



Gobierno de Chile

DIVISION JURIDICA

COMITE 5

JEFE

21 ABR. 2016

CONTRALORIA GENERAL
OFICINA GENERAL DE PARTES

20 ABR 2016



Fonasa

86 19.ABR2016

RESOLUCIÓN 4A/N°



MAT.: APRUEBA CONVENIO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE RESOLUCIÓN DE PATOLOGÍAS AGUDAS O AGUDIZADAS, A TRAVÉS DE MECANISMO DE PAGO POR GRUPOS RELACIONADOS (GRD), SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE Y EL FONDO NACIONAL DE SALUD.

VISTOS: Lo dispuesto en el D.F.L. N°1/2005, de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; en los Decretos Leyes N° 3.500 y 3.501 de 1980, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social; las facultades que me confiere el Decreto Supremo N° 46/2014 del Ministerio de Salud; la Ley N° 20.882, del Ministerio de Hacienda, que fija el presupuesto para el sector público año 2016; la Resolución Exenta 3A/N° 35/2016 del Fondo Nacional de Salud; lo señalado en la Resolución N° 1.600/2008, que fija normas sobre exención del trámite de toma de razón del de la Contraloría General de la República; y

CONSIDERANDO:

1. Que, 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.

2. Que, para dar cumplimiento a sus funciones, requiere contar con 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.

3. Que, considerando las disposiciones legales vigentes de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, la Ley N° 19.880 que establece las Bases de los Procedimientos Administrativos que Rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado, y teniendo presente el principio de cooperación, coordinación y eficiencia que informan las relaciones entre los distintos organismos que conforman la Administración del Estado, y de acuerdo a la facultad contenida en el artículo 53 del DFL N° 1/2005 del Ministerio de Salud, para el cumplimiento de los fines y funciones del Fondo; FONASA puede celebrar convenios con organismos o entidades públicas, para proveer prestaciones de salud en la Modalidad de Atención Institucional.

4. Que, la Universidad de Chile, tiene bajo su dependencia administrativa al "Hospital Clínico de la Universidad de Chile", en calle Santos Dumont N° 999, comuna de Independencia, que tiene por misión ser el

principal Hospital Universitario del país que, junto con la formación de profesionales de la salud de excelencia, la investigación y la mejor práctica clínica, otorgue a la comunidad soluciones integrales de salud y que además posee la infraestructura, profesionales, capacidad técnica y experiencia para otorgar prestaciones de salud relacionadas con patologías agudas o agudizadas través de mecanismo de pago por grupos relacionados (GRD).

5. Que, en virtud de lo reseñado precedentemente, con fecha 31 de marzo de 2016, el Fondo Nacional de Salud y el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, suscribieron un convenio de para la prestación de servicios de salud de resolución de patologías agudas o agudizadas, a través de mecanismo de pago por grupos relacionados (GRD).

6. Que, por razones de buen servicio y en virtud de mis facultades legales; dicto la siguiente,

RESOLUCIÓN:

1° APRUÉBASE, el Convenio de para la prestación de servicios de salud de resolución de patologías agudas o agudizadas, a través de mecanismo de pago por grupos relacionados (GRD), suscrito entre el Fondo Nacional de Salud y el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, cuyo texto es del siguiente tenor:

CONVENIO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE RESOLUCIÓN DE PATOLOGÍAS AGUDAS O AGUDIZADAS, A TRAVÉS DE MECANISMO DE PAGO POR GRUPOS RELACIONADOS (GRD)

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

Y

FONDO NACIONAL DE SALUD

En Santiago, a 31 de marzo de 2016, 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° 6.441.949-8, ambos con domicilio en calle Monjitas N° 665, comuna de Santiago, en adelante "FONASA", y el **HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE**, RUT 60.910.000-1, representada por su Director General, don **Jorge Elías Hasbun Hernández**, cédula nacional de identidad N° 4.332.384-9, ambos con domicilio en calle Santos Dumont N° 999, comuna de Independencia, en adelante, "el Hospital"; y en conjunto denominadas "Las partes", expresan que han acordado el siguiente convenio 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, requiere contar con 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 su parte el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, tiene por misión ser el principal Hospital Universitario del país que, junto con la formación de profesionales de la salud de excelencia, la investigación y la mejor práctica clínica, otorgue a la comunidad soluciones integrales de salud.

Considerando las disposiciones legales vigentes, Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, Ley N° 19.880 que establece las Bases de los Procedimientos Administrativos que Rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado, y teniendo presente el principio de cooperación, gratuidad, coordinación y eficiencia que informan las relaciones entre los distintos organismos que conforman la Administración del Estado, las partes han de convenir el presente compromiso para la prestación del servicio de salud con resolución de patologías agudas o agudizadas, a través de mecanismo de pago por grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) y así contribuir a que las partes desarrollen en forma más eficiente sus funciones legales.

SEGUNDO: Convenio y documentos que integran el convenio.

Para la ejecución de los servicios, el Hospital deberá sujetarse a las condiciones pactadas en el presente Convenio 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:

- Términos de referencia del Convenio.
- Oficio N° 006 de fecha 01 de febrero de 2016, con indicación del precio por los servicios.

TERCERO: Objeto del Convenio.

Mediante el presente instrumento FONASA y el Hospital acuerda que por un período de 10 (diez) meses, el Hospital prestará un servicio de salud para la resolución de patologías agudas o agudizadas de pacientes en estado crítico derivados por vía UGCC 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 Convenio, FONASA no garantiza un número determinado de resoluciones diagnósticas, dada la naturaleza del servicio.

Asimismo, los servicios contemplados en el Convenio 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 los términos de referencia como servicios de apoyo o complementarios en el caso de atención del parto.

CUARTO: Descripción de los Servicios del Convenio.

En virtud del presente Convenio, el Hospital 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).

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

Resolución diagnóstica de patologías agudas o agudizadas de paciente neonato en estado crítico, corresponde a aquella prestación de salud, que se otorga dentro de las dependencias de una Unidad de Neonatología, definida para la internación y atención de pacientes neonatos críticos e inestables, cuyo estado clínico tiene características de extrema gravedad.

La prestación corresponde a la hospitalización, en unidad de cuidados intensivos (U.C.I.) neonatológica y/o unidad de cuidados intermedios (UTI) neonatológica.

Es una unidad altamente especializada y dotada de equipos y tecnologías asociados a su complejidad, tanto en cantidad como en calidad; especializada, con personal igualmente capacitado (médicos, enfermeras, kinesiólogos y técnicos paramédicos), con residencia médica permanente (las 24 horas), así como tecnología adecuada a su complejidad.

Esta Unidad, deberá estar integrada a una Maternidad, que cumpla con las condiciones técnicas descritas en las "características específicas técnicas del servicio de maternidad" que se establecen más adelante. Además deberá poseer acceso a interconsultores de diferentes especialidades y subespecialidades pediátricas más habituales, que asistan al neonato en la misma Unidad.

Su objetivo es "proporcionar todos los cuidados profesionales necesarios, durante las 24 horas del día, en forma eficaz y oportuna, a recién nacidos enfermos cuya condición patológica afecta uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial su vida y que presenta condiciones de reversibilidad, que hacen necesaria la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado".

El Hospital 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.

El Hospital, 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 en Convenio.

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 Hospital.

