



RESOLUCIÓN 4.1 D/N° **493** **14.AGO2015**



MAT.: APRUEBA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE RESOLUCION DE PATOLOGIAS AGUDAS O AGUDIZADAS A TRAVES DE MECANISMO DE PAGO POR GRUPOS RELACIONADOS (GRD), ENTRE EL FONDO NACIONAL DE SALUD Y CLINICA PUERTO MONTT SpA.

VISTO: Lo dispuesto en el Libro I del D.F.L. N° 1/2005 del Ministerio de Salud; Ley N° 19.886; Decreto Supremo N° 250/2004, del Ministerio de Hacienda; las facultades que me confiere el Decreto Supremo N° 46/2014 del Ministerio de Salud; la Resolución Exenta 3A/N° 1455/2002, del Fondo Nacional de Salud y sus modificaciones posteriores; y lo señalado en la Resolución N° 1600/2008 de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

1. Que, mediante Resolución 3G/N° 001 del 02 Enero 2015, tomada razón por Contraloría General de la República con fecha 27 Enero 2015, se aprobaron las Bases Administrativas y Técnicas de Licitación Pública para Compra de Servicios de Salud de Resolución de Patologías Agudas o Agudizadas, a través de mecanismo de pago por grupos relacionados por el Diagnóstico (GRD).

2. Que, la Resolución detallada en el punto anterior fue publicada en el portal www.mercadopublico.cl, bajo el ID. 591-5-LP15.

3. Que, mediante Resolución Exenta 4.1D/N° 1763 de fecha 26 Mayo 2015, se adjudicó la Licitación Pública "Compra de Servicios de Salud de Resolución de Patologías Agudas o Agudizadas, a través de mecanismo de pago por grupos relacionados por el diagnóstico (GRD), a varias clínicas, entre esas, a la Clínica Puerto Montt SpA.

4. Que, con el objeto de garantizar el fiel cumplimiento del contrato, la Clínica Puerto Montt SpA, entregó Boleta Bancaria de Garantía N° 002337-5, del Banco de Chile, por un monto de \$ 86.773.500.- (Ochenta y seis millones setecientos setenta y tres mil quinientos pesos)-, con vencimiento 09 Junio 2017, quedando en custodia de la Sección Tesorería de esta Institución, por lo que en uso de mis facultades dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1.- **APRUEBASE** el contrato de Prestación de Servicios de Salud de Resolución de Patologías Agudas o Agudizadas, a través de mecanismo de pago por Grupos Relacionados (GRD), entre Fondo Nacional de Salud y Clínica Puerto Montt SpA, cuyo texto es el siguiente:

**TOMADO RAZÓN
CON ALCANCE**

10 SET. 2015

Contralor General
de la República
SUBROGANTE *072635

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SERVICIO DE SALUD DE RESOLUCIÓN DE
PATOLOGÍAS AGUDAS O AGUDIZADAS, A TRAVÉS DE MECANISMO DE PAGO POR GRUPOS
RELACIONADOS (GRD)**

CLÍNICA PUERTO MONTT SpA

Y

FONDO NACIONAL DE SALUD

En Santiago, a 01 de julio del año 2015, entre el **FONDO NACIONAL DE SALUD**, persona jurídica de Derecho Público, creada por el Decreto Ley N° 2.763 de 1979, RUT 61.603.000-0, representado para estos efectos, según se acreditará, por su Directora Nacional, doña **Jeanette Vega Morales**, cédula nacional de identidad N° [REDACTED] ambos con domicilio en calle [REDACTED] comuna de [REDACTED] en adelante "FONASA", y la **CLÍNICA PUERTO MONTT SpA**, RUT 76.444.740-9, representada por don **Luis Orlando Barrientos García**, cédula nacional de identidad N° [REDACTED] ambos con domicilio en calle [REDACTED] en adelante, "el prestador"; y en conjunto denominadas "las partes", expresan que han convenido el siguiente contrato de prestación de servicios, el que se registrá de conformidad a las estipulaciones que a continuación se expresan:

PRIMERO: Antecedentes Generales de la contratación.

El Fondo Nacional de Salud, es un servicio público, funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica propia y patrimonio propio, creado por el Decreto N° 2.763, de 1979, actual D.F.L. N° 1 de 2005 que, entre otras funciones, está encargado del financiamiento de las acciones y prestaciones médicas, detalladas en el régimen de Prestaciones de Salud del Libro II del referido D.F.L.

Es así que para dar cumplimiento a sus funciones, efectuó un proceso de licitación pública para contratar el servicio de salud con resolución de patologías agudas o agudizadas, a través de mecanismo de pago por grupos relacionados por el diagnóstico (GRD), esto es, de acuerdo a un sistema de clasificación que agrupa a los pacientes en base al consumo de recursos que se requieren para su atención y en las características clínicas que presentan; aplicable para beneficiarios del FONASA que se atiendan en la modalidad de atención institucional (MAI) y que sean derivados por un establecimiento del Sistema Nacional de Servicio de Salud (SNSS) a través de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC) del Ministerio de Salud.

Por Resolución 3G/N° 001 del 02 de enero de 2015 y Tomada de Razón el 27 de enero del mismo año, se aprobaron las bases de licitación pública para "Compra de servicios de salud de resolución de patologías agudas o agudizadas, a través de mecanismo de pago por grupos relacionados por el diagnóstico (GRD)" ID: 591-5-LP15, adjudicada mediante Resolución Exenta 4.1D/N° 1.763 de fecha 26 de mayo de 2015, al prestador, con arreglo a las cuales se realiza la presente contratación.

SEGUNDO: Contrato y documentos que integran la relación contractual.

Para la ejecución de los servicios, el prestador deberá sujetarse a las condiciones pactadas en el presente contrato y a los siguientes documentos, que se entienden formar parte integrante de este instrumento para todos los efectos legales, por tanto, las partes les otorgan por este acto plena validez y exigibilidad:

- Bases Administrativas y Técnicas, y sus correspondientes anexos, aprobadas mediante Resolución 3G/N° 001 del 02 de enero de 2015.

- Consultas, aclaraciones y complementos, y las correspondientes respuestas y aclaraciones, si las hubiere.
- Oferta Técnica y Económica Adjudicada, en lo que no contravenga a las disposiciones de las Bases Administrativas y Técnicas.
- Resolución de Adjudicación del prestador, mediante Resolución Exenta 4.1D/N° 1.763 de fecha 26 de mayo de 2015.

