



**FONASA SUR
DIRECCION ZONAL SUR
SUBDPTO. CONTROL Y CALIDAD DE PRESTACIONES**

RESOLUCIÓN EXENTA 8A.3 N° 63/2017

MAT.: AUTORIZA INSCRIPCIÓN EN EL ROL MLE Y CONVENIO CON EMISIÓN ELECTRÓNICA DE BONOS DE ATENCIÓN DE SALUD AL PRESTADOR DIAZ & MONTANARES SOCIEDAD MÉDICA Y ODONTOLÓGICA LIMITADA RUT: 76.577.151-K.

TEMUCO, 05/09/2017

VISTOS: Lo establecido en los Libros I y II del DFL N°1 del 2005 del Ministerio de Salud, D.S N°369 de 1985, del Ministerio de Salud; Resolución Exenta 4A/N° 35 del 08-01-2016; Resolución Exenta 3.2D/N°2308 de 13-10-2014, Res. Exenta 8A/N°53 de fecha 11-01-2017, Resolución Exenta 1F/N°7137 del 2009, Resolución Exenta 1A/N°2484 del 03-05-2011, todas del Fondo Nacional de Salud; y la Resolución Exenta N°1600/ 2008 de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

1. Que, el artículo 143° del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud, otorga facultades al Fondo Nacional de Salud, de suscribir convenios con profesionales y entidades asistenciales de salud, para la atención de los beneficiarios del Libro II de dicho cuerpo legal, e inscribirlos en alguno de los grupos del Rol que para estos efectos llevara el Fondo, organismo que tiene la tuición y la facultad fiscalizadora de dicha modalidad;
2. Que, se presenta una solicitud de inscripción para la Modalidad de Libre Elección con bono electrónico, según formulario 38677 del 26/07/2016, por la persona jurídica Díaz & Montanares Sociedad Médica y Odontológica Limitada, nombre de fantasía D&M Limitada, RUT: 76.577.151-K, con domicilio en España 460, Temuco, IX Región de La Araucanía, representado por David Díaz Cardenas RUT: [redacted] y Hans Montanares Torres [redacted], quien anteponiendo la razón social o el nombre de fantasía a su firma, la representará con las más amplias facultades, pudiendo obligarlo en todos los actos y convenios en el Rol MLE, según RE N° 7.137 de diciembre de 2009;
3. Que, se adjunta a dicha solicitud, los documentos administrativos, técnicos, sanitarios y jurídicos, exigidos para el tipo de prestador y prestaciones de salud que se postula inscribir, todo ello de acuerdo a los requisitos definidos en la resolución del Fondo Nacional de Salud, que establece el procedimiento de inscripción y convenios en el Rol MLE, según RE N° 7.137 de diciembre de 2009;
4. Que, el Informe Jurídico emitido por Asesora Jurídica el 1-09-2017, así como el Informe de Fiscalizador del Subdepto. de Control y Calidad de Prestaciones, con la visación técnica sanitaria, según Informe Técnico N° 8677 del 05/09/2017, confirman el cumplimiento de los requisitos que permiten otorgar las prestaciones de salud a inscribir, por lo que dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

I. Autorícese la inscripción en el Rol de la Modalidad de Libre Elección, a la persona jurídica **Díaz & Montanares Sociedad Médica y Odontológica Limitada**, RUT: **76.577.151-K** y el convenio suscrito entre el prestador y el Fondo Nacional de Salud, en los siguientes términos:

PRIMERO:

La celebración del presente convenio incorpora al Prestador en el **grupo 3** del Rol de profesionales y entidades asistenciales de salud de la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud, las prestaciones y Sucursales o Lugares de Atención que se detallan en la Resolución que aprueba este convenio.

SEGUNDO:

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

El Prestador que cuenta con profesionales socios persona natural o jurídica y que otorguen prestaciones de salud contenidas en el Arancel del Régimen de la Ley 18.469, los que se individualizan en el Formulario N° 1D "Registro de Socios", para celebrar el presente convenio deberán estar inscritos en el Rol de Prestadores del Fondo y no encontrarse sancionado(s) con suspensión o cancelación de la inscripción.

