexos- **Anexo I. Anexo II. Anexo III. Anexo IV y Anexo V**

SEXTA. - Para las posibles divergencias que pudieran surgir de la interpretación o cumplimiento del presente contrato, las partes se someten expresamente a la jurisdicción de los tribunales de la comunidad de Castilla y León-Provincia de León.

SEPTIMA. - El **Licenciado en Medicina/El Médico** actúa bajo su propia responsabilidad profesional y no puede comprometer ni económicamente, ni técnicamente, ni administrativamente, ni legalmente, ni profesionalmente a MEDICODECABECERA y se compromete a inscribirse y darse de alta y permanecer en cuantos registros, colegios, asociaciones y entidades públicas (Seguridad Social, Hacienda, Seguros responsabilidad civil, Colegio Médico, etc....) o privadas sean precisas para el ejercicio de sus actividades profesionales y tendrá su seguro privado de responsabilidad civil profesional vigente.

Y en prueba de aceptación y conformidad, ambas partes firman el presente contrato por duplicado, que consta de cinco folios, escritos por una sola cara, en el lugar y fecha indicada en el encabezamiento.

Jeaneth Córdova Zúñiga
Servicios Profesionales Médico de Cabecera Sl.

Dr./Dra. xxxxxxxxxxxxxxxx
Licenciado/a en Medicina.

ANEXO I

**SERVICIOS PROFESIONALES MEDICO DE CABECERA S.L.
ACUERDO ECONOMICO**

AL CONTRATO PRIVADO DE COMISIÓN MERCANTIL:

SERVICIOS PROFESIONALES MÉDICO DE CABECERA S.L. Y EL LICENCIADO/A EN MEDICINA:-----Acuerdan los siguientes precios.

**IMPORTE POR VISITA MÉDICA DE LUNES A VIERNES DIURNA Y NOCTURA.....45€
IMPORTE POR VISITA MÉDICA FINES DE SEMANA Y FESTIVO DIURNA Y NOCTURA..... 55€
IMPORTE POR TRASLADO DE PACIENTES EN AMBULANCIAS DE SVB y/o SVA Precio a convenir según oferta y demanda de la empresa que solicita el servicio.....Precio a acordar.
IMPORTE POR DESPLAZAMIENTO ES..... 0,12 euros/km ida y 0,12 euros/km vuelta a partir de los 15km del área metropolitana.**

El importe por visita médica incluye:

- Visita médica en su domicilio u hotel.
- Informe médico del paciente visitado.
- Recetas médicas oficiales con su nombre y colegiado del profesional médico.
- Medicación básica necesaria para la asistencia médica.
- El desplazamiento desde su domicilio hasta el hotel o domicilio del paciente.

IMPORTE DE LAS VISITAS MEDICAS SE ABONARAN ENTRE LOS DIAS 1 AL 5 DE CADA MES PREVIA FACTURA EMITIDA POR EL MEDICO.

León ----- de ----- del 20 -----

**Jeaneth Córdova Zúñiga
Servicios Profesionales Médico
de Cabecera SL.**

**Dr/Dra. XXXXXXXXXXXXXXXX
Licenciado/a en Medicina.**

ANEXO II

SERVICIOS PROFESIONALES MEDICO DE CABECERA S.L. PROTECCION DE DATOS PERSONALES

Protección de datos de carácter personal según la L.O.P.D.

ESTIMADO/A:

SERVICIOS PROFESIONALES MEDICO DE CABECERA S.L., en aplicación de la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal, informa que los datos personales que se recogen a través de formularios de los sitios webs de Servicios Profesionales Médico de Cabecera S.L. www.recetamedica.es; www.medicosdeurgencias.com; www.medicodecabecera.es entre otras, se incluyen en los ficheros automatizados específicos de los usuarios y colaboradores de SERVICIOS PROFESIONALES MEDICO DE CABECERA S.L.

La recogida y tratamiento automatizado de los datos de carácter personal tiene como finalidad el mantenimiento de la relación comercial y el desempeño de tareas de servicios, información, formación, asesoramiento y otras actividades propias de SERVICIOS PROFESIONALES MEDICO DE CABECERA S.L.

Estos datos únicamente serán cedidos a aquellas entidades que sean necesarias con el único objetivo de dar cumplimiento a la finalidad anteriormente expuesta.

SERVICIOS PROFESIONALES MEDICO DE CABECERA S.L. adopta las medidas necesarias para garantizar la seguridad, integridad y confidencialidad de los datos conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (L.O.P.D.).