TERCERO: Objeto del Contrato.

Mediante el presente instrumento FONASA contrata, por un período de 18 (dieciocho) meses un servicio de salud para la resolución de patologías agudas o agudizadas de pacientes en estado crítico derivados por vía UCGG y cuyo mecanismo de pago se realizará a través de GRD, según el precio contemplado en el presente acuerdo de voluntades. Se hace presente que por la suscripción de este contrato FONASA no garantiza un número determinado de resoluciones diagnósticas, dada la naturaleza de la contratación.

Asimismo, los servicios que se contratan son preferentemente aquellos que ocupen los pacientes en estado crítico o complejo, en Unidades de Pacientes Críticos (UCI, UTI), lo que no implica que para su recuperación y resolución integral, podrían requerirse otros tipos de unidades de hospitalización básica o requerir intervenciones quirúrgicas, las cuales junto al parto, se detallan en las bases técnicas del proceso de licitación que origina este contrato, de acuerdo al punto 7.4 como servicios de apoyo o complementarios en el caso de atención del parto.

Todo lo anterior, conforme a las características, calidades y demás especificaciones detalladas en el Proceso de Licitación Pública para "Compra de servicio de salud de resolución de patologías agudas o agudizadas, a través de mecanismo de pago por grupos relacionados por el diagnóstico (GRD)" ID N° 591-5-LP15, en especial en la oferta técnica del prestador y en las bases técnicas preparadas por FONASA.

CUARTO: Descripción de los Servicios.

Sin perjuicio de lo señalado en la cláusula anterior, el prestador se obliga a prestar el servicio conforme a la descripción que a continuación se explica:

- Resolución de Patologías Agudas o Agudizadas de paciente adulto en estado crítico, que requiere atención médica.
- Resolución de Patologías Agudas o Agudizadas de paciente adulto en estado crítico, que requiere atención médico quirúrgica.

Resolución de Patologías Agudas o Agudizadas de paciente adulto en estado crítico, corresponde a aquella prestación de salud, definida para la internación y cobertura de atención de 24 horas, de pacientes críticos, cuyo estado clínico tiene características de gravedad extrema.

La prestación corresponde a hospitalización de cuidados intensivos (UCI) adulto, unidad de cuidados intermedios (UTI) (o en otros casos, unidades de cuidados intensivos coronarios).

El prestador cuenta con los recursos humanos (profesionales médicos y profesionales de salud no médicos) adecuados para el otorgamiento de los servicios de salud a fin de que se garantice que las atenciones en salud alcancen los niveles de calidad exigibles a las diferentes categorías de resolución contratada, los que se encuentran detallados en el Anexo 3.C y 3.D de las bases del proceso de licitación, parte integrante del presente contrato para todos los efectos legales.

El prestador, sin perjuicio de lo anterior, deberá informar a FONASA los cambios en las plantas de recursos humanos, en un plazo no superior a 30 días de ocurrido dicho cambio.

Asimismo, cuenta con las exigencias de infraestructura, equipamiento y servicios de apoyo a la operación clínica, establecidos en la normativa y reglamentación vigente necesarios para proveer o prestar los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico que corresponda de acuerdo a las diferentes atenciones a brindar en relación con la categoría de atención contratada y de acuerdo a la oferta de servicios informada en el Anexo 3.G del proceso concursal.

Codificación de GRD:

Para efectos del mecanismo de pago a utilizar por la compra de los servicios de salud contratados, se utilizará un sistema de codificación de IR-GRD Versión 3.0.

El proceso de codificación será efectuado por el prestador.

El prestador, deberá contar con el sistema de codificación de IR-GRD Versión 3.0, además de los profesionales capacitados para tal efecto. Cabe indicar que el estándar definido por MINSAL es un profesional codificador por cada 5.000 egresos hospitalarios.

Dado que la captura, procesamiento y codificación de los datos implican un proceso de registro de información seguro, pertinente y exacto, el prestador debe tomar los resguardos para mantener la calidad del CMBD, con el fin de realizar la asignación correcta del GRD y su Peso Relativo.

Asimismo, deberá disponer de al menos un profesional con conocimiento para llevar a cabo la función de codificación, acreditando la realización de un curso de capacitación en codificación mediante GRD a través del certificado respectivo.

Con el fin de realizar la validación de los datos codificados por el prestador, que cuente con el sistema de codificación de GRD, FONASA realizará auditorías de casos inliers codificados durante el período de contratación de una muestra representativa de los beneficiarios atendidos por el prestador y según el procedimiento interno que FONASA tenga para tales efectos. Con el fin de generar una relación coordinada en el desarrollo del mecanismo de pago y de su correcta utilización.

FONASA, solicitará en cualquier momento la información que requiera del CMBD o de la codificación realizada por el prestador.

Se deja establecido, dado que el prestador efectuará por sí mismo el proceso de codificación de los egresos no está permitido posteriormente delegar dicha función en FONASA.

Proceso de derivación:

La derivación de pacientes hacia los prestadores en convenio, será realizada por los hospitales públicos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, y deberán ser intermediadas por la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL. Dicho proceso será respaldado en el sistema informático que la UGCC disponga para estos fines. La UGCC derivará de acuerdo a la evaluación previa del paciente y su necesidad médica en base a la disponibilidad de oferta de camas y un ranking de derivación que entregará FONASA.

En los casos de pacientes que requieran atención por Garantías Explícitas de Salud (GES), Gran Quemado, Cardiopatía Congénita y Trasplantes, no podrán ser derivados en virtud del presente contrato, toda vez que FONASA cuenta con otros mecanismos para la atención de estas enfermedades específicas.

Suspensión transitoria de derivación: en caso de una disminución notoria, evaluada y certificada por FONASA, de las capacidades técnicas del prestador (equipos, infraestructura, profesionales) que vaya en desmedro de la calidad de atención del asegurado, se solicitará al proveedor subsanar en el plazo establecido de 30 días corridos la falencia, plazo durante el cual FONASA podrá suspender derivaciones al prestador.

Proceso de atención:

Cada hospital derivador deberá informar a UGCC el cargo, teléfono y correo electrónico y/o fax del Encargado del hospital para solicitar las derivaciones a la UGCC. Además, los Servicios deben designar un Encargado a nivel de Servicio para las derivaciones de todos sus establecimientos dependientes.

