

Requisitos para postular al Programa de Atención Médica Integral Clínicas Dentales Marident – Programa de Responsabilidad Social

Con el propósito de brindar **atención médica odontológica integral a niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad**, las instituciones interesadas en participar en el **Programa de Responsabilidad Social de Marident Clínica Especializada** deberán presentar la siguiente información:

1. Carta de solicitud institucional

Documento dirigido a la Dra. Marianela López Valdivia - **Clínicas Dentales Marident**, firmado por el director(a) o responsable del centro de acogida, indicando:

- Nombre de la institución
- Interés en participar en el programa
- Número aproximado de niños y adolescentes beneficiarios
- Datos de contacto institucional

2. Reseña institucional del centro de acogida

Breve documento (1 a 2 páginas) que describa:

- **Nombre de la institución**
- **Año de fundación**
- **Misión y visión**
- **Tipo de población atendida**
(niños, adolescentes, situación de abandono, riesgo social, etc.)
- **Cantidad aproximada de beneficiarios**
- **Principales actividades que desarrolla el centro**, por ejemplo:
 - educación y apoyo escolar
 - alimentación y nutrición
 - acompañamiento psicológico
 - programas de formación o recreación
- Impacto social que genera en la comunidad.

3. Documentación institucional básica

Copia simple de:

- Documento de **constitución legal o personería jurídica** (si aplica).
- **Registro o acreditación institucional** ante autoridades competentes.
- Documento de identidad del **representante legal o responsable del centro**.

4. Relación de beneficiarios

Listado preliminar de niños y adolescentes que podrían ser beneficiarios del programa, incluyendo:

- Iniciales del nombre o nombre completo
- Edad
- Sexo
- Observaciones de salud relevantes (si las hubiera)

Esto permitirá planificar adecuadamente las **evaluaciones médicas y odontológicas**.

5. Información de contacto institucional

Incluir:

- Dirección del centro
 - Teléfono de contacto y/o WhatsApp
 - Nombre del responsable de coordinación
 - Correo electrónico (si lo tienen)
-

Consideración del Programa

La presentación de estos requisitos permitirá a **Marident Clínica Especializada** evaluar cada solicitud con el objetivo de **beneficiar al mayor número posible de niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad**, brindándoles acceso a **diagnóstico, prevención y tratamiento odontológico especializado**.

Este programa forma parte del compromiso de Marident de **transformar sonrisas y construir un futuro más saludable para la niñez**.