

**CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE EL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA (SESCAM) Y EL COLEGIO PROFESIONAL DE LOGOPEDAS DE CASTILLA LA MANCHA, PARA LA ASISTENCIA SANITARIA A PACIENTES BENEFICIARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, EN EL AMBITO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA.**

En Toledo, a 20 de diciembre de 2024

**R E U N I D O S**

De una parte, D. Alberto Jara Sánchez, Director Gerente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, en función de su cargo según nombramiento por Decreto 190/2023, de 25 de julio (DOCM nº 144, de 25 de julio de 2023), y la Orden de 18 de julio de 2002 de la Consejería de Sanidad, sobre delegación de competencias en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Y de otra, Doña Ana Pérez Valverde, con D.N.I. número 05702423X, en su calidad de Presidenta Colegio Profesional de Logopedas de Castilla La Mancha, según elecciones realizada el día 26 de noviembre de 2022 e inscripción en el Registro de Colegios Profesionales de Castilla-La Mancha, por Resolución de 20 de enero de 2023, de Servicios Centrales de la Consejería de Hacienda y Administraciones Públicas.

**I N T E R V I E N E N**

La primera, en representación del SESCAM, en su calidad de Director Gerente de dicho Organismo, y la segunda, en nombre y representación del Colegio Profesional de Logopedas de Castilla La Mancha.

Las partes se reconocen plena capacidad jurídica y de obrar para el otorgamiento del presente convenio y, a tal efecto,

**EXPONEN**

I.- Que la Constitución Española, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

05702423X ANA PEREZ (R:  
Q4500374F)  
Firmado digitalmente por  
05702423X ANA PEREZ (R:  
Q4500374F)  
Fecha: 2024.12.18 10:12:15  
+01'00'

1

Código Seguro De Verificación	434E-6733-694CP314F-6A51	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Alberto Jara Sanchez - Director Gerente Sescam	Firmado	20/12/2024 12:09:10
Observaciones		Página	1/16
Uri De Verificación	<a href="https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51">https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51</a>		
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		



II.- Que la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 6 establece que las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas a la promoción de la salud, a la prevención de las enfermedades y a garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.

III.- Que la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 12 «Prestación de Atención Primaria», determina que ésta comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social, especificando en su apartado 2.e) que la Atención Primaria comprenderá la rehabilitación básica.

IV.- Que la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha señala en su artículo 20 que las prestaciones sanitarias ofertadas por el sistema Sanitario de Castilla-La Mancha serán como mínimo las establecidas en cada caso para el Sistema Nacional de Salud.

V.- Que el Real Decreto 1030/2006, del 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, en su apartado 8 del Anexo III dice “se incluye la rehabilitación de las afecciones del sistema musculoesquelético, del sistema nervioso, del sistema cardiovascular y del sistema respiratorio, a través de fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia que tenga relación directa con un proceso patológico que esté siendo tratado en el Sistema Nacional de Salud”.

VI.- Que la Resolución de 15/06/2016 (DOCM 30/06/2016), de la Dirección-Gerencia, aprueba las condiciones económicas aplicables a la prestación de determinados servicios de asistencia sanitaria a través de medios ajenos, en el ámbito de gestión del SESCAM. En su apartado 2.1.1.5 establece los procesos de Foniatría y logopedia y sus tarifas máximas.


VII.- Que la Ley 10/1999, de 26 de mayo, de Creación de Colegios Profesionales de Castilla La Mancha, reconoce, en su artículo 4.4, a favor de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, la posibilidad de suscribir Convenios de colaboración con los Colegios Profesionales.

Por todo ello, las partes intervinientes proceden a la formalización del presente Convenio de Colaboración, de acuerdo con las siguientes,

05702423X  
ANA PEREZ  
(R:  
Q4500374F)

Firmado digitalmente  
por 05702423X ANA  
PEREZ (R: Q4500374F)  
Fecha: 2024.12.18  
10:12:34 +01'00'

Código Seguro De Verificación	434E-6733-694CP314F-6A51	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Alberto Jara Sanchez - Director Gerente Sescam	Firmado	20/12/2024 12:09:10
Observaciones		Página	2/16
Url De Verificación	<a href="https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51">https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51</a>		
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		



## ESTIPULACIONES

### PRIMERA.-OBJETO DEL CONVENIO

El presente convenio de colaboración tiene por objeto el establecimiento del marco regulador de la asistencia sanitaria, que en materia de Foniatría y Logopedia, prestarán a los ciudadanos, los Logopedas cuya actividad profesional se realice en centros sanitarios autorizados de Foniatría y logopedia, ubicados en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, una vez derivados desde los servicios de O.R.L y Rehabilitación de las Gerencias de Atención Integrada del SESCAM, que no cuenten con servicio de Logopedia propio.