Asimismo, el prestador deberá informar a UGCC el nombre, cargo, teléfono y correo electrónico y/o fax del Encargado para gestionar las derivaciones con la UGCC, y los teléfonos de contacto con sus distintas unidades para la solicitud de cama.

El prestador debe informar dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al ingreso del paciente, al propio paciente, familiar directo o representante legal sobre los alcances de la atención de salud que se realizará, su modalidad de atención institucional (MAI), dejando constancia a través del Formulario de "Consentimiento Informado" firmado por el paciente o quien le represente.

El prestador deberá otorgar la atención sin discriminar por sexo, religión, edad, situación socioeconómica, patología asociada u otros.

Sólo en los casos específicos establecido previamente y que requieran algún tipo de gestión por el hospital de origen, el prestador deberá informar a través del Sistema informático de la UGCC, cuando el paciente esté en condiciones de necesidad de evaluación, a través del botón "Necesidad de Evaluación por Servicios de Salud", además de correo electrónico al administrador del convenio o a quien se designe para estos efectos.

El prestador deberá resguardar, durante el proceso de atención, el cumplimiento de la Ley N° 20.584 que regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a la atención de salud, especialmente en:

- Informar al paciente sobre el tratamiento que se le otorgue y en general responder a cualquier consulta, orientación e información que éste requiera.
- Otorgarle un trato digno y respetuoso.
- Contar con que el personal que lo atiende, debe portar identificación visible.
- Contar con un libro de reclamos y sugerencias visible y accesible a los pacientes.

Responsabilidad del prestador:

Se deja claramente establecido, que desde que el paciente beneficiario de FONASA ingresa a las dependencias del prestador y hasta su egreso, será jurídicamente responsable de su manejo y protección. Por consiguiente, su tratamiento y protección es de su exclusiva responsabilidad y riesgo, estando obligado a adoptar todas y cada una de las medidas que sean necesarias para resguardar su salud, dejando expresamente establecido que tanto FONASA como el Hospital de origen, no están obligados, en virtud de este contrato, al pago de las indemnizaciones que resulten de las demandas interpuestas en contra del prestador, por los servicios materia del presente convenio.

Proceso de registro de las prestaciones:

El prestador, durante la hospitalización deberá mantener y llevar los siguientes registros:

- Informe médico del estado del paciente toda vez que se requiera por el hospital de origen, Servicio de Salud, FONASA o UGCC.
- Creación luego del parto de los casos de recién nacido de madres trasladadas vía UGCC, que requieran de cama neonatológica. Plazo máximo 24 horas, previo llamado a call center UGCC.
- Actualización diaria del estado de paciente según categorización riesgo dependencia en sistema informático UGCC.
- Actualización de disponibilidad de camas en sistema informático UGCC diariamente.

El prestador, al egreso del paciente deberá:

- Enviar epicrisis al Hospital de origen.
- Registro de fecha de alta y destino en el sistema informático UGCC.

El cumplimiento de estos reportes será exigible para el pago de las prestaciones facturadas.

Egresos:

Una vez egresado el paciente, es deber del prestador entregarle al paciente o a su acompañante una epicrisis con informe médico que resuma diagnóstico, exámenes, procedimientos, tratamiento efectuado, evolución del cuadro médico.

Finalmente, el prestador suministrará todos los materiales, accesorios, herramientas, equipos, necesarios para la correcta prestación de los servicios.

FONASA podrá constatar en terreno todo lo ofertado e indicado por el prestador en su oferta y lo establecido en el presente contrato.

En caso de que un paciente requiera de una prestación que exceda la capacidad resolutive del prestador donde se encuentra, se deberá avisar a la UGCC, quienes realizarán las gestiones necesarias para determinar otro prestador, público o privado. El traslado del paciente estará a cargo del prestador privado de origen en primer lugar y del prestador de recepción en segundo lugar.

No habrá pagos adicionales por concepto de traslado.

Para los Ajustes de Tecnología:

- Procedimiento de pago: El ajuste de tecnología se incluirá en la pre-facturación según lo establecido en el presente contrato. La indicación de dicha prestación deberá estar descrita en la historia clínica y en el Informe estadístico de Egreso Hospitalario.
- Autorización previa: No se requiere autorización previa, sin perjuicio de lo anterior, Fonasa se reservara el derecho de ejercer auditorias según lo establecido en el presente contrato.

Finalmente, se deja establecido que los ajustes de tecnología se regirán de acuerdo a los protocolos vigentes que al efecto establece el Ministerio de Salud Minsal.

QUINTO: Duración y Vigencia del Contrato.

El contrato tendrá vigencia de 18 (dieciocho) meses, contados desde la total tramitación del acto administrativo que dicte FONASA aprobándolo, pudiendo ser prorrogado, por razones sanitarias de emergencia y/o catástrofe; y por el plazo que dure dicha situación, en la medida que exista disponibilidad presupuestaria. En caso de acordarse la prórroga del contrato, antes del vencimiento de la vigencia original, deberá suscribirse el acuerdo respectivo y remitirse a la Contraloría General de la República, para el correspondiente control de legalidad.

No obstante la vigencia señalada, y por razones de buen servicio, las prestaciones podrán otorgarse con anterioridad a la total tramitación del señalado acto aprobatorio, quedando todo pago postergado y condicionado hasta la total tramitación de la resolución que aprueba el contrato, es decir, una vez tomado razón por Contraloría General de la República.

No se entregarán anticipos de ninguna especie.

SEXTO: Garantía de Fiel y Oportuno Cumplimiento.

Para respaldar el íntegro, correcto y oportuno cumplimiento del contrato que se suscribe, el prestador entrega una Boleta Bancaria de Garantía de Fiel Cumplimiento del Contrato y

obligaciones laborales y previsionales, del Banco de Chile N° 002337-5, a la vista y de carácter irrevocable emitida a favor del Fondo Nacional de Salud, por un monto de **\$86.773.500.- (ochenta y seis millones setecientos setenta y tres mil quinientos pesos)**, impuesto incluido, cuya glosa indica "GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD DE RESOLUCIÓN DE PATOLOGÍAS AGUDAS O AGUDIZADAS A TRAVÉS DE MECANISMO DE PAGO POR GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO (GRD)" y el ID de la licitación, con vencimiento el día 09 de junio de 2017, que excede en 90 días hábiles a la vigencia del contrato.

