



**FONASA NIVEL CENTRAL  
DIVISIÓN FISCALÍA  
DPTO. DE ASESORÍA JURÍDICO ADMINISTRATIVA**



**RESOLUCIÓN EXENTA 3G N° 10963 / 2021**

**MAT.: APRUEBA CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DÍA CAMA INTEGRAL ALERTA SANITARIA CORONAVIRUS INTER-SERVICIOS PÚBLICOS SUSCRITO ENTRE EL FONDO NACIONAL DE SALUD Y LA CAJA DE PREVISIÓN DE LA DEFENSA NACIONAL.**

**SANTIAGO , 24/11/2021**

**VISTOS:**

Lo dispuesto en el Libro I del D.F.L. N° 1/2005, del Ministerio de Salud; lo previsto en la Ley N° 19.880; el artículo 9° la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado a Ley N° 21.289, del Ministerio de Hacienda, que aprueba el presupuesto del sector público para el año 2021; las facultades que me confiere el Decreto Supremo N° 27/2018 del Ministerio de Salud; la Resolución Exenta 4A/N° 28/2019 del Fondo Nacional De Salud; lo señalado en las Resoluciones N° 7, 8 de 2019 y N° 16 de 2020, de la Contraloría General de la República; y

**CONSIDERANDO:**

1. Que, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), es un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, que depende del Ministerio de Salud, para los efectos de someterse a la supervigilancia de éste en su funcionamiento y a cuyas políticas, normas y planes deberá someterse en el ejercicio de sus actividades.
2. Que, en ese contexto de acuerdo al D.F.L. N°1 de 2005, le corresponde financiar, en todo o en parte, de acuerdo a las políticas y prioridades de salud para el país que defina el Ministerio de Salud, y a lo dispuesto en el Régimen de Prestaciones de Salud, a través de aportes, pagos directos, convenios u otros mecanismos que establezca mediante resolución, las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Régimen, en cualquiera de sus modalidades, por organismos, entidades y personas que pertenezcan o no al Sistema o dependan de éste, sean públicos o privados. Asimismo, deberá cuidar que el financiamiento que efectúe corresponda a las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios, así como velar por el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios por parte de los establecimientos y profesionales que, por ley o convenio, estén obligados a efectuarlas.
3. Que, mediante Decreto N°4, de 2020, del Ministerio de Salud, se declaró alerta sanitaria en todo el territorio de la República para enfrentar la amenaza a la salud pública producida por la propagación a nivel mundial del "Nuevo Coronavirus 2019 (2019-nCoV)". En virtud del artículo 6° N°2 del Decreto en referencia se facultó al Fondo Nacional de Salud para efectuar la adquisición directa de bienes, servicios o equipamiento que sean necesarios para el manejo de esta urgencia.
4. Que asimismo, debido al déficit existente en la Red Pública de Salud, en especial en períodos de congestión en que aumenta la demanda de atención de pacientes que se ve superada por la demanda del sistema, así como para enfrentar adecuadamente su rol de asegurador público, el Fondo Nacional de Salud requiere realizar la compra de servicios de salud de Día Cama Integral, para dar continuidad en el tratamiento de los pacientes Adultos, 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).
5. Que, la prestación de salud indicada de día cama integra, por alerta sanitaria por coronavirus para pacientes 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), en razón del déficit existente en la Red Pública de Salud, en especial en períodos de congestión en que aumenta la demanda de atención de pacientes que se ve superada por la demanda del sistema, justifica la medida de contar con un número de proveedores adicionales, que a todo evento puedan satisfacer las necesidades descritas.
6. Que, en ese tenor la Caja de Previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA), cuenta con la capacidad técnica y administrativa para dar cumplimiento a la prestación de los servicios encomendados de Día Cama Integral para la continuidad de tratamiento de pacientes Adultos.
7. Que en ese contexto, CAPREDENA y el FONASA con fecha 01 de septiembre de 2021, suscribieron un Contrato de Prestación de Servicios de Salud Día Cama Integral Alerta Sanitaria Coronavirus Inter-Servicios Públicos, cuyo texto debe ser aprobado por el respectivo acto administrativo.

8. Que, la contratación a que se refiere esta Resolución, se realiza conforme al artículo 9 inciso 3° de la Ley N° 18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, mediante contratación directa, esto es, sin la concurrencia de los requisitos para la licitación pública o privada, es decir, sin aquel procedimiento de carácter concursal mediante el cual se realiza un llamado público convocando a los interesados; todo ello por tratarse de casos de emergencia, urgencia o imprevisto. En efecto, dado el déficit de oferta existente en la Red Pública de Salud, en especial en períodos de congestión en que aumenta la demanda de atención de pacientes por la propagación a nivel mundial del Nuevo Coronavirus 2019 (2019-nCov), como ocurre en la actualidad y efectuar un proceso licitatorio atendida la naturaleza de la prestación y los montos involucrados, no permiten cumplir de manera eficiente el rol del FONASA poniendo así en riesgo la salud y bienestar de la ciudadanía.

9. 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, para el desarrollo de acciones conjuntas de apoyo o asistencia, destinadas al cumplimiento de un objetivo común, con compromiso de realizar labores específicas y complementarias, a fin de obtener resultados que beneficien a ambas, sin alterar las atribuciones que de conformidad a la ley les corresponden, ni delegar su ejercicio, las partes han decidido convenir la ejecución de acciones de colaboración mutua con el fin de brindar apoyo en la labor realizada por ambas partes.