El usuario podrá en cualquier momento ejercitar los derechos de acceso, oposición, rectificación y cancelación reconocidos en la citada L.O.P.D. El ejercicio de estos derechos puede realizarlo el propio usuario a través de email a:

visitamedica@medicodecabecera.es o en la dirección C/Peña Labra 18 3ºD, 24008 – León-España.

El usuario manifiesta que todos los datos facilitados por él son ciertos y correctos, y se compromete a mantenerlos actualizados, comunicando los cambios a SERVICIOS PROFESIONALES MEDICO DE CABECERA S.L.

En _____ a _____ de _____ de 20_____

Jeaneth Córdova Zúñiga
Servicios Profesionales Médico de Cabecera Sl.

Dr/Dra.
Licenciado/a en Medicina.

ANEXO III

SERVICIOS PROFESIONALES MEDICO DE CABECERA S.L. CESIÓN DE DATOS

Estimado/a: _____,

Queremos mantenerle informado del tratamiento que realizamos de sus datos personales, garantizándole la protección de éstos conforme a la normativa vigente.

Los datos personales recogidos en su contrato, formularios webs, emails, fax, currículos vite y todos aquellos datos facilitados por usted han sido incorporados en un fichero que SERVICIOS PROFESIONALES MEDICO DE CABECERA S.L. mantiene con la finalidad de gestionar la relación empresa–colaborador/empleado.

Asimismo, sus datos personales son cedidos:

1.-Administraciones Públicas en cumplimiento de la normativa laboral, de Seguridad Social y tributaria.

2.-Entidades colaboradoras, terceros, laboratorios farmacéuticos, empresas de marketing, de publicidad que prestan servicios a la misma.

En caso de que se oponga a alguna de las finalidades descritas, no debe señalar la(s) siguiente(s) casilla(s) de autorización:

Consiento que mis datos personales y profesionales figuren incorporados en el fichero que SERVICIOS PROFESIONALES MEDICO DE CABECERA S.L. mantiene con finalidades de gestión y cesión a Organismos Públicos en cumplimiento de la normativa laboral, de Seguridad Social y Tributaria.

Consiento que mis datos personales sean cedidos por SERVICIOS PROFESIONALES MEDICO DE CABECERA S.L. a las entidades colaboradoras, terceros, laboratorios farmacéuticos, empresas de marketing, de publicidad que prestan servicios a la misma.

Consiento que mi imagen personal , datos personales y profesionales sean publicados por SERVICIOS PROFESIONALES MEDICO DE CABECERA S.L. en las páginas webs de su propiedad.

Le rogamos que en el caso de producirse alguna modificación de sus datos, nos lo comunique por cualquiera de las vías puestas a disposición con la finalidad de mantener su información actualizada.

En cualquier caso, tiene derecho en cualquier momento a acceder, rectificar, opositar, o cancelar los datos referentes a su persona, incluidos en nuestro fichero solicitando los impresos a tal fin o por escrito dirigiéndose a SERVICIOS PROFESIONALES MEDICO DE CABECERA S.L. con domicilio en C/Peña Labra 18 3ºD, CP: 24008 – León-España

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

Firma de Autorización.

Dr/Dra. XXXXXX XXXX XXXXXX

ANEXO IV

SERVICIOS PROFESIONALES MEDICO DE CABECERA S.L.
CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDAD

Don. _____, con D.N.I./N.I.E: _____, en el marco de la relación contractual que le une con SERVICIOS PROFESIONALES MEDICO DE CABECERA S.L., declara que:

- Como usuario autorizado para acceder y tratar los ficheros que contienen datos personales cuyo responsable es SERVICIOS PROFESIONALES MEDICO DE CABECERA S.L., manifiesto que tengo pleno conocimiento de la circular informativa en la que se me detallan las obligaciones que me conciernen en materia de protección de datos de acuerdo a las medidas de seguridad detalladas en el Documento de Seguridad.
- Me comprometo a utilizar los recursos del sistema de información a los que tengo acceso únicamente para el desempeño de mis funciones y nunca para uso privado.
- Asimismo, me comprometo a no revelar, ceder, distribuir bajo ningún concepto información a persona alguna ajena a la empresa, sin la debida autorización, excepto en el caso en que sea estrictamente necesario para el cumplimiento de una ley que ampare la cesión.
- Los compromisos anteriores permanecerán vigentes incluso después de extinguida, por cualquier causa, la relación laboral que me une con la empresa.
- El incumplimiento, por mi parte, de cualquiera de las normas contenidas en la circular informativa mencionada y, por lo tanto, en el Documento de Seguridad podrá considerarse como un quebranto de la buena fe contractual. Si el incumplimiento tuviera carácter doloso, sería responsable frente a los daños y perjuicios que para la empresa se pudiesen derivar.