El Hospital, cuenta 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 Hospital 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, dispone 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 Hospital, 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 Hospital 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 Hospital.

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

Proceso de derivación:

La derivación de pacientes, 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 Cardiopatía Congénita, o aquellos pacientes con Garantías Explícitas de Salud (GES) Gran Quemado y Trasplantes, no podrán ser derivados en virtud del presente Convenio, 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 Hospital (equipos, infraestructura, profesionales) que vaya en desmedro de la calidad de atención del asegurado, se solicitará al Hospital subsanar en el plazo establecido de 30 días corridos la falencia, plazo durante el cual FONASA podrá suspender derivaciones al Hospital .

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 Hospital 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 Hospital 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 Hospital 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 Hospital 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 Hospital 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 Hospital:

Se deja claramente establecido, que desde que el paciente beneficiario de FONASA ingresa a las dependencias del Hospital 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 Convenio, al pago de las indemnizaciones que resulten de las demandas interpuestas en contra del Hospital, por los servicios materia del presente convenio.

Proceso de registro de las prestaciones:

El Hospital, 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 Hospital, 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 Hospital entregarle al paciente o a su acompañante una epicrisis con informe médico que resuma diagnóstico, exámenes, procedimientos, tratamiento efectuado y evolución del cuadro médico.

Finalmente, el Hospital suministrará todos los materiales, accesorios, herramientas, equipos, necesarios para la correcta prestación de los servicios. FONASA podrá constatar in situ todo lo ofertado e indicado por el Hospital en su oferta y lo establecido en el presente Convenio.

En caso de que un paciente requiera de una prestación que exceda la capacidad resolutoria del Hospital donde se encuentra, se deberá avisar a la UGCC, quienes realizarán las gestiones necesarias para determinar otro Hospital, público o privado. El

traslado del paciente estará a cargo del Hospital privado de origen en primer lugar y del Hospital 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 Convenio. 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 Convenio.

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 Convenio.

El Convenio tendrá vigencia de 10 (diez) 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 Convenio, 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, la ejecución del presente Convenio podrá comenzar 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 Convenio, es decir, una vez tomado razón por Contraloría General de la República.

No se entregarán anticipos de ninguna especie.

SEXTO: Precio y Forma de pago.

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

Precio Base: **\$5.950.000.- (cinco 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 estadias 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 Hospital 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 Hospital, 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 Hospital, 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 periodo 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 Hospital 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 Hospital 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 cardíaca	\$ 15.707.180.-
Desfibrilador DDD con resincronización cardíaca	\$ 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 Hospital 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 del Convenio.

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 Hospital.
- 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 Hospital 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 Hospital, 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 N° 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 V°B° del Administrador del Convenio. De ser rechazada por contener errores o por mantener el Hospital 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 Convenio 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 Convenio, supone aceptación de este plazo.

NOVENO: Término anticipado del Convenio.

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

- a) Quiebra o estado de notoria insolvencia del Hospital, 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 Convenio.
- b) Disolución del Hospital.

- c) Resciliación o mutuo acuerdo entre Fonasa y el contratado.
- d) Disminución notoria, evaluada y certificada por FONASA, de las capacidades técnicas del Hospital (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 Hospital .
- 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 Convenio.
- g) 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 Convenio, con un máximo de seis meses.
- h) Usar medios ilícitos en el ejercicio de las prestaciones contratadas, tales como inducir pacientes para la atención.
- i) Término de la vigencia de la Autorización Sanitaria.
- j) Haber sido condenado por prácticas antisindicales o infracción a los derechos fundamentales del trabajador.
- k) Si los representantes o el personal dependiente del Hospital , no observan los más altos niveles éticos o cometen actos de fraude, corrupción, soborno, extorsión, coerción o colusión.
- l) Haber sido objeto de la aplicación de 2 multas durante 6 meses, 4 multas durante la vigencia del Convenio.
- m) Incumplimiento por parte del Hospital de las normas Legales, Reglamentarias y Administrativas que regulan la Modalidad de Atención Institucional.
- n) Cambio no autorizado en los servicios entregados o de los profesionales incluidos en la oferta.
- o) Incumplimiento de lo establecido en las cláusulas referidas a Subcontratación y Cesión del Convenio, respectivamente.
- p) 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 Convenio.
- q) Cuando lo exija la seguridad nacional o el interés público.
- r) Incumplimiento grave de las obligaciones contraídas por el Hospital , entendiéndose por tal la no ejecución o la ejecución parcial de una o más obligaciones que importe una vulneración a los elementos esenciales del Convenio.
- s) 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 Convenio, sin más trámite.

Verificada cualquiera de estas situaciones, el Convenio terminará mediante Resolución fundada del Fondo Nacional de Salud; 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 Convenio, mediante resolución fundada y con un aviso previo de 30 días.

DÉCIMO: Administrador del Convenio.

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

Las funciones del administrador del Convenio incluirán, entre otras:

- Coordinar las acciones pertinentes entre el FONASA y el Hospital.
- Resolver los descargos en el caso de aplicación de multas.
- Exigir y fiscalizar el estricto cumplimiento del Convenio, 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 Convenio, el Hospital 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 Convenio.

Coordinador del Convenio:

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

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

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

DÉCIMO PRIMERO: Mecanismos de fiscalización y control.

Para fiscalizar el correcto cumplimiento del Convenio, el Hospital 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 Convenio.

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 Hospital 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 SEGUNDO: Término y finiquito de Convenio que indica.

Por el presente instrumento, los comparecientes han acordado, poner término anticipado al Convenio suscrito con fecha de 13 de junio de 2013, para la prestación del servicio de atención día cama hospitalización integral y días cama socio-sanitarias ID: 591-9-LP13.

Esto se fundamentan en:

- La eficiencia de la resolución diagnóstica caracterizada por la integralidad de la atención hasta el egreso hospitalario o alta domiciliaria del beneficiario.
- Mejor calidad de atención del beneficiario y de los resultados sanitarios para el mismo.

- Evita el pago adicional de servicios por parte del Hospital de origen como del Servicio de Salud de cuentas adicionales.
- La capacidad resolutive del prestador permite resolver necesidades de salud de los beneficiarios en su región de origen y a nivel nacional.

DÉCIMO TERCERO: Cumplimiento de Obligaciones Laborales y Previsionales.

El Hospital deberá cumplir estrictamente con las normas laborales y previsionales que regulen su actividad y calidad de empleador, los trabajadores del Hospital no tendrán ninguna relación o vínculo laboral con FONASA. En caso de que el Hospital 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 Convenio deberán ser destinados al pago de dichas obligaciones, debiendo el Hospital acreditar que la totalidad de las obligaciones se encuentran pagadas al cumplirse la mitad del período de ejecución del Convenio, con un máximo de seis meses. De lo contrario, será causal de término anticipado según el Convenio.

El Fondo Nacional de Salud tendrá la facultad de pedir informes al Hospital 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 Hospital podrá subcontratar uno o más de los servicios de apoyo necesarios para el cumplimiento de los objetivos del Convenio. En ningún caso podrá subcontratarse el servicio Convenido.