10. Que, por razones de buen servicio y en el uso de mis facultades legales dicto la siguiente;

### RESOLUCIÓN:

**1° APRUÉBASE** el Contrato de Prestación de Servicios de Salud Día Cama Integral Alerta Sanitaria Coronavirus Inter-Servicios Públicos, suscrito con fecha 01 de septiembre de 2021, suscrito entre la Caja de Previsión de la Defensa Nacional y el Fondo Nacional de Salud, cuyo texto es del siguiente tenor literal:

#### **CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DÍA CAMA INTEGRAL ALERTA SANITARIA CORONAVIRUS INTER-SERVICIOS PÚBLICOS**

**ENTRE**

**FONDO NACIONAL DE SALUD**

**Y**

**CAJA DE PREVISIÓN DE LA DEFENSA NACIONAL**

En Santiago, a 1° de septiembre de 2021, entre el **FONDO NACIONAL DE SALUD**, persona jurídica de Derecho Público, creada por el Decreto Ley N°2.763 de 1979, [REDACTED], representado para estos efectos, según se acreditará, por su Director Nacional, don **MARCELO MOSSO GOMEZ**, cédula nacional de identidad [REDACTED], ambos con domicilio en calle Monjitas N°665, comuna y ciudad de Santiago, en adelante "FONASA", por una parte y, por la otra parte, la **CAJA DE PREVISIÓN DE LA DEFENSA NACIONAL**, (CAPREDENA), [REDACTED] en adelante "La Caja, CAPREDENA o el prestador", representada por su Fiscal, don **MAURICIO GARCIA CUELLO**, chileno, abogado, cédula de identidad [REDACTED], quien comparece en calidad de Vicepresidente Ejecutivo Subrogante en conformidad a lo previsto en el DFL. N°31 de 1953, del Ministerio de Defensa Nacional, ambos con domicilio en Paseo Bulnes N°102, comuna y ciudad de Santiago, y en conjunto denominadas "las partes", expresan que han convenido el siguiente contrato de prestación de servicios, el que se registrará de conformidad a las estipulaciones que a continuación se expresan:

#### **CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES GENERALES DE LA CONTRATACIÓN.**

Mediante Decreto N°4, de 2020, del Ministerio de Salud, se declaró alerta sanitaria en todo el territorio de la República para enfrentar la amenaza a la salud pública producida por la propagación a nivel mundial del "Nuevo Coronavirus 2019 (2019-nCoV)". En virtud del artículo 6° N°2 del Decreto en referencia se facultó al Fondo Nacional de Salud para efectuar la adquisición directa de bienes, servicios o equipamiento que sean necesarios para el manejo de esta urgencia.

Asimismo, debido al déficit existente en la Red Pública de Salud, en especial en períodos de congestión en que aumenta la demanda de atención de pacientes, que se ve superada por la demanda del sistema acrecentado por la alerta sanitaria indicada en el párrafo precedente, justifica la medida de realizar la compra de servicios de salud de día para Alerta Sanitaria Coronavirus.

En consecuencia, y para los efectos señalados en los párrafos precedentes, así como para enfrentar adecuadamente su rol de asegurador público, el Fondo Nacional de Salud requiere realizar la compra de servicios de Día Cama Integral para la continuidad de tratamiento de pacientes Adultos, 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).

#### **CLÁUSULA SEGUNDA: CONTRATO Y DOCUMENTOS QUE INTEGRAN LA RELACIÓN CONTRACTUAL.**

Para la ejecución de los servicios, el prestador deberá sujetarse a las condiciones pactadas en este Acuerdo y en 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) Cartera de servicios del prestador (Anexo N°1)

FONASA utilizará el correo electrónico que el proveedor consigne en el Anexo N°2 "Datos del Prestador", como medio para efectuar cualquier comunicación a que diere lugar el presente contrato, incluidas las notificaciones propias del procedimiento de término anticipado del contrato, en el caso que sea procedente su aplicación.

### **CLÁUSULA TERCERA: OBJETO DEL CONTRATO.**

El prestador deberá otorgar el servicio Día Cama Integral, para dar continuidad en el tratamiento de los pacientes Adultos, derivados por vía UGCC.

Lo anterior, sin perjuicio que no existe obligación de un número determinado de resoluciones diagnósticas a contratar por parte del FONASA.

### **CLÁUSULA CUARTA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS.**

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

#### **Definición:**

Es aquella prestación de salud, definida para la internación y cobertura de atención de 24 horas, para otorgar integralmente la continuidad en el tratamiento de los pacientes Adultos, que requieren niveles de cuidados básicos y/o medios.

#### **Prestación:**

Hospitalización en unidades de hospitalización de Cuidados Básicos y/o Medios (ex agudos) del Adulto.

### **CLÁUSULA QUINTA: RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUCTURA.**

El prestador cuenta con los recursos humanos (profesionales médicos y profesionales de salud no médicos) adecuados para el otorgamiento de los servicios de salud, a fin de que se garantice que las atenciones en salud alcancen los niveles de calidad exigibles.

El prestador, sin perjuicio de lo anterior, deberá informar a FONASA los cambios en la planta de recursos humanos, en un plazo no superior a 30 días de ocurrido dichos cambios.

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 con las diferentes atenciones a brindar en relación con la categoría de atención.

### **CLÁUSULA SEXTA: PROCESO DE DERIVACIÓN, ATENCIÓN Y ALTA.**

Con el objetivo de facilitar el proceso de derivación, atención y rescate de los beneficiarios, cada hospital derivador deberá informar a la UGCC el cargo, teléfono y correo electrónico y/o fax del encargado del hospital, para solicitar las derivaciones a través de la plataforma ministerial. Además, los Servicios de Salud deben designar un encargado para las derivaciones de todos sus establecimientos dependientes, con el objetivo de intervenir en las derivaciones de casos especiales o en momentos que el hospital derivador no cuente con su referente a cargo.

Asimismo, el prestador cuenta con un profesional a cargo de la gestión, monitoreo y reinserción, en caso necesario, a su servicio de salud (Atención Primaria), de los beneficiarios derivados.

