



Subdepartamento de Control  
y Calidad de Prestaciones DZS  
ASA/vcp



RES. EXENTA 8A/Nº 1000324

**MAT.: AUTORIZA INSCRIPCIÓN EN ROL MLE A LA  
PRESTADORA JOSELYNE ELIZABETH LERCHUNI  
MONJE, RUN**

TEMUCO, **10 MAR. 2015**

**VISTO:** Lo establecido en los Libros I y II del DFL N°1 del 2005 del Ministerio de Salud, D.S N°369 de 1985, del Ministerio de Salud; Resolución Exenta 3A/N°1455 de 29-05-2002 y sus modificaciones Resolución Exenta 4A/N°112 de 12-01-2015; Res. Exenta 2H/N°1937 del 06-04-2011, Resolución Exenta 3.2D/N°2308 de 13-10-2014, Res. Exta 3.3D/N°148 20-01-2011, Resolución Exenta 4A/N°2990 de 5-09-2014 Resolución Exenta 1F/N°7137 del 2009, Resolución Exenta 1C/4248 del 22-07-2011, Resolución Exenta 1A/N°2484 del 03-05-2011, todas del Fondo Nacional de Salud; y la Resolución Exenta N°1600/ 2008 de la Contraloría General de la Republica y,

**CONSIDERANDO:**

1. Que, el artículo 143º del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud, otorga facultades al Fondo Nacional de Salud, de suscribir convenios con profesionales y entidades asistenciales de salud, para la atención de los beneficiarios del Libro II de dicho cuerpo legal, e inscribirlos en alguno de los grupos del Rol que para estos efectos llevará el Fondo, organismo que tiene la tuición y la facultad fiscalizadora de dicha modalidad;

2. Que, con fecha **19 de Enero de 2015**, **Joselyne Elizabeth Lerchuni Monje, RUN** con domicilio en \_\_\_\_\_ presenta la solicitud N° **20749**, adjunta los formularios y documentos administrativos-técnicos, exigidos para el proceso de inscripción en M.L.E;

3. Que, se adjuntó a dicha solicitud, los documentos administrativos, técnicos, sanitarios y jurídicos, exigidos para el tipo de prestador y prestaciones de salud que se postula inscribir, todo ello de acuerdo a los requisitos definidos en la resolución del Fondo Nacional de Salud, que estableció el procedimiento de inscripción y convenios en el Rol MLE, según las RE N° 7.137 de diciembre de 2009 y RE 4248 del 22/07/11;

4. Que, el informe de Fiscalizador del Subdepto. de Control del Seguro, con la visación técnica sanitaria N° **20749** de fecha **05 de Marzo**, confirman el cumplimiento de los requisitos que permiten otorgar las prestaciones de salud a inscribir, por lo que dicto lo siguiente:

**DIRECCIÓN ZONAL SUR**

Manuel Montt N° 669 Piso 4, Temuco

[www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl)



## RESOLUCIÓN:

I. Autorízase, la inscripción en el Rol de la Modalidad de Libre Elección, a la prestadora **Joselyne Elizabeth Lerchuni Monje, RUN** \_\_\_\_\_ en su calidad de **Cirujana Dentista** y el convenio suscrito entre el prestador y el Fondo Nacional de Salud, en los siguientes términos:

### PRIMERO:

La celebración del presente convenio incorpora al Prestador en el **grupo 1** el Rol de profesionales y entidades asistenciales de salud de la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud, las prestaciones y Sucursales o Lugares de Atención que se detallan en la Resolución que aprueba este convenio.

### SEGUNDO:

Se entienden incorporadas al convenio, las disposiciones establecidas en el D.F.L. N°1/2005 que Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N°18.933 y N°18.469; el D.S. N° 369 de 1985, que aprobó el Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud, ambos decretos del Ministerio de Salud; las actuales y posteriores disposiciones del Arancel de Prestaciones de Salud; las Normas Técnico-Administrativas para la aplicación de dicho Arancel; las instrucciones que imparta el Ministerio de Salud y todas aquellas normas e instrucciones emanadas del Fondo Nacional de Salud, dictadas en uso de sus facultades de tuición, administración y fiscalización consagradas en los artículos 143º DFL N°1/2005 y artículo 45º del D.S. N° 369 de 1985.