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

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 Hospital para subcontratar, se efectuará mediante carta remitida al Hospital suscrita por el Director del Fondo Nacional de Salud, o por quién este delegue. En todo caso, será el Hospital 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 Hospital en calidad de subcontratistas que trabajen con él en las materias de este Convenio, así mismo sólo puede referirse a una parcialidad del Convenio y no libera al Hospital 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 Hospital, en cuanto a contratar a algún subcontratista, también puede exigir fundadamente su reemplazo, en caso de servicio deficientemente otorgado.

En caso que el Hospital 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 Hospital no podrá ceder el Convenio, 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 deriven del presente Convenio, 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 u Hospital durante la vigencia del Convenio y aún después de su término.

La información, resultados y documentos generados como producto de la ejecución del Convenio 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 Convenio.

DÉCIMO SÉPTIMO: Declaración de la Empresa y Constancia.

En este mismo acto y para los efectos de lo dispuesto en el artículo 4º de la Ley N° 19.886, el Hospital 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 8º 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 Hospital 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 Convenio, estarán sujetas y serán resueltas de acuerdo con el ordenamiento jurídico de la República de Chile.

DÉCIMO NOVENO: Ejemplares del Convenio.

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

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.

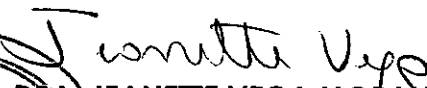

La personería de don **Jorge Elías Hasbun Hernández**, como Director General del Hospital, consta en el Decreto N° 383 del 14 de enero de 2015, de la Universidad de Chile.

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

2° IMPÚTESE, el gasto que irroque la ejecución del convenio de para la prestación de servicios de salud de resolución de patologías agudas o agudizadas, a través de mecanismo de pago por grupos relacionados (GRD), a la partida del presupuesto del Fondo Nacional de Salud del año 2016 y al subtítulo 22, ítem 01, asignación 010: Convenio Compras Prestaciones no AUGE.

Respecto a los cargos del presupuesto para los años siguientes, con los recursos que se consulten para ello, de acuerdo a los presupuestos autorizados para el Fondo Nacional de Salud, y siempre que se cumplan las condiciones establecidas para el desembolso.

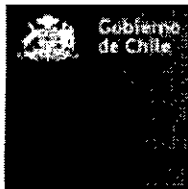
TÓMESE RAZÓN, ANÓTESE, COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y ARCHÍVESE


DRA. JEANETTE VEGA MORALES
DIRECTORA NACIONAL
FONDO NACIONAL DE SALUD

DIRECTORA


GRA/CMV/NDR/SPCH/CBG
DISTRIBUCIÓN

- Contraloría General de la República
- Dirección Nacional FONASA
- Depto. Comercialización
- Subdepto. Gestión Comercial
- Depto. de Fiscalía
- Oficina de Partes





CONVENIO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE RESOLUCIÓN DE PATOLOGÍAS AGUDAS O AGUDIZADAS, A TRAVÉS DE MECANISMO DE PAGO POR GRUPOS RELACIONADOS (GRD)

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

Y

FONDO NACIONAL DE SALUD

En Santiago, a 31 de marzo de 2016, 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° 6.441.949-8, ambos con domicilio en calle Monjitas N° 665, comuna de Santiago, en adelante "FONASA", y el **HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE**, RUT 60.910.000-1, representada por su Director General, don **Jorge Elías Hasbun Hernández**, cédula nacional de identidad N° 4.332.384-9, ambos con domicilio en calle Santos Dumont N° 999, comuna de Independencia, en adelante, "el Hospital"; y en conjunto denominadas "Las partes", expresan que han acordado el siguiente convenio 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, requiere contar con 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 su parte el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, tiene por misión ser el principal Hospital Universitario del país que, junto con la formación de profesionales de la salud de excelencia, la investigación y la mejor práctica clínica, otorgue a la comunidad soluciones integrales de salud.

Considerando las disposiciones legales vigentes, Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, Ley N° 19.880 que establece las Bases de los Procedimientos Administrativos que Rigen los Actos de los Órganos de la Administración

del Estado, y teniendo presente el principio de cooperación, gratuidad, coordinación y eficiencia que informan las relaciones entre los distintos organismos que conforman la Administración del Estado, las partes han de convenir el presente compromiso para la prestación del servicio de salud con resolución de patologías agudas o agudizadas, a través de mecanismo de pago por grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) y así contribuir a que las partes desarrollen en forma más eficiente sus funciones legales.

SEGUNDO: Convenio y documentos que integran el convenio.

Para la ejecución de los servicios, el Hospital deberá sujetarse a las condiciones pactadas en el presente Convenio 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:

- Términos de referencia del Convenio.
- Oficio N° 006 de fecha 01 de febrero de 2016, con indicación del precio por los servicios.

TERCERO: Objeto del Convenio.

Mediante el presente instrumento FONASA y el Hospital acuerda que por un período de 10 (diez) meses, el Hospital prestará un servicio de salud para la resolución de patologías agudas o agudizadas de pacientes en estado crítico derivados por vía UGCC 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 Convenio, FONASA no garantiza un número determinado de resoluciones diagnósticas, dada la naturaleza del servicio.

Asimismo, los servicios contemplados en el Convenio 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 los términos de referencia como servicios de apoyo o complementarios en el caso de atención del parto.

CUARTO: Descripción de los Servicios del Convenio.

En virtud del presente Convenio, el Hospital 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).

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

Resolución diagnóstica de patologías agudas o agudizadas de paciente neonato en estado crítico, corresponde a aquella prestación de salud, que se otorga dentro de las dependencias de una Unidad de Neonatología, definida para la internación y atención de pacientes neonatos críticos e inestables, cuyo estado clínico tiene características de extrema gravedad.

La prestación corresponde a la hospitalización, en unidad de cuidados intensivos (U.C.I.) neonatológica y/o unidad de cuidados intermedios (UTI) neonatológica.

Es una unidad altamente especializada y dotada de equipos y tecnologías asociados a su complejidad, tanto en cantidad como en calidad; especializada, con personal igualmente capacitado (médicos, enfermeras, kinesiólogos y técnicos paramédicos), con residencia médica permanente (las 24 horas), así como tecnología adecuada a su complejidad.

Esta Unidad, deberá estar integrada a una Maternidad, que cumpla con las condiciones técnicas descritas en las "características específicas técnicas del servicio de maternidad" que se establecen más adelante. Además deberá poseer acceso a interconsultores de diferentes especialidades y subespecialidades pediátricas más habituales, que asistan al neonato en la misma Unidad.

Su objetivo es "proporcionar todos los cuidados profesionales necesarios, durante las 24 horas del día, en forma eficaz y oportuna, a recién nacidos enfermos cuya condición patológica afecta uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial su vida y que presenta condiciones de reversibilidad, que hacen necesaria la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado".

El Hospital 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.

El Hospital, 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 en Convenio.

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 Hospital.

El Hospital, cuenta 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 Hospital 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, dispone 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 Hospital, 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 Hospital 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 Hospital.

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

Proceso de derivación:

La derivación de pacientes, 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 Cardiopatía Congénita, o aquellos pacientes con Garantías Explícitas de Salud (GES) Gran Quemado y Trasplantes, no podrán ser derivados en virtud del presente Convenio, 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 Hospital (equipos, infraestructura, profesionales) que vaya en desmedro de la calidad de atención del asegurado, se solicitará al Hospital subsanar en el plazo establecido de 30 días corridos la falencia, plazo durante el cual FONASA podrá suspender derivaciones al Hospital .