### SEGUNDA.-OBLIGACIONES DE LAS PARTES

Para el logro de los fines del presente Convenio las partes firmantes asumen las siguientes obligaciones:

#### 1.-Obligaciones del SESCAM

- a) Divulgar el convenio entre el personal sanitario de las Gerencias de Atención Integrada que no cuenten con servicio de Foniatría y logopedia.
- b) Distribuir en los Servicio de Admisión y de Atención al Paciente de las Gerencias de Atención Integrada afectadas, la relación de Logopedas adheridos a este Convenio.
- c) Velar por el cumplimiento de los criterios técnicos de los tratamientos conveniados con el fin de cuidar la integridad del paciente.
- d) Facilitar la participación a los logopedas adheridos al convenio en aquellas jornadas formativas organizadas por SESCAM, que contribuyan a la actualización de conocimiento y mejora de actuación ante las patologías que se van a tratar.

#### 2.-Obligaciones del Colegio Profesional de Logopedas.

- a) Distribuir el Convenio entre los centros sanitarios privados de Logopedia de Castilla-La Mancha, así como recabar y tramitar las adhesiones que se produzcan.
- b) Remitir cada año al SESCAM la relación por provincia de Logopedas que se adhieran al Convenio, indicando: nº colegiado, nombre y apellidos de los mismos así como nombre, dirección y teléfono de los centros en los que prestan su asistencia. También deben comunicarse las variaciones que se produzcan.
- c) Colaborar en la evaluación de la calidad de los tratamientos realizados con el fin de garantizar la integridad del paciente.

05702423X  
ANA PEREZ (R:  
Q4500374F)

Firmado digitalmente  
por 05702423X ANA  
PEREZ (R: Q4500374F)  
Fecha: 2024.12.18  
10:12:54 +01'00'

3

Código Seguro De Verificación	434E-6733-694CP314F-6A51	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Alberto Jara Sanchez - Director Gerente Sescam	Firmado	20/12/2024 12:09:10
Observaciones		Página	3/16
Url De Verificación	<a href="https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51">https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51</a>		
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		



Cualquier otra que por el SESCAM y el Colegio Profesional de Logopedas de Castilla La Mancha conjuntamente, se estime conveniente.

En relación con los profesionales que se adhieran al presente Convenio de Colaboración, el Colegio Profesional de Logopedas garantizara que los mismos:

- a) Conozcan el texto Íntegro del Convenio firmado entre el SESCAM y Colegio Profesional de Logopedas de Castilla La Mancha para tratamientos de Logopedia, y cumplir los requisitos establecidos en el mismo.
- b) Atiendan a los pacientes derivados por el SESCAM conforme a la lex artix ad hoc, que le hayan elegido para recibir tratamientos de Logopedia.
- c) Presten asistencia sanitaria a los pacientes, en un plazo nunca superior a 15 días hábiles.
- d) Entreguen al paciente informe clínico de alta (Anexo II), así como decretar la misma cuando Los F.E.A prescriptores consideren agotadas las posibilidades terapéuticas. Igualmente emitirán los informes de evolución que le sean solicitados, en los que, como mínimo, se hará constar: fecha inicio tratamiento, sesiones realizadas, periodicidad de las mismas, evolución, y cuantos otros datos se consideren de interés.
- e) Tengan suscrita póliza de seguro de Responsabilidad civil, por un importe mínimo de 300.000 € por persona y siniestro.
- f) Una vez finalizado el tratamiento, el logopeda hará llegar a la gerencia correspondiente la factura a través de los medios estipulados. En ningún caso facturarán tarifas superiores a las legalmente establecidas por el SESCAM, en la fecha que se realiza el tratamiento.

### **TERCERA.-PROCEDIMIENTO PARA LA ADHESION**

El Colegio Profesional de Logopedas de Castilla La Mancha abrirá un plazo de un mes para la presentación de solicitudes y documentación de adhesión a este Convenio al que podrán adherirse. Los Logopedas que cumplan los siguientes requisitos:

- a) Tener la titulación oficial y poder ejercer como Logopedas de acuerdo con la normativa en vigor.
- b) Estar Colegiado en el Colegio Profesional de Logopedas de Castilla La Mancha.
- c) Realizar su ejercicio profesional en centros sanitarios de Foniatría y Logopedia autorizados por la Consejería de Sanidad de Castilla la Mancha.

