



**FONASA CENTRO NORTE  
DIRECCIÓN ZONAL CENTRO NORTE  
DPTO. CONTRALORÍA**

**RESOLUCIÓN EXENTA 5R N° 11255 / 2021**  
**MAT.: APLICA SANCIÓN A PRESTADOR CLINICA SAN JULIAN**  
**S.A., RUT 99.541.750-2**  
**VALPARAISO , 02/12/2021**

**VISTOS:**

Lo establecido en el libro I y libro II del DFL N°1 de 2005; el D. S. N°369 de 1985 y D. S. N°27 del 2018, ambos del Ministerio de Salud; la Resolución Exenta 4A/N°28/2019; la Resolución Exenta 1.767 del 25 de febrero de 2021; la Resolución Exenta N°07 del 02 de marzo 2021; la Resolución Exenta N°277 de 06 de mayo de 2011 y sus modificaciones posteriores; la Resolución Exenta 3.1H/N°1110/2019, modificada por la 3.1H/N°1199/2019, todas del Fondo Nacional de Salud; y la Resolución N°7 del 2019, y el oficio N°3610 del 2020, ambos de la Contraloría General de la República; y

**CONSIDERANDO:**

1. Que, durante el año 2021 el Departamento Contraloría de la Dirección Zonal Centro Norte, realizó una fiscalización a las cobranzas del prestador **CLINICA SAN JULIAN S.A., RUT 99.541.750-2**, respecto de las prestaciones presentadas a cobro entre enero a agosto 2021, teniendo como origen la denuncia realizada por sucursal FONASA San Antonio, que señaló la compra masiva de programas de atención para pacientes que estuvieron hospitalizados en la Clínica San Julián, de parte de personal del staff de esa Clínica.
2. Que, la Fiscalización corresponde a un proceso orientado a comprobar el correcto uso del Seguro Público en materia de financiamiento de las prestaciones de salud en el ámbito de la Modalidad Libre Elección (MLE).
3. Que, el prestador se encuentra inscrito en el Rol de Prestadores de la MLE, en calidad de Persona Jurídica, con prestaciones autorizadas en su convenio del grupo y subgrupo: 01, 02, 03, 06.01, 08, 11.01, 11.03, 12.01, 12.02, 13.01, 13.02, 14.02, 15.02, 16.01, 16.02, 17.01, 17.03, 17.04, 17.07, 18.01, 18.02, 19.01, 19.02, 20.01, 20.02, 20.03, 20.04, 21.04, 21.07, 25.01, 28.02 y 28.03, desde el 01/02/2004.
4. Que, el prestador de las seis fiscalizaciones previas que registra entre los años 2005 al 2013, fue sancionado en dos ocasiones con amonestación. Una mediante resolución exenta N°4048 del 26/12/2007, y en la otra ocasión mediante resolución exenta N°2804 del 12/08/2009. Ambas ocasiones por incumplimiento de convenio.
5. Que, analizados los antecedentes de la cobranza obtenida por sistema el prestador, presentó:
  - Un aumento en su cobranza de un 8% en el año 2020 con relación al año 2019.
  - Se verifica el uso de al menos 15 RUT "comprador" para 122 beneficiarios asociados a programas de atención de salud (PAS) con procedimientos realizados en la Clínica San Julián y comprados mayoritariamente en la entidad delegada al interior de Clínica San Antonio. Entre los RUT "comprador" se encuentran médicos del staff de la clínica y no necesariamente para pacientes de intervenciones realizadas por ellos, dos de los copropietarios de la entidad y una empleada de la clínica.
6. Que, en base al análisis de la cobranza, se seleccionó una muestra a fiscalizar de 347 prestaciones, de grupos y códigos del Arancel que se describen en tabla siguiente, emitidos a 86 beneficiarios con 177 Bonos de Atención de Salud (BAS) asociados, que comprenden un monto total de \$15.996.445.

Código Prestación	Glosa	Numero Ítem					Total	% del total
		0	1	2	3	8		
0801008	Estudio histopatológico de biopsia diferida (por cada muestra y/o tejido) (incluye hasta 3 láminas)	81					81	23%
0801005	** Estudio histopatológico con técnicas histoquímicas, niveles, decalcificación (por cada lámina)	81					81	23%
0201001	Día Cama de Hospitalización Integral Cuidados Básicos. (sala 1 cama)	67					67	19%
1801001	Gastroduodenoscopia (incluye esofagoscopia)					29	29	8,4%
0202108	Día Cama de Hospitalización Cirugía (sala 1 cama con baño)	7					7	2,0%
0306082	Reacción de Polimerasa en cadena (P.C.R.) en tiempo real, SARS CoV-2, (incluye toma muestra hisopado nasofaríngeo).	7					7	2,0%
0202116	Día Cama de Hospitalización Obstetricia y Ginecología (sala 1 cama con baño)	6					6	1,7%
1902056	Adenoma prostático, trat. quir. cualquier vía o técnica abierta					6	6	1,7%
1602222	Herida cortante o contusa no complicada, reparación y sutura (una o múltiple hasta 5 cms. de largo total que comprometa solo la piel)		2	2		2	6	1,7%
2003002	Anexectomía y/o vac. de absceso tubo-ovárico, uni o bilateral.					5	5	1,4%
2501034	Histerectomía	5					5	1,4%