A su vez, el prestador deberá informar a la UGCC el nombre, cargo, teléfono y correo electrónico y/o fax del encargado para gestionar las derivaciones, a través de esta plataforma, y los teléfonos de contacto con sus distintas unidades para la solicitud de cama.

#### **Proceso de derivación:**

La derivación de pacientes hacia el prestador será realizada por los hospitales públicos del Sistema Nacional de Servicios de Salud desde cualquier servicio clínico, tales como Unidades de emergencias o servicio de Urgencia (SU), Unidades de paciente crítico (UPC), Unidad de Cuidados especiales, etc., y deberán ser intermediadas por la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL. Dicho proceso será efectuado a través de la plataforma UGCC

La Unidad de gestión centralizada de camas derivará, de acuerdo a la evaluación previa de la condición clínica del paciente y su necesidad de atención médica, en base a la disponibilidad de oferta de camas y un ranking de derivación, que se establecerá según criterios aprobados mediante Resolución N°6.378, de 2016, del FONASA, además de las siguientes consideraciones:

- a. La derivación de pacientes se efectúa a través de la plataforma UGCC, la cual cuenta con un manual de procedimientos, donde se establece claramente que el contacto para solicitud de antecedentes se realiza de forma telefónica y/o vía correo

electrónico, en acuerdo con ambos profesionales médicos. Cualquier solicitud de informe o de antecedentes médicos del paciente, podrá ser solicitada una vez formalizada la derivación, sin perjuicio que se solicite el traslado del paciente en conjunto con los antecedentes médicos que corresponda. Este traslado será responsabilidad del hospital de origen que derive al paciente, utilizando los medios que el caso y su complejidad requiera.

- b. Si el prestador no cuenta con la acreditación ante la Superintendencia de salud, y no hayan iniciado dicho proceso, no podrán recibir derivaciones de pacientes con sospecha diagnóstica o diagnóstico establecido de patología con Garantías Explícitas en Salud GES.
- c. En los casos de pacientes que requieran atención por las siguientes Garantías Explícitas en Salud (GES): cardiopatía congénita, Gran Quemado y Trasplantes, no podrán ser derivados en virtud de la presente contratación, toda vez que FONASA cuenta con otros mecanismos para la atención de estas enfermedades específicas.
- d. En el caso que la cardiopatía congénita sea diagnosticada como hallazgo dentro del proceso de hospitalización, previo a la notificación y en coordinación con el hospital de origen, se activarán los mecanismos dispuestos para el traslado del paciente a su red de atención, para la resolución de su patología. Sin embargo, si la Red de atención correspondiente al paciente, no tiene capacidad para dar respuesta a su necesidad de salud, se activarán los mecanismos secundarios dispuestos para otorgar una atención oportuna.
- e. Para aquellos casos de beneficiarios portadores de patologías de origen cardiovascular agudas, se dará prioridad de inicio de búsqueda de derivación en prestadores que cuenten con capacidad resolutive médica y médico-quirúrgica, frente a la eventualidad y riesgo que el caso requiera de una resolución de mayor complejidad de su patología.
- f. La presente contratación considera la compra de servicios de salud para beneficiarios que requieren continuidad en el tratamiento hospitalización, bajo el modelo de camas integrales para pacientes Adultos, cumpliendo los siguientes requisitos:
  - Pacientes neuroquirúrgicos sin acciones quirúrgicas pendientes. Con pase autorizado por neurocirujano: Paciente que requiera neuro rehabilitación, debe ser manejado por Kinesiólogo, Fonoaudiólogo y Terapia ocupacional, según su requerimiento; paciente que requiera completar tratamiento médico básico, como completar tratamiento antibiótico, paciente que requiera manejo de traqueostomía, sin acciones pendientes por Neurocirugía.
  - Pacientes neurológicos para Rehabilitación de deglución por fonoaudiología e intervenciones de kinesioterapia y terapia ocupacional en transición rehabilitación ambulatoria; completar tratamientos antibióticos, traslapes de terapia anticoagulante, etc., enfermedades degenerativas que necesiten rehabilitación o permanencia en recinto hospitalario, por necesidad de completar terapia médica o de intervención del equipo de rehabilitación.
  - Pacientes Traumatológicos: Paciente a la espera de una segunda cirugía; paciente que requiere tratamiento con tratamiento antibiótico prolongado de, al menos, 4 a 6 semanas (debe llevar tratamiento antibiótico desde su hospital); politraumatizados con tutor externo a la espera de cirugías consecutivas o antibióticos ev, y rehabilitación constante por lo que se mantienen hospitalizados por cuidados que no se pueden entregar en atención domiciliaria; pacientes con infecciones peri protésicas entre 55 y 90 años, que se resuelven en 2 tiempos, primero retiro, luego antibióticos por 6 a 8 semanas y cirugía definitiva (caderas y rodillas).
  - Pacientes Médicos: Pacientes que requieran tratamiento endovenoso, subcutáneo o intramuscular, con frecuencia máxima de 4 de atención diarias; pacientes que requieran kinesioterapia respiratoria o motora máximo cada 8 horas; pacientes con requerimiento de oxígeno (O2) para su tratamiento agudo, o en espera de ingreso a programa de oxígeno domiciliario; pacientes cardiopatas o nefrópatas que requieren permanencia prolongada y vigilancia de su terapia; pacientes con requerimiento de manejo de gastrostomía y/o traqueostomía; paciente en fase terminal de su enfermedad, y/o en cuidados paliativos o de fin de vida.

#### Criterios de Exclusión:

Pacientes COVID + o KPC.

- Pacientes que no tengan adherencia al tratamiento.
- Rechazo por parte del paciente o tutor de trasladarse al prestador.
- Paciente en situación de abandono, sin red familiar o comunitaria (socio-sanitarios).
- Pacientes con patologías de salud mental.
- Oncológicas terminales y que requieren cuidados paliativos.