05702423X  
ANA PEREZ (R:  
Q4500374F)

Firmado digitalmente  
por 05702423X ANA  
PEREZ (R: Q4500374F)  
Fecha: 2024.12.18  
10:13:12 +01'00'

4

Código Seguro De Verificación	434E-6733-694CP314F-6A51	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Alberto Jara Sanchez - Director Gerente Sescam	Firmado	20/12/2024 12:09:10
Observaciones		Página	4/16
Uri De Verificación	<a href="https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51">https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51</a>		
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		



- d) Cumplimentar el documento de adhesión y remitirlo al Colegio Profesional de Logopedas de Castilla La Mancha.
- e) Asumir la evaluación necesaria en su caso de los tratamientos conveniados.
- f) Participar de las actividades formativas organizadas por el SESCAM o su Colegio Profesional para el cumplimiento de los criterios técnicos de los tratamientos conveniados.

## **CUARTA: PROCESOS INCLUIDOS**

### **1. DISFONÍA.**

Se incluirán todas aquellas personas mayores de 6 años, con lesiones orgánicas de cuerdas vocales y parálisis recurrencial de alguna cuerda vocal.

### **2. AFASIA.**

Se incluirán todas aquellas personas mayores de 4 años, con trastornos del lenguaje producidos por una lesión cerebral (accidente cerebral vascular, traumatismos craneoencefálicos, infecciones en el sistema nervioso central y tumores) que previamente podían hablar con normalidad y que comporte alteraciones de los elementos sonoros del habla y/o déficit en la comprensión y/o trastornos en la denominación. Algunas personas también pueden presentar trastornos neuropsicológicos asociados.

### **3. DISARTRIA.**

Se incluirán todas aquellas personas mayores de 4 años, con alteraciones del habla y de la voz producidas por una lesión en el Sistema Nervioso Central o Periférico y que curse con alteraciones motrices coexistentes en la respiración, la fonación, la resonancia, la articulación y la prosodia.

### **4. TRASTORNOS DE LA FLUENCIA.**

En este proceso de logopedia se incluirán todas aquellas personas mayores de 6 años, con trastornos que cursen con una alteración en la fluidez del habla (disfemia) y/o con un habla excesivamente rápida y poco inteligible (taquifemia).

### **5. ANOMALÍAS FUNCIONALES DENTOFACIALES.**

Se incluirán todos aquellos trastornos esqueléticos/estructurales de origen congénito y/o adquirido y todos aquellos trastornos funcionales originarios de la fase neonatal o desarrollados durante el crecimiento en personas mayores de 4 años, que cursen con una disfunción en la deglución, en la respiración, en la tonicidad muscular de los órganos orofaciales y o en el habla (dislalia).

05702423X  
ANA PEREZ (R: PEREZ (R: Q4500374F)  
Q4500374F)

Firmado digitalmente  
por 05702423X ANA  
PEREZ (R: Q4500374F)  
Fecha: 2024.12.18  
10:13:29 +01'00'

5

Código Seguro De Verificación	434E-6733-694CP314F-6A51	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Alberto Jara Sanchez - Director Gerente Sescam	Firmado	20/12/2024 12:09:10
Observaciones		Página	5/16
Uri De Verificación	<a href="https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51">https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51</a>		
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		



## **6. LARINGECTOMÍA.**

Se incluirán todas aquellas personas a las que se les haya practicado una extirpación parcial o total de la laringe y que consecuentemente se encuentren con la imposibilidad de utilizar su voz habitual como medio de comunicación.

## **7. IMPLANTE COCLEAR. PACIENTES POSTLOCUTIVOS.**

Se incluirán todas aquellas personas que hayan sido seleccionadas por un equipo quirúrgico de ORL especializado, en las que esté indicado un implante coclear por presentar una hipoacusia neurosensorial bilateral profunda de asiento coclear, que se benefician de forma insuficiente o nula de audífonos y que, además, se encuentran altamente motivados por este tipo de tecnología.

## **8. IMPLANTE COCLEAR. PACIENTES PRELOCUTIVOS.**

Se incluirán todas aquellas personas que hayan sido seleccionadas por un equipo quirúrgico de ORL especializado, en las que esté indicado un implante coclear por presentar una hipoacusia neurosensorial bilateral profunda de asiento coclear, que se benefician de forma insuficiente o nula de audífonos y que además se encuentran altamente motivados por este tipo de tecnología.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA TODOS LOS PROCESOS AUTORIZADOS**

No podrán ser tratados en logopedia los pacientes que padezcan trastornos de las funciones superiores o psiquiátricas que comporten alteraciones graves de la conducta o si se detecta la no aceptación y colaboración del paciente y/o la familia en su tratamiento.

