



**FONASA SUR
DIRECCIÓN ZONAL SUR
DPTO. COMERCIALIZACIÓN Y GESTIÓN FINANCIERA**

RESOLUCIÓN EXENTA 6T N° 746/2020

MAT.: DZS_AUTORIZA INSCRIPCIÓN EN ROL DE LA M.L.E CON EMISIÓN ELECTRÓNICA DE BONOS DE ATENCIÓN DE SALUD, A PRESTADOR LABORATORIO CLÍNICO ESCOBAR SANTANDER LIMITADA, RUT 77.042.346-5.

TEMUCO, 16/01/2020

VISTOS:

Lo establecido en los Libros I y II del D.F.L. N° 1, de 2005, el Decreto Supremo N° 369 de 1985, y el D.S. N° 27, de 2018, todos del Ministerio de Salud; Resolución Exenta N°277 de fecha 06 de mayo de 2011, Resolución Exenta 4A N°3095 de fecha 22 de septiembre de 2014, Resolución Exenta 2G N°871 de fecha 29 de septiembre de 2017, la Resolución Exenta 4A/N°28 de fecha 20 de marzo 2019, Resolución Exenta 3.1H/N°2371 del 03 de diciembre de 2019, Resolución Exenta 8A/N°53 del 11 de enero de 2017, Resolución Exenta 8A.1 N° 1329 del 20 de agosto de 2018, todas del Fondo Nacional de Salud; la Resolución N° 7 de fecha 26 de marzo 2019 de la Contraloría General de la República y,

CONSIDERANDO:

1. Que, la persona jurídica **LABORATORIO CLÍNICO ESCOBAR SANTANDER LIMITADA, RUT 77.042.346-5**, en adelante "el prestador", solicita inscripción en el Rol de Prestadores de la Modalidad de Libre Elección con emisión electrónica de Bonos de Atención de Salud (BAS-e), mediante **Solicitud de Convenios N° 44424 de fecha 14.11.2019**;
2. Que, el prestador está representado legalmente por **D. CAROLINA ESCOBAR SANTANDER, RUN 16.631.759-2**;
3. Que, se adjuntó a dicha solicitud, los documentos administrativos y técnicos exigidos para el tipo de prestador y prestaciones de salud que postula inscribir, dando con ello cumplimiento a los requisitos definidos por el Fondo Nacional de Salud, en el procedimiento de inscripción y convenios del Rol de la Modalidad de Libre Elección, por lo que dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

I.- **AUTORÍCESE** la inscripción en el Rol de la Modalidad de Libre Elección a **LABORATORIO CLÍNICO ESCOBAR SANTANDER LIMITADA, RUT 77.042.346-5** 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 143º DFL N°1/2005 y artículo 45º del D.S. N° 369 de 1985. De igual manera deberá dar cumplimiento a todas las resoluciones, instrucciones o circulares que emanen del fondo Nacional de Salud y que le sean notificadas

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

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

CUARTO:

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

QUINTO:

El Prestador queda obligado a permanecer en el grupo de su inscripción de las prestaciones, por un tiempo no inferior a seis meses, contados desde la fecha de este convenio. Una vez cumplido el período, el Prestador podrá cambiar el grupo previa comunicación por escrito al Fondo y de acuerdo al procedimiento establecido por éste. El cambió regirá a contar de la fecha de la Resolución que apruebe el cambio.

SEXTO:

Constituye obligación del prestador, proporcionar a los afiliados y beneficiarios del DFL Nº1/2005 las prestaciones de salud que su capacidad técnica y de infraestructura le permitan, otorgándolas en forma oportuna y adecuada a los conocimientos y experiencia de su equipo profesional, reconociendo y respetando los derechos consustanciales del usuario.

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

SÉPTIMO:

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

OCTAVO:

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

NOVENO:

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

DÉCIMO:

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

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

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

UNDÉCIMO:

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

Asimismo, debe asegurarse que las prestaciones cobradas dispongan de los registros que respalden las atenciones otorgadas, para lo cual confeccionará las respectivas fichas clínicas, excepto cuando se trate de atenciones de salud que requieren otro tipo de registros (informes de laboratorio, imagenología, anatomía patológica, procedimientos diagnósticos o terapéuticos, entre otros).

El Fondo pagará al prestador:

- a. las órdenes de atención que éste, presente a cobranza que contemplen los requisitos y datos exigidos por las normas técnico administrativas, se ajusten a las instrucciones del Fondo y contengan la firma y timbre del representante de la entidad.
- b. las órdenes de atención 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 clínicos y que correspondan a prestaciones que efectivamente requiera el beneficiario.