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

#### Proceso de atención:

##### a. Derechos y deberes del paciente:

El prestador deberá resguardar, durante el proceso de atención, el cumplimiento de la Ley N°20.584 que regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a la atención de salud, especialmente en: Informar al paciente sobre el tratamiento que se le otorgue y, en general, responder a cualquier consulta, orientación e información que éste requiera, otorgarle un trato digno y respetuoso, contar con personal en atención directa con identificación visible, contar con un libro de reclamos y sugerencias visible y accesible a los pacientes, etc.

- Al ingreso del paciente, el prestador deberá informarle a él, a su familiar directo o al representante legal, los alcances de la atención de salud y su modalidad de atención (Modalidad de Atención Institucional, MAI), dejando constancia a través del Formulario de "Consentimiento Informado" firmado por el paciente o quien le represente. Lo expuesto deberá realizarse dentro de los dos días hábiles, a contar del ingreso del paciente.

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

#### **b. Registros del proceso de atención:**

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

- Al ingreso del paciente el prestador deberá registrar anamnesis completa del estado clínico del paciente, y luego consignar de forma diaria la evolución de éste en sistema informático UGCC. Dicha evolución debe ser consignada en la pestaña de Observaciones "Derivaciones exitosas", y debe ser una actualización del estado clínico que contenga al menos: cambios en estado de salud o tratamiento, procedimientos y exámenes relevantes, nuevos hallazgos, eventos adversos (UPP, caídas, iatrogenias, IAAS), entre otros. No se aceptará que el prestador adjunte evoluciones diarias en formato Word o PDF.
- Informe médico del estado del paciente, toda vez que se requiera por el hospital de origen, Servicio de Salud, FONASA o UGCC MINSAL.
- Creación, luego del parto, de los casos de recién nacido de madres trasladadas vía UGCC, que requieran de cama neonatológica. Plazo máximo 24 horas hábiles para registro en plataforma UGCC MINSAL, a través de llamado a Call Center.
- Al egreso, la epicrisis debe ser adjuntada como documento en formato Word o PDF, en la plataforma UGCC.
- Solicitudes de Gestión y/o Rescate al Hospital de Origen en plataforma UGCC.
- Si durante el proceso de atención, el paciente es diagnosticado con alguna patología GES, el prestador debe realizar la notificación de dicha patología mediante el "Formulario de constancia información al paciente GES", el cual debe ser correctamente llenado y firmado por el paciente. Paralelamente, debe informar de esta situación al referente GES del Hospital de Origen, y enviar el formulario descrito, de forma que éste tome conocimiento del caso e inicie las gestiones que se requieran. Del mismo modo, deberá realizarse las notificaciones que correspondan en caso de encontrarse en alguna de las siguientes situaciones: pacientes en urgencia vital o secuela funcional grave GES, y/o personas beneficiarias de Ley Ricarte Soto que contempla la Ley N°20.850.

#### **Proceso de alta:**

##### **a. Egreso.**

La presente contratación considera la compra de servicios de salud para beneficiarios que requieren continuidad en el tratamiento hospitalización, bajo el modelo de camas integrales para pacientes Adultos, por lo que el beneficiario debe ser dado de alta a domicilio o alta por fallecimiento, y cumpliendo los siguientes requisitos:

- Una vez egresado el paciente, es deber del prestador entregarle al paciente o a su acompañante una epicrisis con informe médico que resuma diagnóstico, exámenes, procedimientos, tratamiento efectuado y evolución del cuadro médico.
- En los casos que el paciente requiera control de su patología aguda o crónica, el prestador debe coordinar en el hospital público o APS la fecha y hora de su control, y entregar el tratamiento medicamentoso hasta esa fecha.

##### **b. Rescate al hospital de origen.**

El prestador puede presentar solicitud de rescate sólo en los siguientes casos:

- Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET): Pacientes que por condición clínica (pronóstico ominoso y/o mala calidad de vida), se decide no aplicar medidas extraordinarias o desproporcionadas en cuanto a objetivo terapéutico. Decisión médica tomada con consentimiento de familiares (LET firmado), y que se encuentren con medidas de soporte básico, vale decir, requerimiento de cama básica.
- b.
- Usuario con patología psiquiátrica, cuyo cuadro clínico que generó la derivación, provocado por una exacerbación de patología mental de base, se encuentra resuelto, pero dada condición basal requiere continuación de tratamiento.

Ante la presencia de esta causal, el prestador deberá informar vía plataforma electrónica (UGCC MINSAL) los requerimientos presentados con sus correspondientes justificaciones, debiendo adjuntar informe médico completo para la solicitud; de forma paralela, debe informar a hospital de origen dicha solicitud, a través de correo electrónico, con copia al administrador del convenio o a quien se designe para estos efectos.

##### **c. Gestión al hospital de origen para continuidad de tratamiento.**

Previo al alta se pudiera presentar algunas situaciones en que el prestador requiriera gestiones específicas, por parte del Hospital de origen para asegurar la continuidad del cuidado del beneficiario; es así que, debe solicitar dichas gestiones a través de la plataforma informática de UGCC MINSAL, además de correo electrónico dirigido a hospital de origen, con copia, según corresponda, a referente de Servicio de Salud a cargo de Salud Mental, Salud respiratoria y GES.

Para las solicitudes de coordinaciones con la Red pública para la continuidad de atención, el prestador deberá realizar la solicitud a través de la plataforma UGCC de forma inmediata, luego de identificar esta necesidad, siendo el hospital de origen quién debe dar respuesta a la solicitud, de manera de no generar perjuicio ni interrupción del cuidado del paciente.

A su vez, el prestador debe contar con la autorización de FONASA y/o UGCC registrado en plataforma, para proceder con el traslado del paciente al hospital de origen.