## **QUINTA: PROCESOS EXCLUIDOS**


- Dislexias.
- Desórdenes del desarrollo del lenguaje y/o del habla.
- Sordera que implique alteraciones del lenguaje, de la voz y/o del habla.
- Disfasia-
- Trastorno Específico del Lenguaje.
- Retraso mental discreto.
- Otro retraso mental no especificado.
- Autismo. Trastornos del Espectro del autismo.
- Trastornos de Sonidos del Habla de origen funcional.
- Alteraciones de la adquisición del lenguaje y de la lectoescritura producidas durante el proceso de desarrollo de la persona además de las alteraciones de la audición y las vinculadas a las deficiencias mentales.

05702423X  
ANA PEREZ (R: Q4500374F)  
Q4500374F)

Firmado digitalmente  
por 05702423X ANA  
PEREZ (R: Q4500374F)  
Fecha: 2024.12.18  
10:13:49 +01'00'

6

Código Seguro De Verificación	434E-6733-694CP314F-6A51	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Alberto Jara Sanchez - Director Gerente Sescam	Firmado	20/12/2024 12:09:10
Observaciones		Página	6/16
Uri De Verificación	<a href="https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51">https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51</a>		
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		





## SEXTA: MÉDICOS PRESCRIPTORES

**Facultativos Especialistas de Área del Servicio de O.R.L REHABILITACIÓN, .:** Disfonía, Laringectomía, Anomalías Funcionales Dentofaciales, Trastornos de la Fluencia e Implantes Cocleares (únicamente por el servicio que ha intervenido quirúrgicamente al paciente) Afasia, Disartria.

Los F.E.A prescriptores pautarán las consultas de control que crean necesarias y, en el momento que consideren agotadas las posibilidades terapéuticas, podrán decretar la suspensión del tratamiento de Logopedia.

## SEPTIMA.-PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES

Los facultativos de los servicios autorizados realizarán la prescripción en el modelo oficial (Anexo I). El documento será entregado por el paciente o familiar en el **SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE/SERVICIO ADMISIÓN**, donde se les facilitará listado de logopedas privados, adheridos al Convenio de Colaboración suscrito entre el SESCAM y el Colegio Profesional de Logopedas de Castilla La-Mancha, se tramitará el visto bueno del Director Médico del Centro y se remitirá el Anexo I al **SERVICIO DE COORDINACIÓN E INSPECCIÓN** correspondiente para su autorización o denegación. Desde el mencionado Servicio se enviará al domicilio del paciente el documento debidamente diligenciado.

En el caso de denegación, se remitirá copia de la misma a la Gerencia correspondiente.

El paciente, una vez recibido el documento autorizado por el Servicio de Coordinación e Inspección, deberá dirigirse al logopeda indicado en el Servicio de Atención al Paciente, para iniciar tratamiento.

## OCTAVA.-ATENCION DE LOS PACIENTES

Los Logopedas adheridos a este Convenio prestarán a los pacientes los tratamientos prescritos por los F.E.A de O.R.L y Rehabilitación contemplados en el apartado 2.1.1.5 de la Resolución de 15/06/2016 (DOCM 30/06/2016), de la Dirección-Gerencia, que aprueba las condiciones económicas aplicables a la prestación de determinados servicios de asistencia sanitaria a través de medios ajenos, en el ámbito de gestión del SESCAM.

## NOVENA: TARIFAS

Las tarifas máximas son las siguientes y se refieren a proceso completo y se abonará tras la finalización del mismo. Excepcionalmente, podrán producirse ampliaciones de tratamiento a solicitud del logopeda adherido, previa prescripción del facultativo y visto

05702423X  
ANA PEREZ (R:  
Q4500374F)

Firmado digitalmente  
por 05702423X ANA  
PEREZ (R: Q4500374F)  
Fecha: 2024.12.18  
10:14:10 +01'00'

7

Código Seguro De Verificación	434E-6733-694CP314F-6A51	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Alberto Jara Sanchez - Director Gerente Sescam	Firmado	20/12/2024 12:09:10
Observaciones		Página	7/16
Url De Verificación	<a href="https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51">https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51</a>		
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		



bueno del Director Médico del Centro, no siendo la ampliación superior a dos procesos.