El Fondo no pagará al prestador:

- a. las órdenes de atención ilegibles, con alteraciones o enmendadura de los datos consignados al momento de la emisión o con omisiones de los datos que debe proporcionar el prestador, mientras no sean subsanados estos defectos en forma y fondo a

satisfacción de Fonasa.

- b. órdenes de atención 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 técnicas inferiores a las exigidas por el Fondo.
- c. No procede el cobro de prestaciones de medicina preventiva realizada en operativos médicos preventivos.

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

DUODÉCIMO:

El prestador reconoce las facultades del Fondo con respecto a la tuición, administración y fiscalización permitiéndole verificar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el DFL 1/2005, del Ministerio de Salud, el Arancel de prestaciones y las Normas Técnico Administrativas para su aplicación, 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 documentación o antecedentes que requiera el Fondo o su personal fiscalizador, resguardando lo establecido en el artículo 10 de la ley 19.628 de 1999 sobre protección de datos de carácter personal, como igualmente otorgar todas las facilidades de acceso a las oficinas, establecimiento, o dependencia donde realice las prestaciones de salud.

DÉCIMO TERCERO:

El Fondo queda facultado para modificar la nómina de prestaciones médicas, ampliándola o restringiéndola, si verifica que se ha modificado la infraestructura, el equipamiento u otra condición técnica 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 podrá, previa calificación del caso, resolver la suspensión transitoria del presente convenio y de la inscripción pertinente, fijando un plazo para que dentro de él, el Prestador regularice su situación. La suspensión será formalizada por resolución fundada y la notificación al Prestador se hará por carta certificada.

DÉCIMO CUARTO:

El convenio del Prestador, caducará automáticamente, en las siguientes situaciones:

- a. Disolución de la sociedad inscrita;
- b. Cancelación de la personalidad jurídica;
- c. Declaración de quiebra.
- d. Por inhabilidad legal sobreviniente.
- e. Incapacidad física o mental legalmente declarada.
- f. Falta de la autorización sanitaria cuando corresponda.

DÉCIMO QUINTO:

En los casos de prestadores que no presenten cobranza de órdenes o bonos de atención de salud, en un plazo de doce meses, se entenderá que el convenio suscrito para atención en la Modalidad de Libre elección, se encuentra en condición de "inactivo", la que se modificará a "Vigente", en el momento en que un asegurado, solicite la emisión de un bono de atención, pudiendo el prestador reactivar los cobros de prestaciones en cualquier momento, en la medida que se mantengan las condiciones técnicas iniciales del convenio, y no existan sanciones o medidas administrativas pendientes de cumplimiento.

En caso que la condición de inactivo supere 5 años, el Fondo determinará previa evaluación de las competencias, infraestructura e instalaciones del prestador, si para la reactivación se requerirá la celebración de un nuevo convenio de inscripción.

DÉCIMO SEXTO:

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

- a) Presentación para cobro o cobro indebido de órdenes de atención y programas; de honorarios adicionales por sobre el valor establecido para el grupo de Rol correspondiente; y de recargo improcedentes;
- b) Prescripción para la emisión de órdenes de atención o emisión de programas médicos, con fines distintos a los señalados en la Ley;
- c) Incumplimiento de las normas legales, reglamentarias y arancelarias que rigen la Modalidad de Libre Elección; y regulan la aplicación de su Arancel, incluyendo en ellas las Resoluciones dictadas por el Ministerio y publicadas en el Diario Oficial.

DÉCIMO SÉPTIMO:

Si se acredita una o más de las infracciones señaladas en la cláusula anterior, el Fondo notificará al Prestador para que dentro del quinto día hábil, formule sus descargos. Transcurrido dicho plazo, con los descargos o sin ellos, el Director del Fondo o en quien delegue la facultad, dictará una resolución fundada en la que absolverá o aplicará al prestador las medidas de sanción establecidas en el Libro II del DFL 1/2005 del Ministerio de Salud.

- a. Amonestación;
- b. Suspensión hasta por 180 días de ejercicio en la Modalidad de Libre Elección;
- c. Cancelación de la inscripción,
- d. Multa a beneficio fiscal hasta por 500 Unidades de Fomento, la que podrá acumularse a cualquiera de las otras sanciones.

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

Dejase establecido que el no pago de las multas facultará al Fondo para la suspensión del contrato.

DÉCIMO OCTAVO:

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

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

DECIMO NOVENO: TERMINO ANTICIPADO.

Tanto el prestador como Fonasa, podrán poner término a la inscripción en las circunstancias siguientes:

a) Por renuncia voluntaria del prestador a su inscripción en el rol de prestadores, quien lo comunicará mediante el Formulario respectivo, que puede obtener a través de la página web o en cualquier sucursal del Fonasa. En el caso de profesionales personas naturales puede hacer el trámite a través de la página web de Fonasa.