En _____ A _____ De _____ del 20 _____

Licenciado/a en Medicina
Dr/Dra. xxxxxxxxxxxxxxxx

ANEXO V

SERVICIOS PROFESIONALES MEDICO DE CABECERA S.L. CIRCULAR INFORMATIVA

Apreciado/a trabajador/colaborador: _____

La presente circular tiene como objetivo básico la difusión de las funciones y obligaciones del personal de SERVICIOS PROFESIONALES MEDICO DE CABECERA S.L. en materia de seguridad de datos personales.

La protección se basa en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), el Real Decreto 1720/2007 por el que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de la LOPD, y otras leyes conexas, tales como la Constitución Española.

Estas normas protegen y garantizan las libertades y los derechos fundamentales de las personas físicas y especialmente su honor e intimidad. Con este fin se contemplan multas por parte de la Agencia de Protección de Datos de hasta 601.012,10€ en función de la calificación de la infracción cometida.

El citado Reglamento de Desarrollo de la LOPD tiene como objetivo primordial, entre otros, implementar las medidas de índole técnicas y organizativas necesarias para garantizar la seguridad que deben reunir tanto ficheros automatizados como en papel, los centros de tratamiento, locales, equipos, sistemas, programas y personas que intervengan en el tratamiento de los datos de carácter personal.

Para recoger todas las medidas definidas anteriormente y garantizar con lo dispuesto en el Reglamento de Seguridad, SERVICIOS PROFESIONALES MEDICO DE CABECERA S.L. ha elaborado un Documento de Seguridad y ha nombrado Responsable de Seguridad a Julio Tito Camino Acha. Estas medidas de seguridad son de obligado cumplimiento por todo el personal de la empresa con acceso a datos de carácter personal.

El citado Documento de Seguridad se encuentra a disposición de todo trabajador, previa solicitud al Responsable de Seguridad.

A continuación se presenta un resumen de los aspectos más relevantes:

- Recursos del sistema de información: Queda terminantemente prohibido utilizar dichos recursos a los que se tenga acceso para uso privado o para cualquier otra finalidad diferente de la del desempeño de sus funciones. Bajo ningún concepto puede revelarse información a persona alguna ajena a la empresa, sin la debida autorización.
- Los sistemas informáticos que dan acceso a los ficheros que contienen datos de carácter personal tendrán siempre este acceso restringido mediante un código de usuario y una contraseña, sin cuya introducción resulte imposible acceder a los datos protegidos.
- El código de usuario y la contraseña son absolutamente personales e intransferibles; por ello, los registros que se efectúen sobre operaciones realizadas bajo un código y contraseña se atribuirán, salvo prueba en contrario, al titular de los mismos y quedarán bajo su responsabilidad personal.
- Cada usuario es responsable de la confidencialidad de su contraseña, por lo que si advierte o sospecha que la misma ha podido ser conocida fortuita o fraudulentamente por personas no autorizadas, deberá registrarla como incidencia y notificárselo de inmediato al Responsable de Seguridad, el cual asignará una nueva contraseña al usuario.

En _____ A _____ De _____ del 20_____

Licenciado/a en Medicina
Dr/Dra. xxxxxxxxxxxxxxxx

ANEXO V

SERVICIOS PROFESIONALES MEDICO DE CABECERA S.L.
CIRCULAR INFORMATIVA

- **Salidas de soportes:** Toda salida de cualquier soporte y/o ordenador personal fuera de la organización deberá ser expresamente autorizada según el procedimiento descrito en el Documento de seguridad.
- **Incidencias en materia de seguridad:** El usuario que tenga conocimiento de la incidencia se responsabiliza directa y personalmente de comunicarla según las instrucciones determinadas en el Documento de Seguridad.
- **Compromiso:** Todos los compromisos anteriores deben mantenerse, incluso después de extinguida por cualquier causa la relación laboral con la empresa.
- **Responsabilidad:** El incumplimiento por el obligado, de cualquiera de las normas contenidas en el presente documento y, por ende, en el Documento de Seguridad podrá considerarse como un quebranto de la buena fe contractual. Si el incumplimiento tuviera carácter doloso, se emprenderán las acciones legales correspondientes para la debida depuración de responsabilidades.
- **Cualquier duda o comentario que pudiese suscitar el presente documento puede ser consultada o atendida por el Responsable de Seguridad.**

En _____ A _____ De _____ del 20_____

Licenciado/a en Medicina
Dr/Dra. xxxxxxxxxxxxxxxx