TERCERO:

El prestador que firma el convenio, da fe de la veracidad de la documentaci3n legal, administrativa, t3cnica y sanitaria, que adjunt3 a la solicitud de inscripci3n y que forma parte del convenio. El Fondo establecer3 los mecanismos de control que le permitan verificar su cumplimiento.

Forma parte integrante del convenio, la documentaci3n legal y t3cnica exigida por el Fondo en los formularios correspondientes y acompa3ada por el prestador con su solicitud de inscripci3n, como igualmente la n3mina de prestaciones de salud que haya sido previamente autorizada por el Fondo de acuerdo a la capacidad sanitaria y resolutive del prestador, al personal, los equipos, la infraestructura, las instalaciones, los servicios m3dicos o m3dico quir3rgicos, los servicios de apoyo diagn3stico o terap3utico, unidades de hospitalizaci3n regulares, de camas especializadas o unidades cr3ticas, entre otros, lo que ser3 comunicado al prestador mediante resoluci3n exenta firmada por el representante de FONASA formalizando el presente convenio.

CUARTO:

El prestador queda obligado a mantener debidamente actualizada toda la informaci3n presentada con su solicitud de inscripci3n, incluida la documentaci3n legal y t3cnica. En caso de producirse cambios en la informaci3n o la documentaci3n el prestador deber3 dentro de los 30 d3as siguiente de producido el cambio remitir al Fondo los antecedentes que acrediten dichos cambios bajo apercibimiento de proceder de acuerdo a la cl3usula d3cimo tercera del presente convenio.

QUINTO:

El Prestador queda obligado a permanecer en el grupo de su inscripci3n de las prestaciones, por un tiempo no inferior a seis meses, contados desde la fecha de este convenio. Una vez cumplido el per3odo, el Prestador podr3 cambiar el grupo previa comunicaci3n por escrito al Fondo y de acuerdo al procedimiento establecido por 3ste. El cambi3 regir3 a contar de la fecha de la Resoluci3n que apruebe el cambio.

SEXTO:

Constituye obligaci3n del prestador, proporcionar a los afiliados y beneficiarios del DFL N31/2005 las prestaciones de salud que su capacidad t3cnica y de infraestructura le permitan, otorg3ndolas en forma oportuna y adecuada a los conocimientos y experiencia de su equipo profesional, reconociendo y respetando los derechos consustanciales del usuario.

Asimismo, el prestador deber3 entregar a los beneficiarios toda la informaci3n y facilidades necesarias para ser atendidos por profesionales inscritos en la Modalidad de Libre Elecci3n que los propios beneficiarios elijan.

SEPTIMO:

El prestador que con ocasi3n de las atenciones a un beneficiario, confirme el diagn3stico de alguno de los problemas de salud con garant3as exp3citas de salud, proceder3 a notificarlo mediante formulario oficial dispuesto para el efecto, indic3ndole el derecho de atenci3n en un consultorio de atenci3n primaria y continuar la atenci3n en la red asistencial p3blica. Si el beneficiario optara por continuar la atenci3n en la modalidad de libre elecci3n, se dejar3 constancia en el respectivo formulario.

OCTAVO:

Por el presente convenio, el prestador autoriza al Fondo para informar por los medios que estime m3s conveniente, su inscripci3n en el rol de profesionales y entidades, con su individualizaci3n, las prestaciones que otorga, el grupo de inscripci3n, direcci3n y tel3fono del o los lugares de atenci3n.

NOVENO:

El Prestador inscrito queda obligado por la sola inscripci3n, a aceptar como m3xima retribuci3n por sus servicios, los valores del arancel correspondiente al respectivo nivel qued3ndole prohibido recibir pagos adicionales de cualquier naturaleza, salvo la excepci3n que establece el art3culo 53 del DS 369/1985 del Ministerio de Salud, para prestaciones, tales como, d3as cama y derecho de pabell3n.