Fonasa evaluará los antecedentes y con su aceptación expresada mediante resolución, producirá el consentimiento al efecto.

b) Por resolución exenta de Fonasa, en cuanto a las causales siguientes:

1. Por inhabilidad legal sobreviniente (incapacidad física o mental legalmente declarada); por falta de autorización sanitaria. Todo ello según lo establece el DS N° 369/85 en su Art. 52.
2. Con resolución exenta firmada por el Director de Fonasa, cuando se trate de cancelación de la inscripción por incumplimiento de las normas legales que regulan la MLE, al haberse comprobado una o más infracciones señaladas en el artículo 50 del DS N° 369/85.
3. Por fallecimiento, según información del Registro Civil.

Sin perjuicio de las causales que originen el término de una inscripción, el Fondo Nacional de Salud, establecerá cuando corresponda, los mecanismos y plazos para la presentación en cobranza de Documentos de Pago, por atenciones efectuadas en fecha anterior al término de la inscripción.

VIGÉSIMO:

El Fondo autoriza al prestador para incorporarse al Sistema de Emisión Electrónica de Bonos de Atención de Salud (BAS), sistema de venta que se realiza el día de la atención, en el mismo lugar y para el prestador elegido por el beneficiario para su atención, previo a lo cual se requiere la validación con lectura biométrica de la huella digital de los beneficiarios señalados en el libro II del DFL 1/2005, de Salud.

VIGÉSIMO PRIMERO:

A la emisión electrónica de BAS en prestador, así como a la emisión tradicional en sucursal o entidad delegada del Fondo, les es aplicable la normativa de la Modalidad de Libre Elección 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. del Fondo N° 135, 2002 y sus modificaciones y las Normas Técnico Administrativas dictadas por el Ministerio de Salud, para la aplicación del arancel de prestaciones de la Modalidad de Libre Elección.

VIGÉSIMO SEGUNDO:

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

La operación y funcionamiento del sistema, se regirá por las condiciones establecidas en la R.E. N° 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 "Anexo Prestaciones Bono Electrónico" que forma parte del convenio.

Sólo podrán referirse a prestaciones de salud, que se encuentren autorizadas al prestador en el convenio de Inscripción que se singulariza en la comparecencia y dentro de la codificación permitida para este sistema de emisión electrónica. El prestador deberá facilitar la función de supervisión y auditoría que realice el Fondo Nacional de Salud.

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

VIGÉSIMO TERCERO:

El punto de emisión instalado en lugar de atención señalado por el prestador, deberá cumplir con la imagen corporativa del Fondo, según las definiciones que entregue Fonasa.

VIGÉSIMO CUARTO:

Para el otorgamiento de los servicios de emisión electrónica, el prestador suscribirá con la empresa proveedora del sistema, un contrato de arrendamiento de equipos y sistemas computacionales. La relación contractual descrita, no constituye ningún tipo de responsabilidad para Fonasa.

Asimismo, se deja establecido, que FONASA no tiene ningún tipo de vínculo laboral, funcionario o contractual con el personal que habilite el prestador para laborar en lugar de atención con venta en prestador, por lo que el pago de sus remuneraciones, cotizaciones previsionales y demás beneficios y asignaciones, serán de exclusiva responsabilidad de dicho prestador.

VIGÉSIMO 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).

VIGÉSIMO SEXTO: LICENCIA MEDICA ELECTRÓNICA

El prestador que suscribe el presente convenio, deberá utilizar para la emisión de licencias médicas el formulario electrónico que disponga la Compin. Solo en casos de fuerza Mayor, se autorizará la emisión de licencias médicas en formulario papel. El incumplimiento de la presente cláusula habilitará al Fonasa para suspender, cancelar o aplicar las demás sanciones que procedan.

VIGÉSIMO SEXTO:

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

- Incumplimiento de lo establecido en las cláusulas del convenio.
- 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.
- 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.

VIGÉSIMO SÉPTIMO:

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

VIGÉSIMO OCTAVO:

El presente convenio tiene una duración indefinida y entra en vigencia a contar de la fecha de la total tramitación de la resolución exenta que apruebe el presente convenio.

VIGÉSIMO NOVENO:

El presente convenio se firma en un original, quedando la copia para el Fondo Nacional de Salud, quien mediante resolución exenta enviará la que corresponde al Prestador. En el caso que la inscripción del prestador se realice vía página web del Fonasa, bastará con la aceptación tácita de estos términos en la propia página.