Código Prestación	Glosa	Numero Ítem					Total	% del total
		0	1	2	3	8		
1902068	Orquidectomía ampliada por cáncer testicular			2	2		4	1,2%
1602224	Resto del cuerpo: extirpación de lesión benigna subepidérmica, incluye tumor sólido, quiste epidérmico y lipoma por lesión					4	4	1,2%
2004002	- Raspado uterino diagnóstico o terapéutico por metrorragia o por restos de aborto			1	2		3	0,9%
1602223	Cabeza, cuello, genitales: extirpación de lesión benigna subepidérmica, incluye tumor sólido, quiste epidérmico y lipoma por lesión					3	3	0,9%
1902073	Quistes del cordón, y/o epidídimo, extirpación; epididimotomía diagnóstica y/o terapéutica (proc. aut.)					3	3	0,9%
1902064	Hidrocele y/o hematocele, incluye quistes cordón y/o epidídimo y/o hidatidectomías y/o cirugía intravaginal del mismo lado					2	2	0,6%
1901005	Biopsia prostática transrectal o transperineal con apoyo ecográfico. Cualquier número de muestras, incluye biopsia por saturación (además cód. 04-04-004 y anestesia 22-01-001 si corresponde)					2	2	0,6%
2002002	Mastectomía parcial (cuadrantectomía o similar) o total s/vaciamiento ganglionar					2	2	0,6%
1703035	Biopsia quir. ganglionar (cualquier región periférica superficial o profunda)					2	2	0,6%
0801001	Citodiagnóstico corriente, exfoliativa (Papanicolau y similares) (por cada órgano)	1					1	0,3%
	Citodiagnóstico corriente, exfoliativa (Papanicolau) (por cada placa)	1					1	0,3%
2003023	Prolapso anterior y/o posterior con repar., incontinencia urinaria por vía extravaginal o combinada		1			1	2	0,6%
2501009	Parto (incluye tamizaje auditivo recién nacido)	2					2	0,6%
0101001	Consulta de Medicina General	2					2	0,6%
0201407	Día Cama de Hospitalización Integral de Observación – Ambulatorio	2					2	0,6%
1901003	Cistoscopia y/o uretroscopia y/o uretrosocopia					1	1	0,3%
2003027	Bartolinocistoneostomía o extirp. de la glándula					1	1	0,3%
1802004	Laparotomía exploradora, c/s liberación de adherencias, c/s drenaje, c/s biopsias como proc. aut. o como resultado de una herida penetrante abdominal no complicada o de un hemoperitoneo postoperatorio o como tratamiento de una peritonitis (laparostomía contenida -máximo cuatro-, resuturas, etc.)					1	1	0,3%
2501005	Hernia abdominal complicada	1					1	0,3%
2004001	- Aborto retenido, vaciamiento de (incluye la inducción en los casos que corresponda)					1	1	0,3%
1602211	Cabeza, cuello, genitales: tratamiento quirúrgico de tumor maligno por escisión total o parcial, con o sin sutura, por cada lesión o melanoma cualquier localización					1	1	0,3%
2104181	Ruptura tendón de Aquiles o tibial posterior, tenorrafia primaria y/o transposiciones tendinosas					1	1	0,3%
2003004	Ligadura o sección uni o bilateral de las trompas (Madelener, Pomeroy, o similares)					1	1	0,3%
1803031	Quiste sacrocoxigeo, trat. quir.					1	1	0,3%
1602203	Resto del cuerpo hasta 3 lesiones: extirpación, reparación o biopsia, total o parcial, de lesiones benignas cutáneas por excisión					1	1	0,3%
1803018	Hemorroidectomía (incluye otras operaciones complementarias en canal anal)					1	1	0,3%
1803026	Pólipo rectal, trat.quir. por vía anal					1	1	0,3%
<b>Total</b>		<b>263</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>76</b>	<b>347</b>	<b>100%</b>

7. Que, mediante Resolución Exenta 5R/N°8595/2021 de fecha 22/09/2021, se le solicitaron antecedentes de 86 beneficiarios, enviándose mediante correo electrónico, a la casilla electrónica inscrita en el convenio del prestador de acuerdo con lo dispuesto en el Oficio 3610, de 17.03.2020, de la Contraloría General de la República.

8. Que, transcurridos 6 días hábiles desde la notificación de la Resolución Exenta 5R/N°8595/2021, el prestador envió antecedentes de 77 beneficiarios, faltando 9 fichas clínicas y la totalidad de ordenes médicas en respaldo del cobro de prestaciones que las requieren.

9. Que, se realiza entrevista telefónica, desde el Departamento Contraloría, con fecha 10/09/2021, estableciendo contacto con dos beneficiarios, obteniéndose los siguientes resultados: Ambas declaran que sí tuvieron un procedimiento en Clínica San Julián y no acudieron a comprar los BAS con los que se cancelaron las intervenciones. Solo acudieron a Clínica San Julián a cancelar la cuenta que la entidad les informó, en un caso por intervención y hospitalización, y en el otro caso por una biopsia no cobrada originalmente.