DECIMO:

En retribuci3n por las atenciones que efectivamente otorgue a los beneficiarios, el Prestador tiene derecho a cobrar 3rdenes de atenci3n emitidas por el Fondo y aquellas de emisi3n electr3nica en prestadores en convenio, en las que se identificar3n las prestaciones de salud, su codificaci3n, los valores y nominadas al Prestador y al beneficiario que recib3 las atenciones.

Las prestaciones de salud ser3n otorgadas por los profesionales y/o entidades informados al Fondo en la n3mina que respalda t3cnicamente la ejecuci3n de las prestaciones solicitadas en el presente convenio, siempre y cuando exista una autorizaci3n escrita otorgada por cada uno de los profesionales y/o representantes legales de las entidades.

Las 3rdenes de atenci3n tienen una vigencia administrativa de 90 d3as desde su fecha de emisi3n, excepto aquellas que correspondan a emisi3n electr3nica en prestador con convenio, en cuyo caso tendr3n vigencia por un d3a.

UNDECIMO:

El prestador que cobra la orden de atenci3n, es responsable de los documentos que llevan su firma, por lo que debe completar los campos disponibles para su uso y proceder al cobro 3nicamente una vez que 3stas hayan sido efectuadas.

Asimismo, debe asegurarse que las prestaciones cobradas dispongan de los registros que respalden las atenciones otorgadas, para lo cual confeccionar3 las respectivas fichas cl3nicas, excepto cuando se trate de atenciones de salud que requieren otro tipo de registros (informes de laboratorio, imagenolog3a, anatom3a patol3gica, procedimientos diagn3sticos o terap3uticos, entre otros).

El Fondo pagar? al prestador:

- las ?rdenes de atenci?n que ?ste, presente a cobranza que contemplen los requisitos y datos exigidos por las normas t?cnico administrativas, se ajusten a las instrucciones del Fondo y contengan la firma y timbre del representante de la entidad.
- las ?rdenes de atenci?n correspondientes a prestaciones singularizadas en este convenio y que efectivamente se hayan efectuado a beneficiarios de la Ley, que cuenten con el respaldo de los registros cl?nicos y que correspondan a prestaciones que efectivamente requiera el beneficiario.

El Fondo no pagar? al prestador:

- las ?rdenes de atenci?n ilegibles, con alteraciones o enmendadura de los datos consignados al momento de la emisi?n o con omisiones de los datos que debe proporcionar el prestador, mientras no sean subsanados estos defectos en forma y fondo a satisfacci?n de FONASA.
- ?rdenes de atenci?n de prestaciones no efectuadas, parcialmente efectuada o de las cuales el prestador carezca de registros, ni aquellas correspondientes a prestaciones homologadas o efectuadas en condiciones t?cnicas inferiores a las exigidas por el Fondo.
- No procede el cobro de prestaciones de medicina preventiva realizada en operativos m?dicos preventivos.

El prestador queda obligado a mantener el registro de las prestaciones por un lapso de 5 a?os.

DUODECIMO:

El prestador reconoce las facultades del Fondo con respecto a la tuici?n, administraci?n y fiscalizaci?n permiti?ndole verificar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el DFL 1/2005, del Ministerio de Salud, el Arancel de prestaciones y las Normas T?cnico Administrativas para su aplicaci?n, las instrucciones que imparta el Ministerio de Salud y las normas e instrucciones emanadas del Fondo.

Para ello se obliga a exhibir y enviar toda la documentaci?n o antecedentes que requiera el Fondo o su personal fiscalizador, resguardando lo establecido en el art?culo 10 de la ley 19.628 de 1999 sobre protecci?n de datos de car?cter personal, como igualmente otorgar todas las facilidades de acceso a las oficinas, establecimiento, o dependencia donde realice las prestaciones de salud.

DECIMO TERCERO:

El Fondo queda facultado para modificar la n?mina de prestaciones m?dicas, ampli?ndola o restringi?ndola, si verifica que se ha modificado la infraestructura, el equipamiento u otra condici?n t?cnica que incremente o disminuya la capacidad o la calidad de las prestaciones a otorgar por el Prestador.