Esta garantía de fiel y oportuno cumplimiento, garantiza cualquier incumplimiento o infracción a las obligaciones que emanan del contrato, lo que será constatado, ponderado y evaluado por el Administrador del Contrato. También cauciona el cumplimiento de las obligaciones laborales y sociales de los trabajadores en los términos señalados en el artículo 11 de la ley 19.886.

Asimismo, esta garantía se hará efectiva sin más trámite, en caso que el contrato termine anticipadamente, por causa imputable al prestador, conforme lo previenen las cláusulas siguientes referidas a multas y término anticipado del contrato.

Esta garantía será custodiada por la Sección Tesorería del Fondo Nacional de Salud, por el período de su vigencia, y se devolverá al término de su vencimiento, salvo que se resuelva el término anticipado del contrato o si hubiesen situaciones pendientes que ameriten hacer efectiva la misma.

En caso de prórroga del contrato, si correspondiere, deberá remplazarse la mencionada garantía, por el mismo plazo que se prorrogue, aumentado en noventa días, en las mismas condiciones y términos señaladas precedentemente, dicha renovación deberá ser efectuada antes de los treinta días corridos anteriores al vencimiento del período en curso.

El hecho que la mencionada garantía, no se renueve o reemplace, en el plazo señalado en el párrafo precedente, facultará a FONASA para poner término anticipado al contrato, tal como lo señala la cláusula referida a término anticipado del presente contrato.

SÉPTIMO: Precio y Forma de pago.

El precio por los servicios contemplados en el presente contrato, corresponde al que se detalla a continuación:

Precio Base: **\$4.950.000.- (cuatro millones novecientos cincuenta mil pesos)** exentos de IVA, el cual será utilizado para el cálculo del pago de cada GRD codificado al egreso del paciente, al ser multiplicado por el peso relativo del GRD. Dicho precio base será único para cualquier categoría ofertada y para cualquier GRD codificado.

Por su parte, se deja constancia que FONASA no estará obligado a contratar un número determinado de resoluciones diagnósticas.

Regla general de pago por GRD:

La regla general de pago por GRD se aplicará en todos aquellos casos donde exista estadías inferiores al Punto de Corte Superior del GRD, establecidos en la Norma MINSAL IR-GRD Versión 3.0 o la Norma MINSAL vigente. De esta manera, corresponde al periodo comprendido entre el día 0 (cero) o de inicio de la atención y el día correspondiente al día de Punto de Corte Superior.

El valor del GRD se obtiene de la multiplicación del Precio Base Ofertado por el prestador por el peso relativo del GRD respectivo, de acuerdo con la siguiente expresión:

*Valor del GRD = Precio Base Ofertado * Peso Relativo GRD*

Regla de pago en caso de outliers superiores:

La regla de pago en caso de outliers superiores se aplica en casos donde existan estadías superiores al Punto de Corte Superior del GRD establecidas en la Norma MINSAL IR-GRD Versión 3.0 o la Norma MINSAL vigente. En todos estos casos, FONASA realizará, a través de su Departamento de Control y Calidad de las Prestaciones, una auditoría para la verificación de todos los antecedentes informados en la pre-facturación en forma previa a la autorización de los pagos correspondientes.

Esta regla especial de pago consiste en la aplicación de un deducible al prestador, por aquellos costos originados con posterioridad al Punto de Corte Superior del GRD. Este deducible se manifiesta en un periodo de no pago (o carencia) por parte de FONASA al prestador, al término del cual se reactiva el pago por cada día de estadía hasta el momento del egreso del paciente (post carencia).

El Valor del Outlier Superior se obtiene mediante la siguiente expresión:

*Valor del Outlier Superior = (Valor del GRD) + (Días post carencia * Valor del GRD / Días Percentil 75)*

Donde:

Valor del GRD = Es el producto entre el Precio Base Ofertado y el Peso Relativo del GRD correspondiente.

Días post carencia = Corresponde al periodo comprendido entre el término del periodo de carencia y el momento del egreso del paciente. Durante este periodo se reactiva el pago por parte de FONASA.

Periodo de carencia = Corresponde al período de tiempo comprendido entre el día del Punto de Corte Superior y que se extiende por el número de días establecido en el Percentil 25 del GRD respectivo según la norma. Durante este periodo el prestador no recibe pago por parte de FONASA.

Días Percentil 75: Corresponde al número de días establecido en el Percentil 75 del GRD respectivo según la norma.

De acuerdo con esta regla de pago en caso de outliers superiores, el Valor del GRD correspondiente al periodo previo al Punto de Corte Superior ya se encuentra incluido, por lo cual no procede cobro adicional por dicho concepto.

Regla de pago en caso de ajustes por tecnología:

La regla de pago en caso de ajustes por tecnología, se aplica en caso de que el prestador determine, de acuerdo con criterios estrictamente clínicos, que es necesario realizar al paciente alguna de las siguientes prestaciones, para las cuales FONASA ha establecido valores que se pagarán en forma adicional al valor del GRD respectivo:

- Oxigenación por Membrana Extra-Corpórea ECMO : \$16.649.450.-
- Asistencia ventricular : \$31.091.900.-
- Asistencia Hepática Extracorpórea : \$3.197.000.-
- Endoprotesis Aórtica : \$11.531.350.-
- Plasmaferesis Terapéutica : \$777.920.-
- Dispositivos de arritmia:

Marcapaso VVI con resincronización cardiaca	\$ 5.113.190.-
Marcapaso DDD con resincronización cardiaca	\$ 5.724.450.-

Desfibrilador VVI	\$ 10.581.160.-
Desfibrilador DDD	\$ 12.475.030.-
Desfibrilador VVI con resincronización cardiaca	\$ 15.707.180.-
Desfibrilador DDD con resincronización cardiaca	\$ 16.008.450.-
Marcapasos unicameral VVI	\$ 764.500.-
Marcapasos bicameral DDD	\$ 877.630.-

Los precios señalados anteriormente se pagarán por una sola vez independiente del tiempo de utilización.