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 Hospital 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 Hospital 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 Hospital 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 Hospital 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 Hospital 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 Hospital:

Se deja claramente establecido, que desde que el paciente beneficiario de FONASA ingresa a las dependencias del Hospital 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 Convenio, al pago de las indemnizaciones que resulten de las demandas interpuestas en contra del Hospital, por los servicios materia del presente convenio.

Proceso de registro de las prestaciones:

El Hospital, 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 Hospital, 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 Hospital entregarle al paciente o a su acompañante una epicrisis con informe médico que resuma diagnóstico, exámenes, procedimientos, tratamiento efectuado y evolución del cuadro médico.

Finalmente, el Hospital 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 Hospital en su oferta y lo establecido en el presente Convenio.

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

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 Convenio.

El Convenio tendrá vigencia de 10 (diez) 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 Convenio, 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, la ejecución del presente Convenio podrá comenzar 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 Convenio, es decir, una vez tomado razón por Contraloría General de la República.

No se entregarán anticipos de ninguna especie.

SEXTO: Precio y Forma de pago.

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

Precio Base: **\$5.950.000.- (cinco 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 Hospital por el peso relativo del GRD respectivo, de acuerdo con la siguiente expresión:

$$\text{Valor del GRD} = \text{Precio Base Ofertado} * \text{Peso Relativo GRD}$$

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 Hospital, 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 Hospital, 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 periodo 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 Hospital 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 Hospital 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 Hospital 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 del Convenio.

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 Hospital.
- 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 Hospital 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 Hospital, 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 N° 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 V°B° del Administrador del Convenio. De ser rechazada por contener errores o por mantener el Hospital 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 Convenio 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 Convenio, supone aceptación de este plazo.

NOVENO: Término anticipado del Convenio.

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

- a) Quiebra o estado de notoria insolvencia del Hospital, 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 Convenio.
- b) Disolución del Hospital.
- c) Resciliación o mutuo acuerdo entre Fonasa y el contratado.
- d) Disminución notoria, evaluada y certificada por FONASA, de las capacidades técnicas del Hospital (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 Hospital .
- 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 Convenio.
- g) 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 Convenio, con un máximo de seis meses.

- h) Usar medios ilícitos en el ejercicio de las prestaciones contratadas, tales como inducir pacientes para la atención.
- i) Término de la vigencia de la Autorización Sanitaria.
- j) Haber sido condenado por prácticas antisindicales o infracción a los derechos fundamentales del trabajador.
- k) Si los representantes o el personal dependiente del Hospital , no observan los más altos niveles éticos o cometen actos de fraude, corrupción, soborno, extorsión, coerción o colusión.
- l) Haber sido objeto de la aplicación de 2 multas durante 6 meses, 4 multas durante la vigencia del Convenio.
- m) Incumplimiento por parte del Hospital de las normas Legales, Reglamentarias y Administrativas que regulan la Modalidad de Atención Institucional.
- n) Cambio no autorizado en los servicios entregados o de los profesionales incluidos en la oferta.
- o) Incumplimiento de lo establecido en las cláusulas referidas a Subcontratación y Cesión del Convenio, respectivamente.
- p) 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 Convenio.
- q) Cuando lo exija la seguridad nacional o el interés público.
- r) Incumplimiento grave de las obligaciones contraídas por el Hospital , entendiéndose por tal la no ejecución o la ejecución parcial de una o más obligaciones que importe una vulneración a los elementos esenciales del Convenio.
- s) 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 Convenio, sin más trámite.

Verificada cualquiera de estas situaciones, el Convenio terminará mediante Resolución fundada del Fondo Nacional de Salud; 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 Convenio, mediante resolución fundada y con un aviso previo de 30 días.

DÉCIMO: Administrador del Convenio.

El Fondo Nacional de Salud supervisará el buen cumplimiento del Convenio, para lo cual se designa como Administrador del Convenio quien delegue el Jefe del Subdepartamento de Gestión Comercial, o quien le subrogue.

Las funciones del administrador del Convenio incluirán, entre otras:

- Coordinar las acciones pertinentes entre el FONASA y el Hospital.
- Resolver los descargos en el caso de aplicación de multas.
- Exigir y fiscalizar el estricto cumplimiento del Convenio, 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 Convenio, el Hospital 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 Convenio.

Coordinador del Convenio:

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

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

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

DÉCIMO PRIMERO: Mecanismos de fiscalización y control.

Para fiscalizar el correcto cumplimiento del Convenio, el Hospital 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 Convenio.

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 Hospital 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 SEGUNDO: Término y finiquito de Convenio que indica.

Por el presente instrumento, los comparecientes han acordado, poner término anticipado al Convenio suscrito con fecha de 13 de junio de 2013, para la prestación del servicio de atención día cama hospitalización integral y días cama socio-sanitarias ID: 591-9-LP13.

Esto se fundamentan en:

- La eficiencia de la resolución diagnóstica caracterizada por la integralidad de la atención hasta el egreso hospitalario o alta domiciliaria del beneficiario.
- Mejor calidad de atención del beneficiario y de los resultados sanitarios para el mismo.
- Evita el pago adicional de servicios por parte del Hospital de origen como del Servicio de Salud de cuentas adicionales.
- La capacidad resolutoria del prestador permite resolver necesidades de salud de los beneficiarios en su región de origen y a nivel nacional.

DÉCIMO TERCERO: Cumplimiento de Obligaciones Laborales y Previsionales.

El Hospital deberá cumplir estrictamente con las normas laborales y previsionales que regulen su actividad y calidad de empleador, los trabajadores del Hospital no tendrán ninguna relación o vínculo laboral con FONASA. En caso de que el Hospital 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 Convenio deberán ser destinados al pago de dichas obligaciones, debiendo el Hospital acreditar que la totalidad de las obligaciones se encuentran pagadas al cumplirse la mitad del período de ejecución del Convenio, con un máximo de seis meses. De lo contrario, será causal de término anticipado según el Convenio.

El Fondo Nacional de Salud tendrá la facultad de pedir informes al Hospital 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 Hospital podrá subcontratar uno o más de los servicios de apoyo necesarios para el cumplimiento de los objetivos del Convenio. En ningún caso podrá subcontratarse el servicio Convenido.

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

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 el Hospital para subcontratar, se efectuará mediante carta remitida el Hospital suscrita por el Director del Fondo Nacional

de Salud, o por quién este delegue. En todo caso, será el Hospital 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 Hospital en calidad de subcontratistas que trabajen con él en las materias de este Convenio, así mismo sólo puede referirse a una parcialidad del Convenio y no libera el Hospital 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 Hospital, en cuanto a contratar a algún subcontratista, también puede exigir fundadamente su reemplazo, en caso de servicio deficientemente otorgado.

En caso que el Hospital 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 Hospital no podrá ceder el Convenio, 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 deriven del presente Convenio, 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 u Hospital durante la vigencia del Convenio y aún después de su término.

La información, resultados y documentos generados como producto de la ejecución del Convenio 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 Convenio.

DÉCIMO SÉPTIMO: Declaración de la Empresa y Constancia.