**d. Plazo de respuesta de la red pública.**

El prestador público contará con 3 días hábiles para realizar las coordinaciones necesarias con su Red de salud, tanto para las causales "Rescate al hospital de origen" y "Gestión al hospital de origen para continuidad de tratamiento"; una vez cumplido ese plazo, el prestador procederá al cierre administrativo del caso por el convenio.

**e. Pacientes que requieren un segundo tiempo quirúrgico para resolución integral de su problema de salud.**

En los casos en que el paciente luego de ser dado de alta del prestador, y que por su condición, evolución o técnica quirúrgica, requiera de un segundo tiempo quirúrgico, este deberá ser otorgado por el prestador privado que realizó la primera atención, bajo las mismas condiciones de atención, facturación y pago establecidas en esta contratación, vale decir, el paciente será atendido bajo Día Cama Integral, y su pago será realizado por FONASA, por el Precio ofertado por el prestador.

El proceso de facturación y pago se realizará solicitando la misma documentación establecida en la cláusula séptima, la cual será solicitada mediante correo electrónico.

**f. Proceso de cierre derivación:**

El prestador deberá registrar en plataforma UGCC MINSAL fecha, hora, tipo de egreso y diagnóstico CIE 10 al momento del egreso del paciente, en un plazo máximo de 7 días corridos desde el alta; una vez realizado esto, el hospital de origen podrá cerrar el caso en el sistema, y la información será traspasada al sistema de pago de FONASA.

**g. Condiciones generales:**

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

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

**CLÁUSULA SÉPTIMA: PRECIO Y FORMA DE PAGO.**

Para la prestación de servicios de Día Cama Integral para continuidad en el tratamiento del paciente Adulto, el monto máximo estimado del contrato es de **\$500.000.000.- (QUINIENTOS MILLONES DE PESOS).**

El Precio por día cama integral (exento de IVA) corresponde a: \$210.000.- (doscientos diez mil pesos), que incluye los siguientes servicios:

- Cuidados de enfermería 24 horas
- Alimentación normal (oral)
- Atención Médica 24 horas
- Atención Kinesiología respiratoria diurna
- Fármacos e Insumos genéricos y/o bioequivalentes hasta \$500.000.- mensual.
- Exámenes de Laboratorio hasta \$100.000.- mensual.

El Prestador asume que al presentar un paciente con demandas que exceden la oferta, FONASA acepta las prestaciones adicionales conforme a los requerimientos clínicos de ese paciente. Las prestaciones adicionales tendrán los siguientes valores:

<b>PRESTACIONES ADICIONALES</b>	<b>ARANCEL / PRECIO</b>
INTERCONSULTAS MEDICAS	FONASA NIVEL 3
EXAMENES DE LABORATORIO	FONASA NIVEL 3
KINESIOLOGIA MOTORA Y FISIOTERAPIA	FONASA NIVEL 3
TERAPIA OCUPACIONAL	FONASA NIVEL 3
TRASLADOS: TRASLADO AMBULANCIA BÁSICA (IDA O VUELTA, DENTRO DE LA REGIÓN METROPOLITANA)	\$ 80.000
IMAGENOLOGIA	FONASA Nivel 3
ALIMENTACION	
ESPESTANTES	\$ 6.656
MODULO CALORICO	\$ 3.101
MODULO PROTEICO	\$ 9.205
SUPLEMENTO 2 KCAL.	\$ 1.699
SUPLEMENTO PUDIN	\$ 2.832

**Regla general de pago:**

La regla general de pago se aplicará por día cama integral de hospitalización. No obstante lo anterior, previa autorización de la UGCC, y con copia a FONASA, vía correo electrónico, se podrán realizar prestaciones adicionales a las incluidas en el día cama integral, entre otras: traslados, interconsultas, sesiones adicionales de kinesiología, sesiones de fonoaudiología, exámenes de

imagenología, las que deberán ser solicitadas por correo electrónico a la UGCC, y solo se podrán otorgar una vez que hayan sido autorizadas.

#### **a) Pre-facturación:**

El prestador deberá, dentro de los primeros 5 días hábiles de cada mes, presentar a FONASA un informe de pre-facturación mensual con todos aquellos pacientes atendidos 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, de corresponder
- Días de estadía
- Diagnóstico principal egreso
- Precio día cama del prestador
- Monto total de hospitalización

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

#### **b) Facturación.**

De no existir observaciones a la pre-facturación por parte del Fondo Nacional de Salud, el prestador podrá emitir la respectiva factura exenta de IVA.

La factura exenta de IVA deberá incluir el N° de Orden de Compra respectivo, y debe ser enviada por correo electrónico en formato XML en la casilla de correo, informada al [REDACTED]

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

Se hace presente expresamente que el pago de los servicios sólo podrá efectuarse una vez que la Resolución que apruebe el Contrato respectivo, se encuentre totalmente tramitada.

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

El no pago de facturas válidamente emitidas, en los plazos establecidos en el presente artículo, dará derecho al Prestador a suspender el ingreso de pacientes, hasta la regularización de los pagos.

#### **c) 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 8 días corridos para reclamar del contenido de la factura.

#### **d) Determinación de cuentas pendientes de pago al término de las derivaciones.**

Sólo podrán derivarse pacientes al prestador hasta el día en que termine el periodo de duración del contrato.

Finalizado el período de duración del contrato, el Administrador del Contrato determinará la nómina de pacientes derivados al prestador para el otorgamiento de las prestaciones de salud contratadas, cuyas cuentas no han sido cobradas y pagadas a dicha fecha. La información para determinar esta nómina será obtenida de los sistemas de derivación y registro que se utilicen en la gestión del contrato. La nómina contendrá el folio del caso, el nombre del paciente y su RUT.