- Procedimientos de sustitución renal continuos: Hemodiálisis, Hemofiltración, Hemodiafiltración:

HORAS DE USO	VALOR
72 HRS	\$ 1.085.460.-
48 HRS	\$ 854.620.-
24 HRS	\$ 573.250.-
8 HRS	\$ 459.960.-

Pre-facturación:

El prestador deberá, dentro de los primeros 5 días hábiles de cada mes, presentar a FONASA un informe de pre-facturación mensual con todos aquellos egresos de pacientes efectuados en el mes anterior, por concepto de los servicios de salud objeto de la presente licitación.

El informe de pre-facturación mensual deberá contener lo siguiente:

- a) Resumen de Egresos Mensuales, en planilla con los siguientes campos de datos:
 - ID derivación de UGCC
 - Nombre completo
 - RUT
 - Fecha de ingreso
 - Fecha de egreso
 - Días de estadía
 - Diagnóstico principal
 - Código del diagnóstico principal
 - Procedimiento principal
 - Código del procedimiento principal
 - Código del GRD
 - Descripción del GRD
 - Peso relativo del GRD
 - Outlier Superior (si/no)
 - Días de estadía por sobre Punto de Corte Superior (en caso de outlier superior)
 - Precio Base del prestador.
 - Monto de ajuste de tecnología (en caso de aplicarse)
 - Monto Total de la pre-facturación
- b) Informe Estadístico de Egreso Hospitalario (Formato DEIS- MINSAL), por cada paciente.
- c) Informe de Codificación por GRD (Informe de Resultado del Episodio por Sistema de Codificación GRD), por cada paciente, el cual debe contener:

- Nombre completo
- RUT
- Fecha de ingreso
- Fecha de egreso
- Días de estadía
- Diagnóstico principal
- Código del diagnóstico principal
- Procedimiento principal
- Código del procedimiento principal
- Código del GRD
- Descripción del GRD
- Peso relativo del GRD
- Outlier Superior (si/no)
- Días de estadía por sobre Punto de Corte Superior (en caso de outlier superior)

En caso de que el prestador haya delegado en el Fondo Nacional de Salud la Función de Codificación GRD, se utilizará el Informe de Codificación por GRD que éste haya elaborado con los antecedentes e información proporcionados.

De existir reparos u observaciones por parte del Fondo Nacional de Salud, éstas serán comunicadas al prestador, para que éste, dentro de un plazo de 5 días hábiles posteriores a la fecha de despacho de la comunicación, subsane o aclare los reparos formulados, y presente una nueva pre-facturación. De lo contrario, la pre-facturación será rechazada.

Facturación:

De no existir observaciones a la pre-facturación por parte del Fondo Nacional de Salud, el proveedor deberá entregar la factura en Oficina de Partes del Fondo Nacional de Salud, Monjitas Nº 665, primer piso, Santiago; o bien deberá ingresarla al sistema informático que FONASA implemente para tales efectos.

El pago de la factura se realizará mediante transferencia electrónica y dentro de los 30 días corridos de presentada la factura en Oficina de Partes, previo Informe y VºBº del Administrador del Contrato. De ser rechazada por contener errores o por mantener el prestador obligaciones pendientes que deban ser descontados de ésta, se retendrá su pago hasta que sean enmendados dichos errores y/o obligaciones pendientes.

Se hace expresamente presente a los oferentes que el pago de los servicios sólo podrá efectuarse una vez que la Contraloría General de la República tome razón de la Resolución que apruebe el Contrato respectivo, es decir, con su total tramitación.

Cabe señalar que el Fondo Nacional de Salud no realizará ningún tipo de anticipos, bajo ninguna circunstancia.

En caso de que el Fondo Nacional de Salud implemente algún sistema informático para el registro de pre-facturación, facturación y pago, éste será exigido al proveedor, a partir de los 5 días hábiles siguientes al término de la capacitación respectiva al proveedor.

Plazo de devolución de facturas:

Para los efectos de lo dispuesto en la ley 19.983, que regula la transferencia y otorga mérito ejecutivo a copia de la factura, se deja establecido que el FONASA dispondrá de 30 días corridos para reclamar del contenido de la factura. La sola presentación de la oferta en el proceso concursal que origina el presente contrato, supone aceptación de este plazo.

OCTAVO: Causales de Multas.

El Fondo Nacional de Salud, previa proposición del Administrador del Contrato, estará facultado para aplicar multas, por las infracciones y por los montos que se señalan a continuación:

- a) Cobro indebido de prestaciones al FONASA: 100% del valor cobrado o por cobrar, sin perjuicio de la devolución de los montos cobrados indebidamente. Se define como cobro indebido, a la presentación de facturas de pacientes que ya han sido pagadas por el FONASA o por alguno de los establecimientos de la red pública, facturas por cuentas de pacientes derivados en el marco de otros convenios, facturas de cuentas de pacientes atendidos en el marco de la ley de urgencia.
- b) Cobros realizados al beneficiario con objeto de esta licitación: 500% del valor cobrado; sin perjuicio de la devolución de los montos cobrados al beneficiario. Deberá acreditar dicha devolución, entregando copia del comprobante a FONASA.
- c) En caso de errores de codificación mediante GRD de los egresos, detectados en auditorías que FONASA realizará al efecto mediante el estudio de muestras representativas. Si la cantidad de errores supera el 10% de la muestra auditada, el prestador deberá pagar una multa de 100 UF. Si la cantidad de errores supera el 20% de la muestra auditada, el prestador deberá pagar una multa de 200 UF. Si la cantidad de errores supera el 30% de la muestra auditada, el prestador deberá pagar una multa de 300 UF. Si la cantidad de errores supera el 40% de la muestra auditada, FONASA podrá poner término anticipado del contrato sin mayor trámite. Lo anterior, sin perjuicio de las correcciones de las codificaciones auditadas con errores y de los ajustes de los montos cobrados indebidamente.
- d) En caso de que la cantidad de egresos codificados como outliers supere el 12% de la muestra auditada por FONASA, en el contexto de las auditorías que FONASA realizará al efecto mediante el estudio de muestras representativas. En estos casos FONASA aplicará una multa de 200 UF.
- e) En caso de incumplimiento de los servicios y/o requisitos señalados en las Bases Técnicas para realizar los servicios de salud contratados: 60 UF. Lo anterior sin perjuicio de la realización de la prestación.
- f) En caso de reclamos de los beneficiarios atendidos por el prestador, y que éstos hayan sido acogidos por FONASA, referidos a la calidad del servicio u atenciones otorgadas, tales como trato digno y respetuoso a los beneficiarios respetando la confidencialidad, derecho a la información, atención profesional adecuada, y en general cualquier vulneración de la Ley 20.584 del Ministerio de Salud. Por cada reclamo acogido por FONASA se aplicará al prestador una multa de 20 UF.
- g) Incumplimiento en la entrega de información, relativa a la atención de los pacientes beneficiarios, y otras solicitadas en las presentes Bases, 5 UF por cada evento, tales como:
 - No entregar la información al paciente en relación con los cuidados.
 - No acreditar la devolución de cobros indebidos a beneficiarios.
- h) Incumplimiento de las restantes obligaciones del prestador de conformidad a lo que establece el contrato y las bases del proceso de licitación: 5 UF por cada incumplimiento.
- i) En caso de una fiscalización por parte de FONASA, donde se verifique que tanto la infraestructura y/o equipamiento y/o recurso humano se encuentra en desmedro en la calidad de atención para el asegurado: 500 UF.