En el caso de no completar el proceso de derivación el proceso de derivación en su totalidad se abonará la parte proporcional según las sesiones recibidas, que será el resultado de la siguiente operación aritmética: importe total del tratamiento dividido entre número de sesiones mínimo y multiplicado por el número de sesiones recibidas.

En el caso de no asistencia justificada en 3 sesiones se procederá al alta del paciente por no colaboración.

Descripción cmd	Descripción proceso	Euros	Número Sesiones mínimas	
Alteraciones del lenguaje, de la voz y/o del habla	Disfonía	419,87	40	
	Afasia	899,84	80	
	Disartria	518,15	50	
	Trastorno de la fluencia	387,41	35	
	Anomalías funcionales dentofaciales	446,58	40	
	Laringectomía	359,74	30	
	Implante Coclear. Pacientes postlocutivos		4.376, 09	FASE PREQUIRÚRGICA 120 (2 módulos de 3 meses)
				FASE POSTQUIRÚRGICA 320 (2 módulos de 8 meses)
	Implante Coclear. Pacientes prelocutivos		7.159, 58	FASE PREQUIRÚRGICA 240 (4 módulos de 3 meses)
		FASE POSTQUIRÚRGICA 480 (2 años)		

**Concurrencia de centros:** En caso de concurrencia en una misma localidad de dos o más logopedas privados, adheridos al Convenio de Colaboración suscrito entre el SESCAM y el Colegio Profesional de Logopedas de Castilla La-Mancha, el paciente elegirá libremente el centro en el que va a realizar el tratamiento.

05702423X  
ANA PEREZ (R: Q4500374F)  
Q4500374F)

Firmado digitalmente  
por 05702423X ANA  
PEREZ (R: Q4500374F)  
Fecha: 2024.12.18  
10:14:31 +01'00'

Código Seguro De Verificación	Estado	Fecha y hora
434E-6733-694CP314F-6A51	Firmado	20/12/2024 12:09:10
Firmado Por	Página	8/16
Alberto Jara Sanchez - Director Gerente Sescam		
Observaciones		
Uri De Verificación		
<a href="https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51">https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51</a>		
Normativa		
Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		





## **DÉCIMA.- REGIMEN ECONOMICO**

Con la única excepción del tratamiento por implantes, en el que se podrán abonar facturas semestrales (siempre que se hayan realizado las sesiones mínimas del periodo), el resto de procesos se facturarán una vez producida el alta del paciente.

Los servicios prestados serán abonados por mensualidades vencidas, previa conformidad a la presentación por el logopeda vinculado y cuyo pago se realizará mediante transferencia bancaria, una vez presentada la factura por medio electrónicos.

Las facturas deberán reunir los requisitos establecidos en el Real Decreto 1619/2012 de 30 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento por el que se regulan las obligaciones de facturación (BOE nº.289 de 1 de diciembre) y en la Disposición Adicional 33ª del TRLCSP, introducida por el número cuatro de la disposición final 6ª del Real Decreto Ley 4/2013, de 22 de febrero de medidas de apoyo al emprendedor y de estímulo del crecimiento y de la creación de empleo (BOE nº.47, de 23 de febrero), así como la Ley 25/2013, de 27 de Diciembre de Impulso de la factura electrónica y creación del registro contable de facturas en el Sector Público (BOE nº.311, de 28 de Diciembre).

De conformidad con lo establecido en la Orden de 4/02/2015 de la Consejería de Hacienda, por la que se crea el Punto General de Entrada de Facturas Electrónicas de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha, el contratista deberá presentar sus facturas en soporte digital a través del servicio de facturación electrónica, disponible en la página web de la Intervención General, <http://efactura.castillalamancha.es>, en los términos allí establecidos.

Asimismo en la factura deberá constar el órgano administrativo con competencias en contabilidad pública, así como la identificación del órgano de contratación y destinatario de la facturas. La citada identificación se realizará conforme a la codificación establecida en el directorio DIR3 de unidades administrativas comunes, disponible en la página de la Intervención General <http://intervencion.castillalamancha.es/Códigos-dir3>.

El abono de los servicios prestados será realizado por el Centro de gestión de SESCAM en el que se haya realizado la prescripción del tratamiento.

Los logopedas privados, adheridos al Convenio de Colaboración suscrito entre el SESCAM y el Colegio Profesional de Logopedas de Castilla La-Mancha facturarán por proceso completo y una vez producida el alta del paciente.