En caso que se verifique por el Fondo que el Prestador no se ajusta en sus procedimientos a las normas establecidas en el presente convenio, el Director del Fondo o en quien delegue la facultad podr?, previa calificaci?n del caso, resolver la suspensi?n transitoria del presente convenio y de la inscripci?n pertinente, fijando un plazo para que dentro de ?l, el Prestador regularice su situaci?n. La suspensi?n ser? formalizada por resoluci?n fundada y la notificaci?n al Prestador se har? por carta certificada.

DECIMO CUARTO:

El convenio del Prestador, caducar? autom?ticamente, en las siguientes situaciones:

1. Disoluci?n de la sociedad inscrita;
2. Cancelaci?n de la personalidad jur?dica;
3. Declaraci?n de quiebra.
4. Por inhabilidad legal sobreviniente.
5. Incapacidad f?sica o mental legalmente declarada
6. Falta de la autorizaci?n sanitaria cuando corresponda.

DECIMO QUINTO:

En los casos de prestadores que no presenten cobranza de ?rdenes o bonos de atenci?n de salud, en un plazo de doce meses, se entender? que el convenio suscrito para atenci?n en la Modalidad de Libre elecci?n, se encuentra en condici?n de ?inactivo?, la que se modificar? a ?Vigente?, en el momento en que un asegurado, solicite la emisi?n de un bono de atenci?n, pudiendo el prestador reactivar los cobros de prestaciones en cualquier momento, en la medida que se mantengan las condiciones t?cnicas iniciales del convenio, y no existan sanciones o medidas administrativas pendientes de cumplimiento.

En caso que la condici?n de inactivo supere 5 a?os, el Fondo determinar? previa evaluaci?n de las competencias, infraestructura e instalaciones del prestador, si para la reactivaci?n se requerir? la celebraci?n de un nuevo convenio de inscripci?n.

DECIMO SEXTO:

De conformidad con lo establecidos en el art?culo 50 del Decreto Supremo 369 de 1985 se consideran infracciones a las obligaciones, legales, reglamentarias, administrativas y de este convenio, los hechos siguientes:

1. a) Presentaci?n para cobro o cobro indebido de ?rdenes de atenci?n y programas; de honorarios adicionales por sobre el valor establecido para el grupo de Rol correspondiente; y de recargo improcedentes;
2. b) Prescripci?n para la emisi?n de ?rdenes de atenci?n o emisi?n de programas m?dicos, con fines distintos a los se?alados en la Ley;
3. c) Incumplimiento de las normas legales, reglamentarias y arancelarias que rigen la Modalidad de Libre Elecci?n; y regulan la aplicaci?n de su Arancel, incluyendo en ellas las Resoluciones dictadas por el Ministerio y publicadas en el Diario Oficial.

DECIMO SEPTIMO:

Si se acredita una o m?s de las infracciones se?aladas en la cl?usula anterior, el Fondo notificar? al Prestador para que dentro del quinto d?a h?bil, formule sus descargos. Transcurrido dicho plazo, con los descargos o sin ellos, el Director del Fondo o en quien delegue la facultad, dictar? una resoluci?n fundada en la que absolver? o aplicar? al prestador las medidas de sanci?n establecidas en el Libro II del DFL 1/2005 del Ministerio de Salud.

1. Amonestaci3n;
2. Suspensi3n hasta por 180 d3as de ejercicio en la Modalidad de Libre Elecci3n;
3. Cancelaci3n de la inscripci3n,
4. Multa a beneficio fiscal hasta por 500 Unidades de Fomento, la que podr3 acumularse a cualquiera de las otras sanciones.

De las resoluciones que apliquen sanciones de cancelaci3n, suspensi3n o multa superior a 250 unidades de fomento o reintegros de dineros, el afectado podr3 recurrir ante el Ministro de Salud y la Corte de Apelaciones, en las condiciones y plazos que establece el inciso 9 del art3culo 143 del Libro II del DFL 1/2005 del Ministerio de Salud.

Dejase establecido que el no pago de las multas facultar3 al Fondo para la suspensi3n del contrato

DECIMO OCTAVO:

El prestador que haya sido sancionado con la cancelaci3n en el registro de la modalidad de libre elecci3n, s3lo podr3 solicitar una nueva inscripci3n al Fondo Nacional de Salud una vez transcurridos cinco a3os desde la fecha en que la cancelaci3n qued3 a firme. El Fondo podr3 rechazar dicha solicitud mediante resoluci3n fundada.