En este mismo acto y para los efectos de lo dispuesto en el artículo 4º de la Ley Nº 19.886, el Hospital 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 Nº 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 Hospital 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 Convenio, estarán sujetas y serán resueltas de acuerdo con el ordenamiento jurídico de la República de Chile.

DÉCIMO NOVENO: Ejemplares del Convenio.

El presente Convenio se firma en 4 (cuatro) ejemplares del mismo tenor y fecha, quedando 2 (dos) en poder de FONASA y 2 (dos) en poder del Hospital.


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.

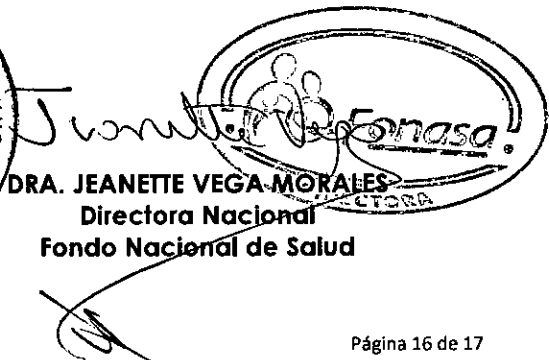
La personería de don **Jorge Elías Hasbun Hernández**, como Director General del Hospital, consta en el Decreto N° 383 del 14 de enero de 2015, de la Universidad de Chile.

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

PROF. DR. JORGE ELÍAS HASBUN HERNÁNDEZ
Director General
Hospital Clínico Universidad de Chile



DRA. JEANETTE VEGA MORALES
Directora Nacional
Fondo Nacional de Salud



RED
HOSPITAL CLINICO
UNIVERSIDAD DE CHILE
Experiencia que da vida

OFICIO N° 0061

ANT.:

MAT.: CONVENIO DE ATENCIÓN
PACIENTES POR GRD.

SANTIAGO, 01 FEB 2016

A: DRA. JEANETTE VEGA MORALES
DIRECTORA NACIONAL
FONDO NACIONAL DE SALUD

DE: EDUARDO NAVARRO LAGOS
GERENTE GENERAL
HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE


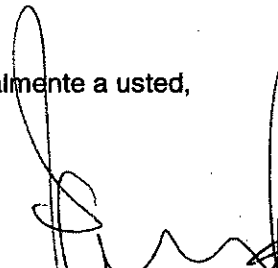
De mi consideración, por el presente informo a usted que Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCH), está disponible para realizar las siguientes prestaciones de Salud de Resolución De Patologías Con Mecanismo De Pago por Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) por un precio base de \$5.950.000.- (cinco millones novecientos cincuenta mil pesos)

La oferta de HCUCH y su precio bases se aplica para los 3 tipos de pacientes y todos los tipos de atención.

	Tipo de Paciente	Tipo de Atención
Resolución de patologías agudas o agudizadas en pacientes en estado crítico	Adulto	Médica
		Médico-quirúrgica
	Pediátrico	Médica
		Médico-quirúrgica
	Neonato	Médica
		Médico-quirúrgica

En espera de su favorable respuesta y agradeciendo de antemano su preferencia para trabajar con Hospital Clínico Universidad de Chile.

Saluda cordialmente a usted,



CARTA N° 064

Santiago, 23 MAR. 2016

Dra. Jeannette Vega
Directora FONASA
Presente

REF.: Aceptación Términos de
Referencia para contrato atención
con Mecanismo de pago GRD
2016

De mi consideración:

Por medio a la presente tengo a bien, informar a usted que Hospital Clínico de Universidad de Chile, acepta los términos para prestar servicio de salud con resolución de patologías agudas o agudizadas, a través de mecanismo de pago por grupos relacionados por el diagnóstico (GRD)

Esperando continuar ampliando nuestra relación de cooperación en el transcurso del año 2016, le saluda cordialmente.

PROF. DR. JORGE HASBUN
DIRECTOR
HOSPITAL CLÍNICO
UNIVERSIDAD DE CHILE




MBL/XBS
c.c.:

- Archivo



TERMINOS DE REFERENCIA PARA EJECUCIÓN DEL ACUERDO DE COLABORACIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA RESOLUCIÓN INTEGRAL DE PATOLOGÍAS A TRAVÉS DE MECANISMO DE PAGO POR GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO (GRD)

1. Antecedentes Generales de la Contratación.

El Fondo Nacional de Salud, para enfrentar adecuadamente su rol de asegurador público requiere contar con el servicio de salud de resolución integral de patologías agudas o agudizadas, a través de mecanismo de pago por GRD, para así complementar la oferta pública, y dar respuesta a la necesidad de los beneficiarios del Libro II del DFL N° 1/ 2005, que se atiendan bajo la Modalidad de Atención Institucional, y que son derivados por un establecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (S.N.S.S.) a través de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (U.G.C.C.) del Ministerio de Salud (MINSAL).

2. Convenio y documentos que integran la relación contractual.

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

- a) Carta de aceptación de términos de referencia con Oferta Económica del Precio Base.
- b) Cartera de servicios del Hospital

3. Objeto del Convenio

Mediante el presente instrumento FONASA acuerda, por un período de 10 (diez) meses un servicio de salud para la resolución integral de patologías agudas o agudizadas de pacientes en estado crítico a través de mecanismo de pago por GRD, derivados por vía UGCC y cuyo mecanismo de pago se realizará a través de GRD, según el precio base contemplado en el presente acuerdo de voluntades. Se hace presente que por la suscripción de este convenio FONASA no garantiza un número determinado de resoluciones diagnósticas, dada la naturaleza del convenio.

Asimismo, los servicios contemplados en el convenio 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, han sido abordados como servicios de apoyo o complementarios en el caso de atención del parto.

Se entenderá incluido: además de todas las prestaciones de salud que requiera, tales como consulta médica por especialista y/u otros profesionales y personal de salud, exámenes y/o procedimientos diagnósticos, tratamientos y traslados en la región.

4. Descripción de los Servicios del Convenio

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

Resolución integral de la patologías, lo que exige, que además de las condiciones propias de la cama, según la necesidad clínica, debe contar con una organización asistencial en unidades o servicios, que integren las acciones médicas, entrega de medicamentos e insumos, servicios diagnóstico-terapéutico, traslado, entre otros, permitiendo acceso, calidad y resultado con el menor riesgo y en el menor tiempo posible.

Según las condiciones que regirán el convenio, el Hospital se obliga a prestar el servicio de resoluciones integrales de patologías agudas o agudizadas en pacientes en estado crítico que requieran atención médica y/o médico-quirúrgica de los tipos de paciente Neonato y adulto beneficiarios del Libro II del DFL N° 1/ 2005, que se atiendan bajo la Modalidad de Atención Institucional, y que son derivados por un establecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (S.N.S.S.) a través de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (U.G.C.C.). Exclusiones: Gran quemado, Trasplantes y Cardiopatías Congénitas.

El Hospital deberá contar 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 convenidas, de acuerdo a la cartera de servicios informada (Relacionado en anexo N° 3).

El Hospital, 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 patología convenida y de acuerdo a la cartera de servicios informada por el Hospital, conforme al anexo N° 3.

Codificación de GRD:

Para efectos del mecanismo de pago a utilizar por los servicios de salud convenidos, se utilizará un sistema de codificación de IR-GRD Versión 3.0, o la versión actualizada que indique el Ministerio de Salud.