II.- **REGÍSTRESE**, en el convenio del prestador, las siguientes sucursales según detalle:

SUCURSAL	
DIRECCIÓN	TELÉFONO
VALENTÍN LETELIER N° 815 – VILLARRICA	452412736

PRESTACIONES AUTORIZADAS			
0301002 A 0301003	0301005 A 0301008	0301013 A 0301015	0301017
0301020 A 0301022	0301024 A 0301030	0301033 A 0301035	0301039 A 0301042
0301044 A 0301045	0301048 A 0301051	0301054	0301059
0301062 A 0301064	0301066 A 0301070	0301075	0301082 A 0301083
0301085 A 0301086	0301089 A 0301095	0302001 A 0302002	0302004 A 0302005
0302008 A 0302010	0302070	0302011 A 0302013	0302015
0302017 A 0302020	0302067 A 0302068	0302021	0302023 A 0302027
0302030 A 0302036	0302039 A 0302040	0302042 A 0302043	0302045 A 0302048
0302050	0302052 A 0302053	0302055 A 0302058	0302075
0302060 A 0302061	0302076	0302063 A 0302064	0302066
0302077 A 0302082	0303001 A 0303004	0303006 A 0303009	0303012
0303014 A 0303016	0303047 A 0303048	0303017	0303031
0303018 A 0303021	0303046	0303022 A 0303023	0303123
0303024 A 0303030	0303049	0303033	0303035
0303039	0303050 A 0303051	0305001 A 0305005	0305007 A 0305009
0305070	0305170	0305010	0305012 A 0305014
0305019 A 0305021	0305025 A 0305029	0305031	0305034
0305081	0305181	0305082 A 0305086	0305035 A 0305041
0305080	0305042	0305044	0305047

0305049	0305089	0305052 A 0305053	0305056 A 0305058
0305060	0305062 A 0305063	0305087 A 0305088	0306005
0306007 A 0306008	0306011 A 0306014	0306016 A 0306017	0306019
0306022 A 0306023	0306026 A 0306028	0306033 A 0306034	0306036 A 0306039
0306041 A 0306042	0306094	0306043	0306045 A 0306047
0306049	0306051 A 0306054	0306056	0306059
0306061	0306066	0306095 A 0306096	0306068 A 0306069
0306169	0306070	0306170	0306270
0306074 A 0306076	0306078 A 0306082	0307011 A 0307012	0308001
0308003 A 0308006	0308009 A 0308012	0308014 0308023	0308029 0308031
0308033	0308036 A 0306037	0308040 A 0308041	0308043 A 0305046
0309001 A 0309002	0309004 A 0309016	0309035	0309017
0309019 A 0309025	0309027 A 0309029	--	--

PLANTA PROFESIONAL			
NOMBRE	RUN	PROFESIÓN	MENCIÓN
ROXANA ODETTE ESCOBAR SANTANDER		TECNÓLOGO MÉDICO	LABORATORIO CLÍNICO, BANCO DE SANGRE Y HEMATOLOGÍA
VANINA MACARENA CUEVAS MORALES		TECNÓLOGO MÉDICO	LABORATORIO CLÍNICO, BANCO DE SANGRE Y HEMATOLOGÍA

III.- **AUTORÍCESE**, la emisión electrónica de Bonos de Atención de Salud en el siguiente lugar de atención:

DIRECCIÓN	TELÉFONO
VALENTÍN LETELIER N° 815 – VILLARRICA	452412736

IV.- **RECHÁCESE**, los siguientes códigos arancelarios solicitados por los motivos que se indican:

PRESTACIONES RECHAZADAS				MOTIVO DEL RECHAZO
0301018	0301031	0301037	0301084	CÓDIGOS INEXISTENTES EN EL ARANCEL
0305022	0305023	0305024	0305032	
0305046	0305090	0309026	0309030	

V.- **AUTORÍCESE**, la inscripción del prestador a contar de la fecha de la presente resolución.

VI.- **NOTIFÍQUESE**, lo resuelto al prestador, en forma digital a la dirección de contacto, informada en los antecedentes del respectivo convenio o presencial en dependencias del Fondo Nacional de Salud.

Anótese, Comuníquese y Archívese,

"Por orden del Director"



JORGE CLAUDE GARCÍA HUIDOBRO
DIRECTOR(A) ZONAL SUBROGANTE
FONDO NACIONAL DE SALUD

JCG / JCP / mavm
DISTRIBUCIÓN:

Firmado Electrónicamente en Conformidad con el Artículo 2 y 3 de la Ley 19.799. Validar número de documento en www.fonasa.cl

ABRbOoHC

Código de Verificación