A la factura se deberá adjuntar, por cada uno de los pacientes tratados:

05702423X ANA  
PEREZ (R:  
Q4500374F)

Firmado digitalmente por  
05702423X ANA PEREZ (R:  
Q4500374F)  
Fecha: 2024.12.18 10:14:50  
+01'00'

9

Código Seguro De Verificación	434E-6733-694CP314F-6A51	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Alberto Jara Sanchez - Director Gerente Sescam	Firmado	20/12/2024 12:09:10
Observaciones		Página	9/16
Url De Verificación	<a href="https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51">https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51</a>		
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		



1. Modelo de prescripción (Anexo I), en el que debe constar la autorización de la Inspección de Servicios Sanitarios del SESCAM.
2. Informe de alta. (Anexo II).
3. Documento, en el que conste las fecha en las que el paciente ha recibido las sesiones de tratamiento y las firmas de éste. (Anexo III).

Los precios por prestación sanitaria vinculada serán actualizados conforme establezca la normativa que periódicamente publica la Dirección Gerencia del SESCAM sobre las condiciones económicas de la prestación de servicios concertados de asistencia sanitaria.

### ÚNDECIMA.-CONFIDENCIALIDAD Y RESPONSABILIDAD

El Colegio Profesional de Logopedas de Castilla La Mancha, así como los Logopedas que se adhieran a este Convenio, deberán tomar las medidas adecuadas para garantizar la confidencialidad de los datos relacionados con la actividad realizada en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Asimismo, las partes se comprometen a cumplir lo que se refiere en la mencionada Ley y lo establecido en la Ley 41/2002, sobre la recogida, tratamiento, cesión y cancelación de los datos personales necesarios para el desarrollo de las prestaciones derivadas del presente Convenio.

Igualmente, las consultas o servicios de Logopedia que se adhieran, tratarán los datos confidenciales a los que tengan acceso, conforme a las instrucciones que dicte el SESCAM y no los aplicarán o utilizarán con fin distinto al que figura en este acuerdo, ni los comunicará, tan siquiera para su conservación, a otras personas, debiéndose comprometer a adoptar el nivel de protección alto de acuerdo con lo indicado en el Real Decreto 1720/2007 de 21 de diciembre.

El incumplimiento de estos aspectos podrá ser causa de rescisión del Convenio sin perjuicio de las responsabilidades legales a que pudiera dar lugar.

Una vez cumplida la prestación contractual, los datos de carácter personal deberán ser devueltos al Centro Sanitario de referencia del SESCAM, al igual que cualquier soporte o documento en que conste algún dato de carácter personal sujeto a confidencialidad, permaneciendo en el establecimiento copia del informe efectuado en cada caso, cuya custodia deberá observar las legales exigencias de protección.


Cada parte asume la responsabilidad, empresarial o profesional, que de su actuación en el marco de las actividades contempladas en este Convenio, se deriven.

05702423X  
ANA PEREZ (R:  
Q4500374F)

Firmado digitalmente  
por 05702423X ANA  
PEREZ (R: Q4500374F)  
Fecha: 2024.12.18  
10:15:13 +01'00'

10

Código Seguro De Verificación	434E-6733-694CP314F-6A51	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Alberto Jara Sanchez - Director Gerente Sescam	Firmado	20/12/2024 12:09:10
Observaciones		Página	10/16
Uri De Verificación	<a href="https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51">https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51</a>		
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		



### **DUODÉCIMA.- COMISION DE SEGUIMIENTO**

1. Para el desarrollo, seguimiento y evaluación del presente Convenio se crea una Comisión de Seguimiento integrada por los siguientes miembros:
  - Tres designados por el SESCAM, siendo uno de ellos el Presidente de la Comisión.
  - Tres designados por el Colegio Profesional de Logopedas de Castilla-La Mancha.
2. La referida comisión tendrá como función definir los programas de colaboración para el desarrollo de las actividades especificadas en las estipulaciones cuarta y octava y resolver todas las cuestiones que surjan en relación con la interpretación del Convenio y su adecuada aplicación.
3. El funcionamiento de la Comisión se adecuará a lo dispuesto en las normas previstas para los órganos colegiados en la Ley 40/2015 y sus peculiaridades organizativas serán establecidas por la propia Comisión.

### **DÉCIMOTERCERA.-VIGENCIA**

El presente Convenio de Colaboración tendrá una vigencia de cuatro años desde el día de su firma, pudiéndose prorrogar expresamente por períodos anuales hasta el máximo establecido en el artículo 49.h) de la Ley 40/2015, salvo en los casos de rescisión o denuncia contemplados en el mismo.