El Hospital se obliga a efectuar por sí mismo la función de codificación de los egresos, para lo cual se compromete a cumplir con todas las normas y procedimientos a tal efecto, conforme al Anexo N°1.

En este caso el Hospital debe acreditar que dispone de al menos un profesional calificado para cumplir esta función, conforme al Anexo N°2.

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

Con el fin de realizar la validación de los datos codificados por el Hospital, 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 Hospital 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 Hospital.

Se deja establecido, dado que el Hospital 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, 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: Cardiopatía Congénita, Gran Quemado y Trasplantes, no podrán ser derivados en virtud del presente convenio, 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 Hospital (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 Hospital.

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

Solo en los casos específicos establecidos previamente y que requieran algún tipo de gestión por el hospital de origen, el Hospital 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, asimismo deberá enviar al establecimiento de origen al alta o egreso del paciente la epicrisis.

El Hospital deberá resguardar, durante el proceso de atención, el cumplimiento de la Ley Nº 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 Hospital:

Se deja claramente establecido, que desde que el paciente beneficiario de FONASA ingresa a las dependencias del Hospital 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 convenio, al pago de las indemnizaciones que resulten de las demandas interpuestas en contra del Hospital, por los servicios materia del presente convenio.

Proceso de registro de las prestaciones:

El Hospital, 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 nacidos 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 Hospital, 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 Hospital 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 Hospital 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 Hospital en su oferta y lo establecido en el presente convenio.

En caso de que un paciente requiera de una prestación que exceda la capacidad resolutoria del Hospital 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.

5. Duración y Vigencia del Convenio.

El convenio tendrá vigencia de 10 (diez) 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 convenio, 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, la ejecución del presente Convenio podrá comenzar 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 Convenio, es decir, una vez tomado razón por Contraloría General de la República.

No se entregarán anticipos de ninguna especie.

6. Precio y Forma de pago.

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

El Precio Base a utilizar corresponde a: \$5.950.000.- (CINCO 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 Hospital por el peso relativo del GRD respectivo, de acuerdo con la siguiente expresión:

$$\text{Valor del GRD} = \text{Precio Base Ofertado} * \text{Peso Relativo GRD}$$

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, auditorías al 100% de los casos Outliers 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 Hospital, 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 Hospital, 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:

$$\text{Valor del Outlier Superior} = (\text{Valor del GRD}) + (\text{Días post carencia} * \text{Valor del GRD} / \text{Días Percentil 75})$$

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 periodo 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 Hospital 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 Hospital 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.-
- Plasmaféresis Terapéutica : \$777.920.-
- Dispositivos de arritmia:

Marcapaso VVI con re sincronización cardiaca	\$ 5.113.190
Marcapaso DDD con re sincronización cardiaca	\$ 5.724.450
Desfibrilador VVI	\$ 10.581.160
Desfibrilador DDD	\$ 12.475.030
Desfibrilador VVI con re sincronización cardiaca	\$ 15.707.180
Desfibrilador DDD con re sincronización 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: 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 Hospital 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 contratación.

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 Hospital
- Monto de ajuste de tecnología
- 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 Hospital 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 Hospital, 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 N° 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 V°B° del Administrador del Convenio. De ser rechazada por contener errores o por mantener el Hospital 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 al Hospital 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 Convenio 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 convenio, supone aceptación de este plazo.

7. Término anticipado del convenio.

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

- a) Quiebra o estado de notoria insolvencia del Hospital, 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 Convenio.
- b) Disolución del Hospital.
- c) Resciliación o mutuo acuerdo entre Fonasa y el contratado.
- d) Disminución notoria, evaluada y certificada por FONASA, de las capacidades técnicas del Hospital (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 Hospital .
- 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 Convenio.
- g) 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 Convenio, con un máximo de seis meses.
- h) Usar medios ilícitos en el ejercicio de las prestaciones contratadas, tales como inducir pacientes para la atención.
- i) Término de la vigencia de la Autorización Sanitaria.
- j) Haber sido condenado por prácticas antisindicales o infracción a los derechos fundamentales del trabajador.
- k) Si los representantes o el personal dependiente del Hospital , no observan los más altos niveles éticos o cometen actos de fraude, corrupción, soborno, extorsión, coerción o colusión.
- l) Haber sido objeto de la aplicación de 2 multas durante 6 meses, 4 multas durante la vigencia del Convenio.



- m) Incumplimiento por parte del Hospital de las normas Legales, Reglamentarias y Administrativas que regulan la Modalidad de Atención Institucional.
- n) Cambio no autorizado en los servicios entregados o de los profesionales incluidos en la oferta.
- o) Incumplimiento de lo establecido en las cláusulas referidas a Subcontratación y Cesión del Convenio, respectivamente.
- p) 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 Convenio.
- q) Cuando lo exija la seguridad nacional o el interés público.
- r) Incumplimiento grave de las obligaciones contraídas por el Hospital, entendiéndose por tal la no ejecución o la ejecución parcial de una o más obligaciones que importe una vulneración a los elementos esenciales del Convenio.
- s) 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 Convenio, sin más trámite.

Verificada cualquiera de estas situaciones, el Convenio terminará mediante Resolución fundada del Fondo Nacional de Salud; 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 Convenio, mediante resolución fundada y con un aviso previo de 30 días.

8. Administrador del Convenio.

El Fondo Nacional de Salud supervisará el buen cumplimiento del convenio, para lo cual se designa como Administrador del Convenio quien delegue el Jefe del Subdepartamento de Gestión Comercial, o quien le subrogue.

Las funciones del administrador del convenio incluirán, entre otras:

- Coordinar las acciones pertinentes entre el FONASA y el Hospital.
- Exigir y fiscalizar el estricto cumplimiento del convenio, 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 convenio, el Hospital 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 Convenio.

Coordinador del Convenio:

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

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

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

9. Mecanismos de fiscalización y control.

Para fiscalizar el correcto cumplimiento del convenio, el Hospital 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 Convenio.

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 Hospital 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.

10. Término y finiquito de convenio que indica.

Por el presente instrumento, los comparecientes han acordado, poner término anticipado al Convenio suscrito con fecha de 13 de junio de 2013, para la prestación

del servicio de atención día cama hospitalización integral y días cama socio-sanitarias ID: 591-9-LP13.

Esto se fundamentan en:

- La eficiencia de la resolución diagnóstica caracterizada por la integralidad de la atención hasta el egreso hospitalario o alta domiciliaria del beneficiario.
- Mejor calidad de atención del beneficiario y de los resultados sanitarios para el mismo.
- Evita el pago adicional de servicios por parte del Hospital de origen como del Servicio de Salud de cuentas adicionales.
- La capacidad resolutoria del Hospital permite resolver necesidades de salud de los beneficiarios en su región de origen y a nivel nacional.

11. Cumplimiento de Obligaciones Laborales y Previsionales.

El Hospital deberá cumplir estrictamente con las normas laborales y previsionales que regulen su actividad y calidad de empleador, los trabajadores del Hospital no tendrán ninguna relación o vínculo laboral con FONASA. En caso de que el Hospital 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 convenio licitado deberán ser destinados al pago de dichas obligaciones, debiendo el Hospital acreditar que la totalidad de las obligaciones se encuentran pagadas al cumplirse la mitad del período de ejecución del convenio, con un máximo de seis meses. De lo contrario, será causal de término anticipado según el convenio.