Dicha nómina será comunicada al prestador mediante correo electrónico al Administrador del Contrato, el cual tendrá un plazo de quince días hábiles para aprobarla o formular los reparos que le parezcan. Si el prestador no formula reparos a la nómina indicada, se entenderá irrevocablemente aprobada.

En el evento que el prestador formule reparos a dicha nómina, el FONASA tendrá un plazo de diez días hábiles para resolver los reparos formulados.

Una vez aprobada la nómina por el prestador, expresa o tácitamente, o resueltos los reparos por el Administrador del Contrato, el FONASA dictará una Resolución que fije definitivamente la nómina de pacientes derivados al prestador, para el otorgamiento

de las prestaciones de salud contratadas, cuyas cuentas no han sido cobradas y pagadas a la fecha de término del período de duración del contrato. Dicha Resolución será notificada al Administrador del Contrato del prestador por correo electrónico.

Una vez finalizado el período de duración del contrato, el prestador sólo podrá presentar a cobro las cuentas correspondientes a los pacientes incluidos en la nómina aprobada por la resolución señalada en el párrafo que antecede.

El FONASA pagará dichas cuentas con cargo al monto máximo estimado del contrato, vigente a la fecha del pago. En el evento que el saldo del monto máximo estimado del contrato para el pago de tales cuentas fuera insuficiente, el Administrador del Contrato aprobará el pago con el mérito del contrato inicial, la orden de compra asociada al mismo, la resolución que aprueba la nómina de pacientes señalada en los párrafos que anteceden y el certificado de disponibilidad presupuestaria que se emita para respaldar dicho pago.

En el caso de mantenerse pacientes hospitalizados en virtud de este convenio en dependencias del Prestador al término del convenio, FONASA arbitrará las medidas para facilitar el egreso de los mismos, haciéndose cargo de los pagos que medien en el tiempo que demore tales gestiones.

#### **e) Otras Regulaciones.**

El FONASA solamente pagará por las prestaciones efectivamente otorgadas, lo que deberá estar debidamente respaldado con la documentación correspondiente, y que, en todo caso y más allá de los valores que se señalan en esta cláusula, los desembolsos que se efectúen no pueden superar, en su totalidad, el monto máximo de la contratación fijado en dicha estipulación.

#### **CLÁUSULA OCTAVA: DURACIÓN Y VIGENCIA DEL CONTRATO.**

El contrato tendrá una vigencia hasta el día 30 de junio de 2022, contados desde la total tramitación del acto administrativo que dicte el FONASA, aprobándolo.

No obstante la vigencia señalada, y por razones de buen servicio, las partes acuerdan que las prestaciones se otorgarán a contar de la fecha de suscripción del contrato, quedando todo pago postergado hasta la total tramitación de la Resolución que aprueba el contrato.

El contrato podrá ser prorrogado, por razones sanitarias de emergencia y/o catástrofe, hasta por un plazo de 6 (seis) meses, mientras se mantenga dicha situación conforme a los decretos sanitarios vigentes del Ministerio de Salud respecto de Alertas Sanitarias por Nuevo Coronavirus 2019 (2019-nCov) y en la medida que exista disponibilidad presupuestaria.

En caso de acordarse la prórroga del contrato, antes del vencimiento de la vigencia original, deberá suscribirse el acuerdo respectivo y ser aprobado por acto administrativo totalmente tramitado.

No se entregarán anticipos de ninguna especie.

#### **CLÁUSULA NOVENA: TÉRMINO ANTICIPADO DEL CONTRATO.**

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

- a. Resciliación o mutuo acuerdo entre FONASA y el prestador.
- b. Disminución notoria, evaluada y certificada por FONASA, de las capacidades técnicas del prestador (equipos, infraestructura, profesionales) que vaya en desmedro de la calidad de atención del asegurado, y no subsanado en el plazo establecido en el plazo de 30 días corridos, plazo durante el cual FONASA evaluará suspender derivaciones al prestador.
- c. Por caso fortuito o fuerza mayor.
- d. Por exigirlo el interés público o la seguridad nacional.
- e. Incumplimiento de la cláusula de confidencialidad señalada en la cláusula decimoséptima.
- f. Usar medios ilícitos en el ejercicio de las prestaciones contratadas, tales como inducir pacientes para la atención.
- g. Término de la vigencia de la Autorización Sanitaria.
- h. Si los representantes del prestador no observan los más altos niveles éticos o cometen actos de fraude, corrupción, soborno, extorsión, coerción o colusión.
- i. Incumplimiento por parte del prestador de las normas Legales, Reglamentarias y Administrativas que regulan la Modalidad de Atención Institucional.
- j. Cambio no autorizado en los servicios entregados.
- k. Incumplimiento de lo establecido en las cláusulas referidas a Subcontratación y Cesión del Contrato.
- l. Incumplimiento grave de las obligaciones contraídas por el prestador, entendiéndose por tal la no ejecución o la ejecución parcial de una o más obligaciones que importe una vulneración a los elementos esenciales del contrato, y que genere al FONASA un perjuicio en el cumplimiento de sus funciones.
- m. En caso de una fiscalización por parte de FONASA, donde se verifique que tanto la infraestructura y/o equipamiento y/o recurso humano se encuentra en desmedro en la calidad de atención para el asegurado, y no sea subsanada durante el transcurso de un plazo de 30 días hábiles dicha situación, FONASA podrá poner término anticipado al contrato, sin más trámite.

Verificada cualquiera de estas situaciones, el contrato terminará mediante Resolución fundada del Fondo Nacional de Salud. Con todo, el Fondo Nacional de Salud podrá poner unilateralmente término anticipado al contrato, mediante Resolución fundada y con un aviso previo de 30 días.

Para la aplicación de todas las causales de término anticipado previamente señaladas, salvo las de los literales a), c) y d), procederá el procedimiento de término anticipado regulado en la cláusula décima.