### TERCERO:

El prestador que firma el convenio, da fe de la veracidad de la documentación legal, administrativa, técnica y sanitaria, que adjuntó a la solicitud de inscripción y que forma parte del convenio. El Fondo establecerá los mecanismos de control que le permitan verificar su cumplimiento.

Forma parte integrante del convenio, la documentación legal y técnica exigida por el Fondo en los formularios correspondientes y acompañada por el prestador con su solicitud de inscripción, como igualmente la nómina de prestaciones de salud que haya sido previamente autorizada por el Fondo de acuerdo a la capacidad sanitaria y resolutive del prestador, al personal, los equipos, la infraestructura, las instalaciones, los servicios médicos o médico quirúrgicos, los servicios de apoyo diagnóstico o terapéutico, unidades de hospitalización regulares, de camas especializadas o unidades críticas, entre otros, lo que será comunicado al prestador mediante resolución exenta firmada por el representante de FONASA formalizando el presente convenio.

### CUARTO:

El prestador queda obligado a mantener debidamente actualizada toda la información presentada con su solicitud de inscripción, incluida la documentación legal y técnica. En caso de producirse cambios en la información o la documentación el prestador deberá dentro de los 30 días siguiente de producido el cambio remitir al Fondo los antecedentes que acrediten dichos cambios bajo apercibimiento de proceder de acuerdo a la cláusula décimo tercera del presente convenio.

### QUINTO:

El Prestador queda obligado a permanecer en el grupo de su inscripción de las prestaciones, por un tiempo no inferior a seis meses, contados desde la fecha de este convenio. Una vez cumplido

**DIRECCIÓN ZONAL SUR**

Manuel Montt N° 669 Piso 4, Temuco

[www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl)



el período, el Prestador podrá cambiar el grupo previa comunicación por escrito al Fondo y de acuerdo al procedimiento establecido por éste. El cambio registrará a contar de la fecha de la Resolución que lo apruebe.

**SEXTO:**

Constituye obligación del prestador, proporcionar a los afiliados y beneficiarios del DFL N°1/2005 las prestaciones de salud que su capacidad técnica y de infraestructura le permitan, otorgándolas en forma oportuna y adecuada a los conocimientos y experiencia de su equipo profesional, reconociendo y respetando los derechos consustanciales del usuario. Asimismo, el prestador deberá entregar a los beneficiarios toda la información y facilidades necesarias para ser atendidos por profesionales inscritos en la Modalidad de Libre Elección que los propios beneficiarios elijan.

**SÉPTIMO:**

El prestador que con ocasión de las atenciones a un beneficiario, confirme el diagnóstico de alguno de los problemas de salud con garantías explícitas de salud, procederá a notificarlo mediante formulario oficial dispuesto para el efecto, indicándole el derecho de atención en un consultorio de atención primaria y continuar la atención en la red asistencial pública. Si el beneficiario optara por continuar la atención en la modalidad de libre elección, se dejará constancia en el respectivo formulario.

**OCTAVO:**

Por el presente convenio, el prestador autoriza al Fondo para informar por los medios que estime más conveniente, su inscripción en el rol de profesionales y entidades, con su individualización, las prestaciones que otorga, el grupo de inscripción, dirección y teléfono del o los lugares de atención.

**NOVENO:**

El Prestador inscrito queda obligado por la sola inscripción, a aceptar como máxima retribución por sus servicios, los valores del arancel correspondiente al respectivo nivel quedándole prohibido recibir pagos adicionales de cualquier naturaleza, salvo la excepción que establece el artículo 53 del DS 369/1985 del Ministerio de Salud, para prestaciones, tales como, días cama y derecho de pabellón.

**DÉCIMO:**

En retribución por las atenciones que efectivamente otorgue a los beneficiarios, el Prestador tiene derecho a cobrar órdenes de atención emitidas por el Fondo y aquellos de emisión electrónica realizada por prestadores en convenio, en las que se identificarán las prestaciones de salud, su codificación, los valores y nominadas al Prestador y al beneficiario que recibió las atenciones.