El Fondo Nacional de Salud tendrá la facultad de pedir informes al proponente Hospital 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.

12. Facultad para Subcontratar.

El Hospital podrá subcontratar uno o más de los servicios de apoyo necesarios para el cumplimiento de los objetivos del presente convenio. En ningún caso podrá subcontratarse el servicio convenido.

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

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 Hospital para subcontratar, se efectuará mediante carta remitida al Hospital suscrita por el Director del Fondo Nacional de Salud, o por quién este delegue. En todo caso, será el Hospital 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 Hospital en calidad de subcontratistas que trabajen con él en las materias de esta relación contractual, así mismo sólo puede referirse a una parcialidad del convenio y no libera al Hospital 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 Hospital, en cuanto a contratar a algún subcontratista, también puede exigir fundadamente su reemplazo, en caso de servicio deficientemente otorgado.

En caso que el Hospital 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.

13. Prohibición de Cesión.

El Hospital no podrá ceder el convenio, ni total ni parcialmente a ninguna persona natural o jurídica, de igual modo no podrá subcontratar una vez celebrado el convenio, sin perjuicio de lo señalado en los presentes términos en lo referente a servicios de apoyo.

14. Confidencialidad de la Información.

La información y todos los antecedentes que los participantes obtengan con motivo de este convenio, 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 Hospital durante la vigencia del convenio y aún después de su término.

La información, resultados y documentos generados como producto de la ejecución del Convenio 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 Convenio.

15. 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 Hospital 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 Hospital 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.

ANEXO N° 1

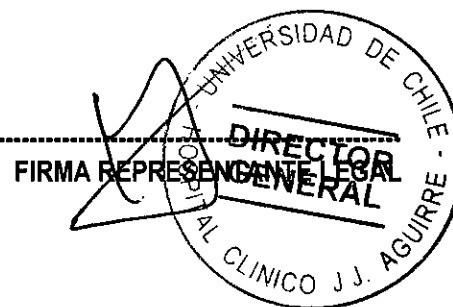
FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE OBLIGACIÓN / DELEGACIÓN, DE LA FUNCIÓN DE CODIFICACIÓN GRD

DATOS DEL HOSPITAL	
NOMBRE	HOSPITAL CLINICO U NIVERSIDAD DE CHILE
DIRECCION	SANTOS DUMONT N° 999
TELEFONO	2978 9039
EMAIL	xbastias@hcuch.cl

El Hospital debe optar entre 2 alternativas para que se pueda efectuar la codificación de los egresos de pacientes, mediante Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD).

Si el Hospital opta por obligación de codificación por sí mismo posteriormente no podrá cambiar dicha opción a la delegación en Fonasa.

ALTERNATIVA	(MARCAR CON UNA X)
<p align="center">OBLIGACIÓN DE CODIFICACIÓN</p> <p>El Hospital se obliga a efectuar por sí mismo la Función de Codificación de los egresos, para lo cual se compromete a cumplir con todas las normas y procedimientos a tal efecto.</p> <p>En este caso, se debe acreditar que dispone de al menos un profesional calificado para cumplir con esta función.</p>	<p>X</p>
<p align="center">DELEGACIÓN DE CODIFICACIÓN</p> <p>El Hospital delega en FONASA la Función de Codificación de los egresos, para lo cual se compromete a la entrega oportuna de todos los antecedentes necesarios para tal efecto.</p> <p>En este caso, renuncia al derecho de reclamo respecto de cualquier codificación efectuada por FONASA.</p>	



 FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

En Santiago, a 22 de marzo 2016

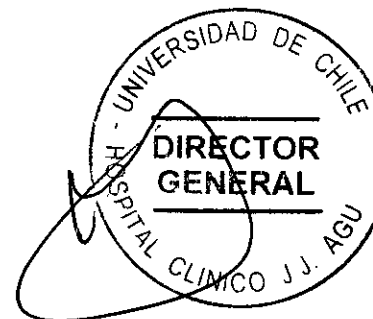
ANEXO N° 2

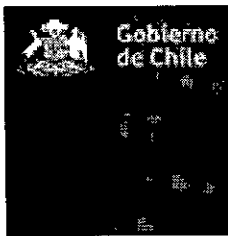
FORMULARIO NÓMINA DE CODIFICADORES GRD

DATOS DEL HOSPITAL	
NOMBRE	HOSPITAL CLINICO U NIVERSIDAD DE CHILE
DIRECCION	SANTOS DUMONT N° 999
TELEFONO	2978 9039
EMAIL	aaguila@hcuch.cl

NÓMINA DE CODIFICADORES GRD			
NOMBRE	RUT	PROFESION	INSTITUCIÓN QUE CERTIFICA
CARMEN CASTILLO GOMEZ	7.411.009-6	Enfermera	U. de Chile
GISELLA ZAMORA	8.540.224-2	Enfermera	U. de Chile
MARIA ALEJANDRA MUÑOZ DROGUET	11.263.501-7	Enfermera	U. de Chile
GABRIELA ASENCIO ORREGO	14.158.092-2	Matrona	U. de Chile
VALERIA SEPULVEDA SAEZ	16.916.623-4	Tecnólogo en Informática Biomédica	U. de Chile

NOTA: el estándar MINSAL para codificación es de un codificador por cada 5.000 egresos.





**ANEXO N° 3
FORMULARIO DE CARTERA DE SERVICIOS**

DATOS DE LA SEDE A LA QUE POSTULA	
NOMBRE	HOSPITAL CLINICO U NIVERSIDAD DE CHILE
DIRECCION	SANTOS DUMONT N° 999
TELEFONO	2978 9039
EMAIL	xbastias@hcuch.cl

NOMBRE OFERENTE: HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE

A. DOTACIÓN DE CAMAS

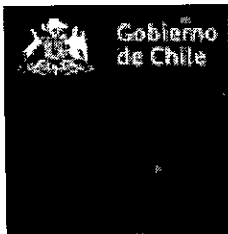
Respecto de la infraestructura hospitalaria que cuenta su establecimiento, favor señalar en recuadro con una "X", y el número de camas, según la complejidad:

SI / NO	TIPO CAMA	N° DE CAMAS
SI	DIA CAMA UCI ADULTO	12
	DIA CAMA UCI PEDIATRICA	
SI	DIA CAMA UCI NEONATAL	4
SI	DIA CAMA UTI ADULTO	43
SI	DIA CAMA UTI PEDIATRICA	5
SI	DIA CAMA UTI NEONATAL	10
SI	DIA CAMA BASICA ADULTO	238 (33 Ginecología y obstetricia)
SI	DIA CAMA BASICA PEDIATRICA	14
SI	DIA CAMA BASICA NEONATAL	2
SI	UNIDAD CORONARIA UCI	7
SI	UNIDAD CORONARIA UTI	

B. ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES

Respecto de las Especialidades y Subespecialidades con que cuenta su establecimiento, favor señalar en recuadro con una "X":