En todos los casos señalados anteriormente, no operará indemnización alguna para el prestador.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA: PROCEDIMIENTO DE TÉRMINO ANTICIPADO DEL CONTRATO.**

El procedimiento para el término anticipado del contrato será informado a través del correo electrónico, de acuerdo con el siguiente procedimiento:

a) Detectada una situación que amerite disponer el término anticipado del contrato por parte de FONASA, el Administrador del contrato notificará al coordinador del contrato del prestador, mediante oficio remitido por vía electrónica, la causal de término anticipado y los hechos que la constituyen.

b) A contar de la fecha del despacho de la notificación electrónica precedente, el prestador tendrá un plazo de 10 (diez) días hábiles para efectuar sus descargos por escrito, acompañando todos los antecedentes que estime pertinentes. Presentados los descargos o vencido el plazo para ello, se podrá abrir un término probatorio conforme con las disposiciones de la ley N°19.880.

c) Una vez recibidos los descargos, vencido el plazo para ello, o vencido el término probatorio, en caso de haberse dispuesto, FONASA tendrá un plazo de 20 (veinte) días hábiles para adoptar la decisión definitiva, dictando la correspondiente Resolución que será notificada por vía electrónica al coordinador del contrato del prestador.

d) A contar de la fecha de la notificación de la Resolución a que refiere el literal anterior, el prestador podrá interponer los recursos establecidos en la ley N°19.880, en los plazos y en la forma que para cada caso corresponda.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: ADMINISTRADOR DEL CONTRATO.**

El Fondo Nacional de Salud supervisará el buen cumplimiento del contrato, para lo cual se designa como Administrador del Contrato al Jefe del Departamento de Gestión Comercial Complementaria, o quien le subroge.

Las funciones del administrador del contrato incluirán, entre otras:

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: COORDINADOR DEL CONTRATO.**

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

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

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

FONASA utilizará el **correo electrónico** que el prestador consignó en su Anexo N°2, sobre Datos del Prestador, como medio para efectuar cualquier comunicación a que diera lugar la ejecución y la terminación del contrato si procediera, incluidas las notificaciones propias del procedimiento que establece la cláusula décima del Contrato, en el caso que sea procedente su aplicación.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: AUMENTO Y DISMINUCIÓN DE SERVICIOS.**

El FONASA podrá requerir a CAPREDENA, las prestaciones adicionales a las originalmente contratadas, siempre que estén debidamente justificadas y sean de la misma naturaleza que las contratadas inicialmente y siempre que existan las disponibilidades presupuestarias suficientes. Las modificaciones acordadas no podrán alterar el precio total del contrato en más de un 30%.

El aumento deberá formalizarse a través de la modificación del contrato, aprobado mediante la correspondiente resolución, la que deberá estar totalmente tramitada para su ejecución.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: MECANISMOS DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL.**

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: FACULTAD PARA SUBCONTRATAR.**

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

Debe someterse a análisis y autorización del Fondo Nacional de Salud toda subcontratación propuesta por el prestador, durante la vigencia del contrato.

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

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

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: PROHIBICIÓN DE CESIÓN.**

El prestador no podrá ceder el contrato, ni total ni parcialmente a ninguna persona natural o jurídica.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.**

La información y todos los antecedentes que el prestador obtenga con motivo de esta contratación, 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. Esta obligación le asistirá al prestador durante la vigencia del contrato, y aún después de su término.

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: INEXISTENCIA DE VÍNCULO CONTRACTUAL.**

Todo el personal del prestador, cuya dependencia sea directa, con motivo de la ejecución de los servicios materia de la presente contratación, no tendrá vínculo contractual alguno con FONASA, ni relación laboral, vínculo de subordinación y/o dependencia, siendo obligación del prestador el cumplimiento de todas las disposiciones legales con sus empleados, especialmente en lo relativo a normativas laborales, previsionales y de seguridad.

El personal dependerá laboral y funcionalmente del prestador quien, en su calidad de único empleador, está obligado a cumplir puntualmente con el pago de las remuneraciones, cotizaciones previsionales, impuesto al trabajo y demás obligaciones laborales y tributarias que impone la ley.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: 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.

Lo anterior, es sin perjuicio de las facultades que al respecto le corresponden a la Contraloría General de la República en el ejercicio de sus funciones.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA: COPIAS.**

El presente Convenio se otorga y suscribe en cuatro ejemplares, de idéntico tenor y data, quedando dos en poder de cada parte.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: TÉRMINO ANTICIPADO DE CONTRATO.**

Asimismo, las partes declaran que en virtud del presente contrato se pone término anticipado al contrato celebrado entre las partes para la prestación de servicios de salud día cama integral alerta sanitaria Coronavirus Inter-Servicios Públicos, de 31 de diciembre de 2020, aprobado mediante Resolución 3G/N°37, de 19 de abril de 2021, del Fondo Nacional de Salud.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: PERSONERÍAS.**

La personería de don **Marcelo Mosso Gómez**, para comparecer en representación del **FONASA**, consta en el Decreto Supremo N°27, de fecha 15 de marzo del 2018, del Ministerio de Salud.

La personería de don **Mauricio García Cuello**, como Fiscal de **CAPREDENA**, consta en la Resolución Exenta RA N°22/89/2019, registrada en la Contraloría General de la República con fecha 8 de abril de 2019 y en el artículo 14, inciso segundo DFL N°31, de 1953, del Ministerio de Defensa Nacional.