Las prestaciones de salud serán otorgadas por los profesionales y/o entidades informados al Fondo en la nómina que respalda técnicamente la ejecución de las prestaciones solicitadas en el presente convenio, siempre y cuando exista una autorización escrita otorgada por cada uno de los profesionales y/o representantes legales de las entidades.

Las órdenes de atención tienen una vigencia administrativa de 90 días desde su fecha de emisión, excepto aquellas que correspondan a emisión electrónica en prestador con convenio, en cuyo caso tendrán vigencia por un día.

**UNDÉCIMO:**

El prestador que cobra la orden de atención, es responsable de los documentos que llevan su firma, por lo que debe completar los campos disponibles para su uso y proceder al cobro únicamente una vez que éstas hayan sido efectuadas.

**DIRECCIÓN ZONAL SUR**

Manuel Montt N° 669 Piso 4, Temuco

[www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl)







**DÉCIMO NOVENO:**

El prestador que haya sido sancionado con la cancelación en el registro de la modalidad de libre elección, sólo podrá solicitar una nueva inscripción al Fondo Nacional de Salud una vez transcurridos cinco años desde la fecha en que la cancelación quedó a firme. El Fondo podrá rechazar dicha solicitud mediante resolución fundada.

Si el registro fuere cancelado por segunda vez, cualquiera sea el tiempo que medie entre una y otra medida, el prestador entidad no podrá volver a inscribirse en la modalidad de libre elección.

**VIGÉSIMO:**

El convenio, es un acuerdo de voluntades destinado a crear derechos y obligaciones, acuerdo que debe ser de interés y beneficio para ambos contratantes y cuya suscripción no es obligatoria para el Fondo ni para el profesional prestador, por tanto las partes podrán poner término a este convenio a saber:

- a) En cuanto al prestador profesional, mediante comunicación escrita enviada al Fondo, a lo menos con 30 días de anticipación.
- b) En cuanto al Fondo, mediante carta certificada enviada al prestador profesional, con 30 días de antelación, sin expresión de causa.

**VIGÉSIMO PRIMERO:**

El Prestador que suscribe el presente Convenio con FONASA, será responsable civil y penalmente frente a cualquier accidente, daño o perjuicio que pudiera ocasionar con motivo del otorgamiento a asegurados del FONASA de las prestaciones inscritas.

**VIGÉSIMO SEGUNDO:**

El presente convenio tiene una duración indefinida y entra en vigencia a contar de la fecha de la total tramitación de la Resolución del Fondo que lo apruebe.

**VIGÉSIMO TERCERO:**

El presente convenio se firma en dos originales, quedando una copia para el Fondo Nacional de Salud y otra para el Prestador. Las partes dejan expresa constancia que este convenio no crea vínculos de carácter funcionario o laboral entre ellas.

I. Regístrese a la prestadora **Joselyne Elizabeth Lerchuni Monje, RUN** en el Rol de Prestadores de la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud, en **Nivel 1** en la clasificación de **Cirujana Dentista** teniendo presente la visación de prestaciones, que se detallan:

PRESTACIONES AUTORIZADAS	
Desde	Hasta
2503001	2503005

II. Regístrese como domicilio de atención el siguiente:

**Domicilio de Atención:**

**DIRECCIÓN ZONAL SUR**  
Manuel Montt N° 669 Piso 4, Temuco  
[www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl)



III. La inscripción y convenio del Rol en la Modalidad de Libre Elección, entrarán en vigencia a partir de la total tramitación de la presente resolución que lo aprueba.

IV. Notifíquese, lo resuelto en forma digital a la dirección de contacto establecida en le respectivo convenio y/o presencial en dependencias del Fondo.

Anótese, Comuníquese y Archívese.



**SANDRA VILLANUEVA CASTRO**  
**DIRECTORA ZONAL SUR (S)**  
**FONDO NACIONAL DE SALUD**

**DISTRIBUCIÓN:**

- **Joselyne Elizabeth Lerchuni Monje**
- Expediente de Convenio del Prestador
- Oficina de Partes (Afecta Art. 7 Letra g, Ley 20.285/2008)

INGR. ....