En este último caso, deberá subsanar durante el transcurso de un plazo de 30 días hábiles dicha situación. De no subsanarse en el plazo, FONASA podrá poner término anticipado al contrato, sin más trámite.

En todos los casos anteriores, en que el valor de la multa esté expresado en UF, la transformación a moneda de curso legal para efectos de pago de éstas, deberá ser de acuerdo al valor de la UF correspondiente al día del pago.

Las multas deberán ser enteradas por el prestador infractor en Tesorería de FONASA, en el Nivel Central, dentro del plazo que se indique en la respectiva resolución. En caso de incumplimiento, el

Fondo podrá descontar las multas directamente de la facturación o hacer efectiva la garantía de Fiel Cumplimiento de Contrato, por el monto respectivo. Procederá esta última situación cuando las facturaciones sean inferior a las multas aplicadas y a firme.

En caso de hacer efectiva la garantía de Fiel Cumplimiento de Contrato producto de la situación anteriormente descrita, el prestador deberá reponer la Garantía por la totalidad del monto y por el mismo plazo de vigencia que la que reemplaza, dentro de los 5 días hábiles siguientes contados desde el cobro de la primera, so pena del término anticipado del contrato de acuerdo al contrato, sin derecho a indemnización alguna.

NOVENO: Procedimiento de aplicación de multas.

El procedimiento para la aplicación de las multas será el siguiente:

- a) Detectada una situación que amerite la aplicación de multas, el Fondo comunicará al prestador, a través de carta certificada, indicando los hechos que originan las multas y su monto.
- b) A contar del día de la notificación de la comunicación precedente, el prestador tendrá el plazo de 8 días hábiles, para presentar sus descargos al Administrador del Contrato, si correspondiera, acompañando todos los antecedentes que acrediten fehacientemente que no ha tenido responsabilidad en los hechos que originan las multas. Vencido el plazo, o bien si no se acompañaren los antecedentes que fundamenten los descargos, la multa quedará a firme.
- c) Si se hubieren presentado descargos en tiempo y forma, el Administrador del Contrato tendrá el plazo de diez días hábiles, a contar de la presentación de los mismos, para rechazarlos o acogerlos, total o parcialmente, lo que comunicará por escrito. A contar de la fecha de la comunicación por escrito, el prestador tendrá el plazo de ocho días hábiles para reclamar fundadamente ante la Directora del Fondo Nacional de Salud, quien resolverá pudiendo interponer el proveedor Recurso de Reposición, dentro de diez días hábiles, lo que dará paso a lo indicado en la letra d) de este numeral.
- d) La pertinente resolución de aplicación de la multa se dictará por parte de la Directora del Fondo, o por quién le reemplace o subrogue, procediéndose a su pago de acuerdo a lo establecido en el párrafo final del numeral 15 de las presentes bases.
- e) Contra la resolución especificada en el punto anterior, procederán los recursos contemplados en la Ley 19.880.

DÉCIMO: Término anticipado del contrato.

No obstante la vigencia contractual, el Fondo Nacional de Salud, podrá terminar anticipadamente el contrato en los siguientes casos:

- a) Quiebra o estado de notoria insolvencia del prestador, verificada por el Fondo Nacional de Salud, a menos que se mejoren las cauciones entregadas o las existentes sean suficientes para garantizar el cumplimiento del contrato.
- b) Disolución de la Sociedad del prestador.
- c) Resciliación o mutuo acuerdo entre Fonasa y el contratado.
- d) Disminución notoria, evaluada y certificada por FONASA, de las capacidades técnicas del prestador (equipos, infraestructura, profesionales) que vaya en desmedro de la calidad de atención del asegurado, y no subsanado en el plazo establecido en el plazo de 30 días corridos, plazo durante el cual FONASA evaluará suspender derivaciones al prestador.
- e) Por caso fortuito o fuerza mayor, por razones de ley o actos de autoridad que hagan imperioso terminarlo.

- f) Incumplimiento de la cláusula de confidencialidad señalada en el contrato.
- g) No reponer oportunamente la totalidad de la Garantía de Fiel Cumplimiento del Contrato, dentro de los plazos, como consecuencia de prórroga de Contrato, cobro de multas, todo en virtud de lo señalado en el presente contrato.
- h) Registrar saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social con sus actuales trabajadores o con trabajadores contratados en los últimos dos años, a la mitad del período de ejecución del contrato, con un máximo de seis meses.
- i) Usar medios ilícitos en el ejercicio de las prestaciones contratadas, tales como inducir pacientes para la atención.
- j) Término de la vigencia de la Autorización Sanitaria.
- k) Haber sido condenado por prácticas antisindicales o infracción a los derechos fundamentales del trabajador.
- l) Si los representantes o el personal dependiente del prestador, no observan los más altos niveles éticos o cometen actos de fraude, corrupción, soborno, extorsión, coerción o colusión.
- m) Haber sido objeto de la aplicación de 2 multas durante 6 meses, 4 multas durante la vigencia del contrato.
- n) Incumplimiento por parte del prestador de las normas Legales, Reglamentarias y Administrativas que regulan la Modalidad de Atención Institucional.
- o) Cambio no autorizado en los servicios entregados o de los profesionales incluidos en la oferta.
- p) Incumplimiento de lo establecido en las cláusulas referidas a Subcontratación y Cesión del Contrato, respectivamente.
- q) No acompañar a los Estados de Pago, la documentación que acredite el cumplimiento de las obligaciones laborales y previsionales de los trabajadores, según el presente contrato.
- r) Cuando lo exija la seguridad nacional o el interés público.
- s) Incumplimiento grave de las obligaciones contraídas por el prestador, entendiéndose por tal la no ejecución o la ejecución parcial de una o más obligaciones que importe una vulneración a los elementos esenciales del contrato.
- t) En caso de una fiscalización por parte de FONASA, donde se verifique que tanto la infraestructura y/o equipamiento y/o recurso humano se encuentra en desmedro en la calidad de atención para el asegurado y no sea subsanada durante el transcurso de un plazo de 30 días hábiles dicha situación, FONASA podrá poner término anticipado al contrato, sin más trámite.