### **DÉCIMOCUARTA.-CUESTIONES LITIGIOSAS**

Las cuestiones litigiosas surgidas sobre la interpretación, modificación, resolución y efectos derivados del presente Convenio, deberán resolverse de mutuo acuerdo y, en su defecto, las resoluciones de la Administración serán inmediatamente ejecutivas sin perjuicio del conocimiento de las cuestiones litigiosas por la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

### **DÉCIMOQUINTA.-CAUSAS DE EXTINCIÓN**

Serán causas de extinción del presente Convenio:

05702423X

ANA PEREZ (R:

Q4500374F)

Firmado digitalmente por  
05702423X ANA PEREZ (R:  
Q4500374F)  
Fecha: 2024.12.18 10:15:35  
+01'00'

11

Código Seguro De Verificación	434E-6733-694CP314F-6A51	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Alberto Jara Sanchez - Director Gerente Sescam	Firmado	20/12/2024 12:09:10
Observaciones		Página	11/16
Uri De Verificación	<a href="https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51">https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51</a>		
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		



- 1.-El mutuo acuerdo de las partes.
- 2.-La denuncia de cualquiera de las partes, respetando el plazo de preaviso de dos meses respecto a la fecha de vencimiento del acuerdo.
- 3.-El incumplimiento grave de alguna de las Estipulaciones del Convenio imputable a cualquiera de las partes.

En caso de denuncia o rescisión del presente Convenio, la parte interesada en aquéllas, formalizará su pretensión mediante escrito que será comunicado a la otra parte, con acuse de recibo, al menos con dos meses de antelación.

### **DÉCIMOSEXTA.- INCOMPATIBILIDAD PROFESIONAL**

El profesional que preste servicios en el SESCAM como Logopeda, independientemente del vínculo de dicha prestación (estatutario o laboral, en cualquiera de sus modalidades), no podrá adherirse en modo alguno al presente convenio. Tampoco podrá ninguna persona jurídica en la que preste sus servicios uno de estos profesionales.

Y, en prueba de conformidad con cuanto antecede, se firma, por triplicado, en el lugar y fecha indicados en el encabezamiento.

EL DIRECTOR GERENTE DEL SESCAM

LA PRESIDENTA DEL COLEGIO  
PROFESIONAL DE LOGOPEDAS DE  
CASTILLA LA-MANCHA


05702423X  
ANA PEREZ (R:  
Q4500374F)

Firmado digitalmente  
por 05702423X ANA  
PEREZ (R: Q4500374F)  
Fecha: 2024.12.18  
10:15:58 +01'00'

Fdo.: Alberto Jara Sánchez

Fdo.: Ana Pérez Valverde

<b>Código Seguro De Verificación</b>	434E-6733-694CP314F-6A51	<b>Estado</b>	<b>Fecha y hora</b>
<b>Firmado Por</b>	Alberto Jara Sanchez - Director Gerente Sescam	Firmado	20/12/2024 12:09:10
<b>Observaciones</b>		<b>Página</b>	12/16
<b>Uri De Verificación</b>	<a href="https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51">https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51</a>		
<b>Normativa</b>	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		



**DOCUMENTO DE ADHESION AL CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE EL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA Y EL COLEGIO PROFESIONAL DE LOGOPEDAS DE CASTILLA LA MANCHA.**

**DATOS DEL LOGOPEDA:**

Apellidos y nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ N° de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 N° de fax: \_\_\_\_\_. N° colegiado: \_\_\_\_\_ Dirección correo electrónico: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL CENTRO SANITARIO EN EL QUE EL LOGOPEDA PRESTA SUS SERVICIOS:**

Nombre comercial: \_\_\_\_\_  
 Código inscripción Sanidad: \_\_\_\_\_  
 Titular del centro sanitario: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ N° de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 N° de fax: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 DIDña.: \_\_\_\_\_,

cuyos datos se reflejan en la cabecera de este documento, **DECLARA:**

Que conoce el texto íntegro del Convenio firmado entre el SESCAM y el Colegio Profesional de Logopedas de Castilla La Mancha para tratamientos de Foniatría y Logopedia, y cumple los requisitos establecidos en el mismo.

Que en virtud del contenido de dicho acuerdo, acepta atender a los pacientes derivados por el SESCAM, para recibir tratamientos de Foniatría y Logopedia.

Que se compromete a atender a los pacientes en un plazo nunca superior a 15 días laborables para pacientes en régimen ambulatorio, 6 días laborables para pacientes hospitalizados y 72 horas para pacientes urgentes.

Que una vez finalizado el tratamiento entregará al paciente informe clínico de alta.