Si el registro fuere cancelado por segunda vez, cualquiera sea el tiempo que medie entre una y otra medida, el prestador entidad no podr3 volver a inscribirse en la modalidad de libre elecci3n.

DECIMO NOVENO:

El convenio, es un acuerdo de voluntades destinado a crear derechos y obligaciones, acuerdo que debe ser de inter3s y beneficio para ambos contratantes y cuya suscripci3n no es obligatoria para el Fondo ni para el profesional prestador, por tanto las partes podr3n poner t3rmino a este convenio a saber:

1. En cuanto al prestador entidad, mediante comunicaci3n escrita enviada al Fondo, a lo menos con 30 d3as de anticipaci3n.
2. En cuanto al Fondo, mediante carta certificada enviada el prestador entidad, con 30 d3as de antelaci3n, sin expresi3n de causa.

VIGESIMO:

El Fondo autoriza al prestador para incorporarse al Sistema de Emisi3n Electr3nica de Bonos de Atenci3n de Salud (BAS), sistema de venta que se realiza el d3a de la atenci3n, en el mismo lugar y para el prestador elegido por el beneficiario para su atenci3n, previo a lo cual se requiere la validaci3n con lectura biom3trica de la huella digital de los beneficiarios se3alados en el libro II del DFL 1/2005, de Salud.

VIGESIMO PRIMERO:

A la emisi3n electr3nica de BAS en prestador, as3 como a la emisi3n tradicional en sucursal o entidad delegada del Fondo, les es aplicables la normativa de la Modalidad de Libre Elecci3n contenida en el Libro Segundo del DFL N3 1, de 2005, del Ministerio de Salud, D.S. N3 369, de 1985 del Ministerio de Salud, la R.E. del Fondo N3 135, 2002 y sus modificaciones y las Normas T3cnico Administrativas dictadas por el Ministerio de Salud, para la aplicaci3n del arancel de prestaciones de la Modalidad de Libre Elecci3n.

VIGESIMO SEGUNDO:

El convenio permite emitir Bonos de Atenci3n de Salud al nombre y RUT del prestador individualizado y al nombre y RUT del beneficiario validado con su huella.

La operaci3n y funcionamiento del sistema, se regir3 por las condiciones establecidas en la R.E. N3 135, del 22 de enero de 2002, sus modificaciones y sus respectivos anexos, dictada por el Fondo Nacional de Salud y las condiciones establecidas en Formulario 3Anexo Preacciones Bono Electr3nico3 que forma parte del convenio.

S3lo podr3n referirse a prestaciones de salud, que se encuentren autorizadas al prestador en el convenio de Inscripci3n que se singulariza en la comparecencia y dentro de la codificaci3n permitida para este sistema de emisi3n electr3nica. El prestador deber3 facilitar la funci3n de supervisi3n y auditoria que realice el Fondo Nacional de Salud.

Para una mejor operaci3n de las condiciones establecidas en este convenio, cada parte designar3 un coordinador de su dependencia.

VIGESIMO TERCERO:

El punto de emisi3n instalado en lugar de atenci3n se3alado por el prestador, deber3 cumplir con la imagen corporativa del Fondo, seg3n las definiciones que entregue FONASA.

VIGESIMO CUARTO:

Para el otorgamiento de los servicios de emisi3n electr3nica, el prestador suscribir3 con la empresa proveedora del sistema, un contrato de arrendamiento de equipos y sistemas computacionales. La relaci3n contractual descrita, no constituye ning3n tipo de responsabilidad para FONASA.

Asimismo, se deja establecido, que FONASA no tiene ning3n tipo de v3nculo laboral, funcionario o contractual con el personal que habilite el prestador para laborar en lugar de atenci3n con venta en prestador, por lo que el pago de sus remuneraciones, cotizaciones previsionales y dem3s beneficios y asignaciones, ser3n de exclusiva responsabilidad de dicho prestador.