Verificada cualquiera de estas situaciones, el contrato terminará mediante Resolución fundada del Fondo Nacional de Salud, y hará efectiva sin más trámite, la Garantía de Fiel Cumplimiento; salvo que la causal invocada sea la señalada en la letra c) o e) o r). Con todo el Fondo Nacional de Salud, podrá poner unilateralmente término anticipado al contrato, mediante resolución fundada y con un aviso previo de 30 días.

DÉCIMO PRIMERO: Administrador del Contrato.

El Fondo Nacional de Salud supervisará el buen cumplimiento del contrato, para lo cual se designa como Administrador del Contrato quien delegue el Jefe del Sub-departamento de Gestión Comercial, o quien le subrogue.

Las funciones del administrador del contrato incluirán, entre otras:

- Coordinar las acciones pertinentes entre el FONASA y el prestador.
- Resolver los descargos en el caso de aplicación de multas.
- Exigir y fiscalizar el estricto cumplimiento del contrato, en todos sus aspectos, en coordinación con el Departamento de Control y Calidad de las Prestaciones de FONASA.
- Supervisar la adecuada aplicación del mecanismo de facturación y pago de los servicios convenidos.

Para fiscalizar el correcto cumplimiento del contrato, el prestador deberá proporcionar al Fondo Nacional de Salud, toda la información que éste le requiera, estando expresamente facultado para efectuar visitas de inspección, revisar fichas clínicas, y recabar todo otro antecedente que se estime pertinente, debiendo dársele todas las facilidades del caso especialmente a lo requerido por el Administrador del Contrato.

Coordinador del Contrato:

El prestador deberá designar un Coordinador del Contrato, el que tendrá como función, a lo menos, las siguientes:

- Representar al prestador, en la discusión de las materias relacionadas con la ejecución del contrato.
- Establecer procedimientos para el control de la información manejada por las partes.
- Coordinar las acciones que sean pertinentes para la operación de este contrato.

Todo cambio, relativo a la designación del Coordinador, deberá ser informado al Administrador del Contrato, por el Representante Legal, dentro de las 24 horas siguientes, de efectuado el cambio.

DÉCIMO SEGUNDO: Mecanismos de fiscalización y control.

Para fiscalizar el correcto cumplimiento del contrato, el prestador deberá proporcionar al Fondo Nacional de Salud, toda la información que éste le requiera, estando expresamente facultado para efectuar visitas de inspección, revisar fichas clínicas, y recabar todo otro antecedente que se estime pertinente, debiendo dársele todas las facilidades del caso, especialmente a lo requerido por el Administrador del Contrato.

FONASA realizará, previo a la visación de la factura, auditorías al 100% de los casos Outliers y auditorías aleatorias al resto de la casuística. El prestador deberá poner a disposición del Fondo Nacional de Salud, toda la información que se requiera para estos efectos, de acuerdo al procedimiento establecido por FONASA.

DÉCIMO TERCERO: Cumplimiento de Obligaciones Laborales y Previsionales.

El prestador deberá cumplir estrictamente con las normas laborales y previsionales que regulen su actividad y calidad de empleador, los trabajadores del prestador no tendrán ninguna relación o vínculo laboral con FONASA. En caso de que el prestador registre saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social con sus actuales trabajadores o con trabajadores contratados en los últimos dos años, los primeros estados de pago producto del contrato licitado deberán ser destinados al pago de dichas obligaciones, debiendo el prestador acreditar que la totalidad de las obligaciones se encuentran pagadas al cumplirse la mitad del período de ejecución del contrato, con un máximo de seis meses. De lo contrario, será causal de término anticipado según el contrato.

El Fondo Nacional de Salud tendrá la facultad de pedir informes al prestador sobre el cumplimiento de las obligaciones laborales y previsionales de los trabajadores, en el caso que éste no acredite el cumplimiento íntegro de dichas obligaciones, el Fondo podrá retener los dineros necesarios para poder pagar lo adeudado a los trabajadores o a la institución previsional acreedora, conforme a lo establecido en el Código del Trabajo.

Se deja expresa constancia que no habrá vínculo laboral, ni relación de dependencia o subordinación de ninguna especie entre el personal que el contratista emplee en la ejecución de los servicios y FONASA.

DÉCIMO CUARTO: Facultad para Subcontratar.

El prestador podrá subcontratar uno o más de los servicios de apoyo necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la licitación. En ningún caso podrá subcontratarse el servicio contratado.

Debe someterse a análisis y autorización del Fondo Nacional de Salud toda subcontratación propuesta por el prestador, tanto al presentar su Propuesta como posteriormente, durante la vigencia del contrato.

El Subcontratista deberá estar inscrito en el registro de proveedores de la Dirección de Compras y Contrataciones Públicas, para que el Fondo Nacional de Salud pueda autorizar su subcontratación.

La autorización que otorgue el Fondo Nacional de Salud al prestador para subcontratar, se efectuará mediante carta remitida al prestador suscrita por el Director del Fondo Nacional de Salud, o por quien este delegue. En todo caso, será el prestador quien tendrá la responsabilidad ante el Fondo Nacional de Salud, por la calidad, contenido y oportunidad de los productos exigidos.

La contratación de terceros por parte del prestador en calidad de subcontratistas que trabajen con él en las materias de esta licitación, así mismo sólo puede referirse a una parcialidad del contrato y no libera al prestador de la responsabilidad ante el Fondo Nacional de Salud en relación a los plazos, contenido y calidad de los servicios, productos u otras materias subcontratadas. El Fondo Nacional de Salud, así como puede rechazar la solicitud del prestador, en cuanto a contratar a algún subcontratista, también puede exigir fundadamente su reemplazo, en caso de servicio deficientemente otorgado.