Que en ningún caso facturará tarifas superiores a las legalmente establecidas por el SESCAM, en la fecha que se realiza el tratamiento.

Que en caso de incumplimiento de lo establecido en el Convenio, acepta ser excluido del mismo.

Que acepta los demás extremos que se contemplan en el ya citado Convenio, por lo que solicita la ADHESION al mismo.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202

Firma del solicitante

<b>Código Seguro De Verificación</b>	434E-6733-694CP314F-6A51	<b>Estado</b>	<b>Fecha y hora</b>	
<b>Firmado Por</b>	Alberto Jara Sanchez - Director Gerente Sescam	Firmado	20/12/2024 12:09:10	
<b>Observaciones</b>		<b>Página</b>	13/16	
<b>Uri De Verificación</b>	<a href="https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51">https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51</a>			
<b>Normativa</b>	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).			

**ANEXO I**

PROGRAMADO

URGENTE

**DOCUMENTO DE PRESCRIPCIÓN LOGOPEDIA**

<b>Nombre y Apellidos Paciente:</b> <b>NHC:</b> <b>Domicilio:</b> <b>Diagnóstico:</b>	<b>Teléfono:</b>
--	------------------

ANTES DE LA PRESCRIPCIÓN, SE RUEGA CONSULTAR CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN (relacionados al dorso).

Poner (X)	Procesos autorizados	F.E.A autorizado para prescripción
	Disfonía	O.R.L
	Afasia	REHABILITACIÓN
	Disartria	REHABILITACIÓN
	Trastorno de la fluencia	REHABILITACIÓN / O.R.L
	Anomalías funcionales dentofaciales	O.R.L
	Laringectomía	O.R.L
	Implante Coclear. Pacientes postlocutivos	O.R.L (*)
	Implante Coclear. Pacientes prelocutivos	O.R.L (*)

(\*) Únicamente por el servicio en los que ha sido intervenido quirúrgicamente el paciente.

Observaciones:

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_

Vto Bº  
EL DIRECTOR MÉDICO

Servicio Solicitante:  
(Sello)

Fdo.Dr./Dra

Fdo.Dr./Dra


**SERVICIO DE COORDINACIÓN E INSPECCIÓN**

AUTORIZADO  DENEGADO

Motivo (en caso de DENEGACIÓN):

EL INSPECTOR/SUBINSPECTOR

Fdo

Código Seguro De Verificación	434E-6733-694CP314F-6A51	Estado	Fecha y hora	
Firmado Por	Alberto Jara Sanchez - Director Gerente Sescam	Firmado	20/12/2024 12:09:10	
Observaciones		Página	14/16	
Uri De Verificación	<a href="https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51">https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51</a>			
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).			



**ANEXO II**

**INFORME DE ALTA TRATAMIENTO DE LOGOPEDIA**

**NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE :**

**FECHA NACIMIENTO:**

**MÉDICO PRESCRIPTOR:**

**ESPECIALISTA DE :**

**DIAGNÓSTICO:**

**PROCESO:**

**FECHA INICIO TRATAMIENTO:**

**FECHA DEL ALTA:**

**VALORACIÓN:**

**TRATAMIENTO REALIZADO:**


**FECHAS DE LAS SESIONES IMPARTIDAS :**

**EVOLUCIÓN:**

**OBSERVACIONES:**

a de de

**Fdo.**

<b>Código Seguro De Verificación</b>	434E-6733-694CP314F-6A51	<b>Estado</b>	<b>Fecha y hora</b>	
<b>Firmado Por</b>	Alberto Jara Sanchez - Director Gerente Sescam	Firmado	20/12/2024 12:09:10	
<b>Observaciones</b>		<b>Página</b>	15/16	
<b>Uri De Verificación</b>	<a href="https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51">https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51</a>			
<b>Normativa</b>	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).			

### ANEXO III

### HOJA CONTROL DE VISITAS

Nombre y apellidos del paciente:

Nombre y apellidos del representante legal:

Diagnóstico:

Edad:

Fecha inicio tratamiento:

Fecha alta:

#### ASISTENCIA A SESIONES

FECHA	FIRMA	FECHA	FIRMA

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

EL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

NOTA: El representante legal debe firmar en el caso de menores de 14 años.

Código Seguro De Verificación	434E-6733-694CP314F-6A51	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Alberto Jara Sanchez - Director Gerente Sescam	Firmado	20/12/2024 12:09:10
Observaciones		Página	16/16
Uri De Verificación	<a href="https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51">https://sescam.jccm.es/verifirma/code/434E-6733-694CP314F-6A51</a>		
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		