### ANEXO N°1

#### FORMULARIO DE CARTERA DE SERVICIOS

#### "SERVICIOS DE SALUD DÍA CAMA INTEGRAL ALERTA SANITARIA CORONAVIRUS INTER-SERVICIOS PÚBLICOS"

DATOS DEL PRESTADOR	
NOMBRE	

#### NOMBRE PRESTADOR

#### CAJA DE PREVISIÓN DE LA DEFENSA NACIONAL

#### 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 INTEGRAL BASICA ADULTO	50
Si	DIA CAMA INTEGRAL MEDIA ADULTO	210

#### B. ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES

Respecto de las Especialidades y Subespecialidades con que cuenta su establecimiento, favor señalar en recuadro con una "X":			
ANATOMIA PATOLOGICA		LABORATORIO CLINICO	X
ANESTESIOLOGIA	X	MEDICINA DE URGENCIA	
CARDIOLOGÍA	X	MEDICINA FAMILIAR	
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	X	MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION	X
CIRUGIA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILO FACIAL	X	MEDICINA INTENSIVA ADULTO	
CIRUGIA DE TORAX		MEDICINA INTENSIVA PEDIATRICA	
CIRUGIA GENERAL	X	MEDICINA INTERNA	X
CIRUGIA PEDIATRICA		MEDICINA NUCLEAR	
CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	X	NEFROLOGIA ADULTO	X
CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	X	NEFROLOGIA PEDIATRICA	
COLOPROCTOLOGIA	X	NEONATOLOGIA	
DERMATOLOGIA	X	NEUROCIROLOGIA	X
DIABETOLOGIA	X	NEUROLOGIA ADULTO	X
ENDOCRINOLOGIA ADULTO		NEUROLOGIA PEDIATRICA	
ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA		OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	X
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ADULTO	X	OFTALMOLOGIA	X
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS PEDIATRICA		ONCOLOGIA MEDICA	
GASTROENTEROLOGIA ADULTO	X	OTORRINOLARINGOLOGIA	X

GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICO		PEDIATRIA	
GENETICA CLINICA		PSIQUIATRIA ADULTOS	X
GERIATRIA	X	PSIQUIATRIA PEDIATRICA Y ADOLESCENCIA	
HEMATOLOGIA		RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	
IMAGENOLOGIA	X	REUMATOLOGIA	X
INFECTOLOGÍA	X	TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	X
INMUNOLOGIA		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
	SERVICIO DE URGENCIA
	IMAGENOLOGIA:
X	CONVENCIONAL
	SCANNER
	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA
	PET CT
	INTERVENCIONAL
	LABORATORIO CLINICO
	UNIDAD DE MEDICINA TRANSFUSIONAL
	PABELLONES MATERNIDAD
X	PABELLONES DE CIRUGIA MAYOR
X	PABELLONES DE CIRUGIA MENOR
X	FARMACIA
	CENTRAL DE ESTERILIZACION
X	KINESIOLOGÍA
X	PROCEDIMIENTOS UROLOGICOS
X	PROCEDIMIENTOS CARDIOLOGICOS
X	PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS
X	PROCEDIMIENTOS RESPIRATORIOS
X	HOSPITALIZACION DOMICILIARIA
	AMBULANCIA
	OTROS

### FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

En Santiago, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2021.

### ANEXO N°2

#### DATOS DEL PRESTADOR

**"SERVICIOS DE SALUD DÍA CAMA INTEGRAL ALERTA SANITARIA CORONAVIRUS INTER-SERVICIOS PÚBLICOS"**

<b>a) DATOS DEL PRESTADOR</b>	
RUT	██████████
NOMBRE RAZÓN SOCIAL	CAJA DE PREVISION DE LA DEFENSA NACIONAL

NOMBRE FANTASÍA	CAPREDENA
DIRECCIÓN COMERCIAL	[REDACTED]
COMUNA	[REDACTED]
FONO FIJO	[REDACTED]
FONO CELULAR	[REDACTED]

<b>b) DATOS REPRESENTANTE LEGAL</b>	
NOMBRE	Sr. MAURICIO GARCÍA CUELLO
RUT	[REDACTED]
CORREO ELECTRÓNICO	[REDACTED]

<b>c) DATOS DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO</b>	
NOMBRE	Lorena Barrientos Araya
FONO FIJO	[REDACTED]
FONO CELULAR	[REDACTED]
CORREO ELECTRÓNICO	[REDACTED]
DIRECCIÓN	[REDACTED]

Prestador : CAJA DE PREVISIÓN DE LA DEFENSA NACIONAL

Nombre Representante Legal: Sr. Mauricio García Cuello

Rut Representante Legal : [REDACTED]

Firma Representante Legal :

Fecha :

FONASA se reserva el derecho de verificar todos los antecedentes presentados.

**2° IMPÚTESE** el gasto que irrogue la contratación que por este acto se aprueba a la Partida 16: Ministerio de Salud, Capítulo 02: Fondo Nacional de Salud, Programa 01: Fondo Nacional de Salud, Subtítulo 24, Ítem 03, Asignación 010, A Otras Entidades Públicas, del Presupuesto vigente del Fondo Nacional de Salud para el año 2021, y el gasto para el año siguiente con los recursos que se consulten para aquello en la respectiva Ley de presupuesto y siempre que se cumplan las condiciones establecidas para el desembolso.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y ARCHÍVESE**



**MARCELO MOSSO GOMEZ  
DIRECTOR NACIONAL  
FONDO NACIONAL DE SALUD**

MMG / LBR / SMN / PCR / JFD / cbg

**DISTRIBUCIÓN:**

DPTO. SERVICIO AL USUARIO

DIVISIÓN COMERCIALIZACIÓN

DIVISIÓN FISCALÍA

DPTO. DE ASESORÍA JURÍDICO ADMINISTRATIVA

SUBDPTO. OFICINA DE PARTES

Firmado Electrónicamente en Conformidad con el Artículo 2 y 3 de la Ley 19.799. Validar número de documento en [www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl)

eVuYKjvG

Código de Verificación