En caso que el prestador utilice los servicios de terceros, arriendo de computadores u otros equipos, o de especialistas de cualquier índole, será la única y total responsable por dichos servicios, del cumplimiento de los plazos y de la correcta y oportuna coordinación de los mismos con los trabajos que efectúa directamente y del pago de las sumas de dinero que puedan adeudarse o anticiparse a los subcontratistas por tales servicios, como igualmente de los impuestos de cualquier naturaleza que los pudieran gravar, y responsabilidades laborales, así como de los daños que ellos ocasionasen a las instalaciones o intereses del Fondo Nacional de Salud. Todo lo anterior sin perjuicio de la aplicación de la ley de subcontratación.

DÉCIMO QUINTO: Prohibición de Cesión.

El prestador no podrá ceder el contrato, ni total ni parcialmente a ninguna persona natural o jurídica, de igual modo no podrá subcontratar una vez adjudicado y contratado, sin perjuicio de lo señalado en las presentes Bases en lo referente a servicios de apoyo.

DÉCIMO SEXTO: Confidencialidad de la Información.

La información y todos los antecedentes que los participantes obtengan con motivo de esta licitación, tienen carácter de estrictamente confidencial y privado, razón por la cual está expresamente prohibido comentarla o difundirla por cualquier medio y bajo cualquier circunstancia; reservándose el Fondo Nacional de Salud, el ejercicio de acciones civiles y penales en caso de infracción. Igual obligación le asistirá al oferente o prestador durante la vigencia del contrato y aún después de su término.

La información, resultados y documentos generados como producto de la ejecución del Contrato son de propiedad exclusiva del Fondo Nacional de Salud. El proveedor, no podrá disponer de ese material ni usarlo en forma alguna, sin la autorización por escrito del Administrador del Contrato.

DÉCIMO SÉPTIMO: Declaración de la Empresa y Constancia.

En este mismo acto y para los efectos de lo dispuesto en el artículo 4° de la Ley N° 19.886, el prestador viene en declarar bajo juramento que no se encuentra afecta a ninguna de las inhabilidades previstas en la aludida norma, no teniendo entre sus socios a una o más personas que tengan la calidad de funcionarios directivos de FONASA, ni que estén unidas a ellos por los vínculos de parentesco descritos en la letra b) del artículo 54 de la ley N° 18.575, Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; ni constituir una sociedad de personas de las que aquéllos o éstas formen parte, ni una sociedad comandita por acciones o anónimas cerradas en la que aquéllos o éstas sean accionistas, ni una sociedad anónima abierta en que aquéllos o éstas sean dueños de acciones que representen el 10% o más del capital, ni gerentes, administradores, representantes o directores de cualquiera de las sociedades antedichas. Como, asimismo, que no ha sido condenada por infracción a los derechos fundamentales del trabajador, dentro de los anteriores dos años. Declara además, que no se encuentra condenada a alguna de las penas establecidas en el artículo 8° de la Ley N° 20.393, que establece la Responsabilidad Penal de las Personas Jurídicas en los Delitos de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Delitos de Cohecho.

En este mismo acto, el prestador declara no registrar deudas fiscales.

Asimismo, declara que no presenta condenas en el Registro de "Empresas Condenadas Por Prácticas Antisindicales", que lleva la Dirección del Trabajo, por prácticas de tal naturaleza, dentro de los dos años anteriores.

DÉCIMO OCTAVO: Domicilio y Competencia.

Para todos los efectos legales, las partes fijan su domicilio en la ciudad y comuna de Santiago y se someten a la jurisdicción y competencia de los Tribunales Ordinarios de Justicia.

Cualquier disputa, controversia o diferencia relativa al significado, interpretación, aplicación, ejecución, cumplimiento o incumplimiento de las cláusulas, obligaciones y derechos que emanen de este contrato, estarán sujetas y serán resueltas de acuerdo con el ordenamiento jurídico de la República de Chile.

DÉCIMO NOVENO: Ejemplares del Contrato.

El presente contrato se firma en 3 (tres) ejemplares del mismo tenor y fecha, quedando 2 (dos) en poder de FONASA y uno en poder del prestador.

VIGÉSIMO: Personerías.

La personería de la Doctora **Jeanette Vega Morales** para representar a FONASA en la presente contratación, consta en Decreto Supremo N° 46 de 2014, del Ministerio de Salud.

La personería de don **Luis Barrientos García**, como representante legal del prestador, consta en acta de la sesión extraordinaria de directorio, de fecha 20 de abril de 2012, reducida a escritura pública con fecha 15 de mayo de 2012, ante el Notario Público de Santiago, don Jaime Morandé Orrego.

Los documentos antes citados no se insertan por ser conocidos de las partes.

2.- **ÍMPÚTESE** el gasto que irroque la contratación que por este acto se aprueba, será imputado al Subtítulo 24, Transferencias Corrientes; ítem 01, Sector Privado; Asignación 010, Convenios de Prestaciones Médicas; del Presupuesto vigente del Fondo Nacional de Salud, según Certificado de Refrendación Presupuestaria emitido con fecha 06 Enero 2015.

3.- Publíquese la presente Resolución una vez que esté totalmente tramitada, en el portal www.mercadopublico.cl.

TOMESE RAZON, ANÓTESE, COMUNÍQUESE, PUBLIQUESE Y ARCHÍVESE,

Jeanette Vega
DRA. JEANETTE VEGA MORALES
DIRECTORA NACIONAL
FONAS FONDO NACIONAL DE SALUD
DIRECTORA

J. C. M.
LBR/VCG/CMV/NDR/MPL/mop

DISTRIBUCIÓN:

- * Contraloría General de la República
- * Departamento Fiscalía
- * Dpto. Gestión de las Personas, Administración y Finanzas
- * Depto. Comercialización
- * Subdepto. Gestión Comercial
- * Subdepto. Administración
- * Sección Compras y Abastecimiento
- * Marcela Orden, Sección Compras y Abastecimiento
- * Gloria Wasaff, Sección Compras y Abastecimiento
- * Oficina de Partes

Ing. N° 420