VIGESIMO QUINTO:

Al momento de solicitar su atención en el lugar acreditado en este sistema, los afiliados y beneficiarios deben registrar su huella dactilar electrónicamente para validar su calidad de beneficiario consignada en las bases de datos del Fondo Nacional de Salud.

Por la compra de Bonos de Atención de Salud los afiliados y beneficiarios deberán contribuir al financiamiento del valor de las prestaciones, mediante pago directo en el centro de venta y en la proporción y forma que señale la legislación vigente, por lo que el prestador será responsable de recaudar los copagos que correspondan, en la compra de Bonos emitidos por dicho centro.

Las anulaciones de BAS, se aceptarán sólo dentro del mismo día de emisión y cuando se trate de bonos mal emitidos o prestaciones no realizadas. Asimismo, en aquellos casos cuando el beneficiario por cualquier circunstancia decida no acceder a la atención; para lo cual se hará la anulación del bono devolviendo al beneficiario el importe que pagó.

El Fondo, para el cobro de los BAS emitidos por el prestador sólo pagará el monto de la bonificación que corresponda según legislación vigente (FAM), es decir la diferencia entre el valor total de la prestación y el aporte realizado por el beneficiario (co-pago)

VIGESIMO SEXTO:

El Fondo se reserva el derecho de suspender o poner término en forma inmediata a la emisión electrónica si constatare:

1. Incumplimiento de lo establecido en las cláusulas del convenio.
2. Cuando en proceso de fiscalización, constate comportamientos que transgredan la normativa contenida en el Libro Segundo del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, D.S. N° 369, de 1985 del Ministerio de Salud, la R.E. N° 135, 2002 y sus modificaciones del Fondo y las Normas Técnicas y Administrativas dictadas para la aplicación del arancel de prestaciones de la Modalidad de Libre Elección por el Ministerio de Salud.
3. Cuando al prestador se le haya aplicado alguna(s) de las sanciones que establece el inciso 9 del artículo 143 del Libro II del DFL 1/2005 del Ministerio de Salud.

VIGESIMO SEPTIMO:

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

VIGESIMO OCTAVO:

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

VIGESIMO NOVENO:

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

- Regístrese al prestador, **Díaz & Montanares Sociedad Médica y Odontológica Limitada**, RUT: 577.151-K, en el rol MLE en nivel 3, autorizando la incorporación de prestaciones y profesional como parte de la planta de la referida entidad:

PRESTACIONES AUTORIZADAS

Desde	Hasta
0101001	0101001
0101004	0101005

PLANTA DE PROFESIONALES QUE SE INCORPORAN

Nombre	RUT	Profesión / Especialidad / Mención
David Díaz Corderas		Médico Cirujano / Sin especialidad

- Regístrese como lugar de atención principal (Casa Matriz) la dirección de España 460 ? Depto 1006, Temuco, IX Región. teléfono: 45-2626600, Sucursal y Sucursal en España 460 ? Depto 414, Temuco, IX Región.

6/9/2017

1. La inscripción y convenio del Rol en la Modalidad de Libre Elección con emisión electrónica, entraran en vigencia a partir de la total tramitación de la resolución que lo aprueba.
1. Notifíquese lo resuelto en forma digital a la dirección de contacto establecida en el respectivo convenio y/o presencial en dependencias del Fondo.

Anéxese, Comuníquese y Archívese.

"Por orden de la Sra. Directora"

**BERNARDO VILLABLANCA LLANOS
DIRECTOR(A) ZONAL
FONDO NACIONAL DE SALUD**

BVL / ACA / jqs

DISTRIBUCIÓN:

DÍAZ & MONTANARES SOCIEDAD MÉDICA Y ODONTOLÓGICA LIMITADA - DIAZYMONTANARES.LIMITADA@GMAIL.COM
SUBDPTO. CONTROL Y CALIDAD DE PRESTACIONES
DPTO. DE GEST. DE PERSONAS, ADM. Y FINANZAS

Firmado Electrónicamente en Conformidad con el Artículo 2º letra F y G de la Ley 19.799