ANATOMIA PATOLOGICA	X	LABORATORIO CLINICO	X
ANESTESIOLOGIA	X	MEDICINA DE URGENCIA	X
CARDIOLOGÍA	X	MEDICINA FAMILIAR	X
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	X	MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION	
CIRUGIA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILO FACIAL	X	MEDICINA INTENSIVA ADULTO	
CIRUGIA DE TORAX	X	MEDICINA INTENSIVA PEDIATRICA	
CIRUGIA GENERAL	X	MEDICINA INTERNA	X
CIRUGIA PEDIATRICA		MEDICINA NUCLEAR	X
CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	X	NEFROLOGIA ADULTO	X
CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	X	NEFROLOGIA PEDIATRICA	
COLOPROCTOLOGIA	X	NEONATOLOGIA	X
DERMATOLOGIA	X	NEUROCIRUGIA	X
DIABETOLOGIA	X	NEUROLOGIA ADULTO	X
ENDOCRINOLOGIA ADULTO	X	NEUROLOGIA PEDIATRICA	
ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA		OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	X
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ADULTO	X	OFTALMOLOGIA	X
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS PEDIATRICA		ONCOLOGIA MEDICA	X
GASTROENTEROLOGIA ADULTO	X	OTORRINOLARINGOLOGIA	X



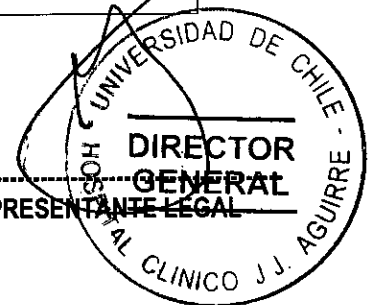
GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICO	X	PEDIATRIA	X
GENETICA CLINICA	X	PSIQUIATRIA ADULTOS	X
GERIATRIA	X	PSIQUIATRIA PEDIATRICA Y ADOLESCENCIA	
HEMATOLOGIA	X	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	
IMAGENOLOGIA	X	REUMATOLOGIA	X
INFECTOLOGIA	X	TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	X
INMUNOLOGIA	X	UROLOGIA	X
OTROS			

C. SERVICIOS DE APOYO

Respecto de los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, señalar con una "X", los que cuenta como infraestructura propia:

X	ANATOMIA PATOLOGICA
X	SERVICIO DE URGENCIA
	IMAGENOLOGIA:
X	CONVENCIONAL
X	SCANNER
X	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA
	PET CT
	INTERVENCIONAL
X	LABORATORIO CLINICO
X	UNIDAD DE MEDICINA TRANSFUSIONAL
X	PABELLONES MATERNIDAD
X	PABELLONES DE CIRUGIA MAYOR
X	PABELLONES DE CIRUGIA MENOR
X	FARMACIA
X	CENTRAL DE ESTERILIZACION
X	KINESIOLOGIA
X	PROCEDIMIENTOS UROLOGICOS
X	PROCEDIMIENTOS CARDIOLOGICOS
X	PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS
X	PROCEDIMIENTOS RESPIRATORIOS
	HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
	AMBULANCIA
	OTROS

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL



APECTO

SANTIAGO, 14 de Enero de 2015

Con esta fecha la Rectoría de la Universidad ha expedido el siguiente decreto:

Vistos: Lo dispuesto en el D.F.L. N°3 de 2006, Decreto Supremo N° 180 de 1987 del Ministerio de Hacienda, Decreto Supremo N°266 de 2014 del Ministerio de Educación, Decretos Universitarios N°s. 6226 del 2002, 2625 y 2626 de 2014.

DECRETO:

Nómbrese en calidad de Propiedad a la persona que se señala, en el cargo que se menciona y a contar de la fecha que se indica:

DIRECCIÓN GENERAL

Nombre : HARBUN HERNANDEZ JORGE ELIAS
R.U.T. : 004.332.384-9
Cargo : Director General Del Hospital Clínico Universidad De Chile Personal De Colaboración Directivo, Propiedad Jornada Completa, Grado:03 ESU

A contar : 16 de Enero de 2015
Decr.Rein: 457/2015 (PAOLINELLI GRUNERT CARLO ITALO)
R.Vacanc.: RENUNCIAS

Deja de servir transitoriamente el cargo de Jefe 2°, grado 2°, 22 horas semanales, Propiedad, afecto a la Ley N° 15.076, artículo 87 letra a), de la Ley N° 18.634, mientras desempeña el presente nombramiento.

Imputase al gasto correspondiente al Título A, Subtítulo 1, Item 1.3 del presupuesto universitario.

Asumió funciones de acuerdo al Art. 38° de la Ley N° 17.654.

Páguese la remuneración correspondiente.

Tómese razón, regístrese y comuníquese.

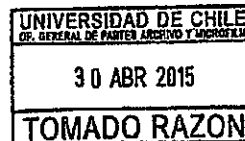
Fdo. Dr. Emilio Vivaldi Vájar, Rector y Rosa Deves A., Prorectora (S)

Lo que transcribo para su conocimiento


Roberto La Rosa Borroán
Secretario General (S)

CONTRALORÍA GENERAL TOMA DE RAZÓN	
RECEPCIÓN	
DEPTO. JURÍDICO	
REGISTRO	
CONTAB. CENTRAL	
CONTROL GASTOS	
CONTROL ENTRADAS	
BIENES NACIONALES	
INSPECCIÓN	
JEFE	

Contraloría Universidad
Oficina de Partes
Repartición
Interesado



SERVICIO DE IMPUESTOS INTERNOS		
ROL UNICO TRIBUTARIO		
Nación Social o Apellido Paterno, Materno, Matrimonio		
UNIVERSIDAD DE CHILE		
Calle	Número	Depte. CI
LIB B D HIGGINS	1050	
Población, Villa o Lugar		
SANTIAGO Comuna o Ciudad		
Actividad Económica		
UNIVERSIDADES		
Número		
60.910.000-1		
REPUBLICA DE CHILE		

CERTIFICO: Que la presente FOTOCOPIA se encuentra conforme con el documento que se ha tenido a la vista y que devuelvo al interesado.

17 MAY 2007

JAIME MORANDE OREGO
NOTARIO PUBLICO



yba...



Ministerio de salud

Compromiso

Institución / Área Transaccional	Fondo Nacional de Salud - Nivel Central		
Título	HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE, CONVENIO GRD		
Descripción	HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE, CONVENIO GRD		
Periodo en Operación	Febrero	Ejercicio Fiscal	2016
Folio	00498	Fecha y Hora de Aprobación	17 Febrero 2016 - 10:26
Tipo de Transacción	Creación	Tipo de Presupuesto	Gasto
Tipo de Demanda	Ley de Presupuestos	Moneda Presupuestaria	Nacional
Identificación de Transferencia de datos		Etapas Compromiso	Compromiso Cierto
Folio Anterior		Origen Ajuste	
Requerimiento / Compromiso Presupuestario	Requerimiento: 00003 - RESERVA CONVENIO DE COMPRAS AUGE- NO AUGE - HEMODIALISIS		

Afectación Presupuestaria

Concepto Presupuestario	Monto Vigente (CLP)	Monto Futuro (CLP)	Monto Total (CLP)
2401010 Convenio Compras de Prestaciones no Auge	800.000.000	0	800.000.000
2401010001 Convenio Compras de Prestaciones no Auge	800.000.000	0	800.000.000
Total	800.000.000	0	800.000.000

dvillegas
 Usuario Generador



dvillegas
 Usuario Aprobador