10. Que, a partir de los antecedentes del proceso, se instruyó la formulación de cargos, mediante **Oficio Ordinario 5R/N°17255/2021** de fecha **04/11/2021**, se envía mediante correo electrónico, a la casilla electrónica inscrita en el convenio del prestador de acuerdo con lo dispuesto en el Oficio 3610, de 17.03.2020, de la Contraloría General de la República, en los siguientes términos:

**Cargo N°1: "No contar con los registros de respaldo por las prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico y no contar con las fichas clínicas de los beneficiarios que hayan recibido prestaciones de salud, sean estas físicas o electrónicas".** Infracción señalada en el Punto 30.1 letra f) y g), lo que contraviene al punto 4 letra b), c) y d), de la Resolución Exenta N°277/2011 y sus modificaciones, del Ministerio de Salud.

- Lo anterior para 98 prestaciones, contenidas en 55 BAS y correspondientes a 40 beneficiarios; equivalente a un valor total de \$4.164.313 y un valor FAM de \$2.164.181, sin registros de respaldo de atención, lo que impidió determinar la procedencia de lo cobrado a esta institución, desglosado en 37 de ellos no encontrados en las fichas clínicas revisadas, 16 de ellos no revisados por estar incluidos en las fichas clínicas no remitidas y 45 informes ausentes para resultados de prestaciones de laboratorio, biopsia y gastroduodenoscopia cobradas.

**Cargo N°2:** Presentación para el cobro o cobro indebido de órdenes de atención de salud y programas de atención de salud, pudiéndose distinguir:

**2.1 "Por homologación de códigos por prestaciones existentes en el Arancel, pero que sean de mayor valor a las efectivamente realizadas".** Infracción señalada en Punto 30.1 letra b.2) de la Res. Exenta N°277/2011 y sus modificaciones del Ministerio de Salud.

- Lo anterior para un total de 3 prestaciones contenidas en 3 BAS y correspondientes a 3 beneficiarios; equivalente a un valor total de \$55.170 y un valor FAM de \$27.580, para las cuales se verificó contra registro de atención el cobro de prestaciones de mayor valor a las efectivamente realizadas.

**2.2 "De prestaciones no realizadas".** Infracción señalada en Punto 30.1 letra b.4), lo que contraviene al punto 6.2, letra b), de la Res. Exenta N°277/2011 y sus modificaciones del Ministerio de Salud.

- Lo anterior para un total de 25 prestaciones contenidas en 19 BAS y correspondientes a 19 beneficiarios; equivalente a un valor total de \$708.990 y un valor FAM de \$221.510, para las cuales se verificó contra informe de resultado que no se efectuaron tinciones histoquímicas adicionales a la de hematoxilina eosina.

**Cargo N°3: "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 de Salud y publicadas en el Diario Oficial, además de las Instrucciones que dicte el Fondo Nacional de Salud".** Infracción señalada en el Punto 30.1 letra a) de la Res. Exenta N°277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones.

**3.1** Lo anterior para un total de 8 prestaciones contenidas en 5 BAS y correspondientes a 4 beneficiarios, equivalente a un valor total de \$167.175 y un valor FAM de \$55.875, las que no fueron validadas, debido a que el valor de la prestación estaba comprendido en procedimiento mayor del que se derivó la prestación. Es el caso de biopsias y anexectomía cobradas en programa complementario en circunstancia que el procedimiento mayor fue cancelado con PAD, lo que contraviene al punto 27.3, letra d) y 27.5, letra a).

**3.2** Verificado por la compra de bonos a nombre del beneficiario utilizando para esto la identificación de personal del staff de la Clínica y recursos propios para el copago de la prestación, sin que el beneficiario participe de esa compra. Para el universo revisado se verificaron 15 RUT comprador que corresponden 12 de ellos a médicos de la Clínica, uno a personal administrativo y dos a copropietarios de la entidad.

11. Que, con fecha 15/11/2021, el prestador presenta sus descargos a través de correo electrónico, fuera del plazo reglamentario, en el cual señala, en resumen, lo siguiente:

Del Cargo N°1, refiere que revisaron y encontraron que efectivamente no enviaron toda la información solicitada. Argumentan que el establecimiento aún mantiene documentos físicos por los que se les hizo tediosa la recopilación. Adjuntan documentos faltantes correspondientes a fichas clínicas, biopsias y laboratorio.

Del cargo 2.1 y 2.2 señala que, de las dos prestaciones por cobro de día cama, así fueron las estadías de los pacientes. En un caso hay error en la epicrisis de la fecha, pero en la hoja de evolución de enfermería se puede corroborar que la paciente efectivamente se retiró al otro día. (Adjunta esa parte de la ficha). En el otro caso, la paciente ingresa el día anterior a la fecha programada, se adjunta ficha clínica de ella, para su corroboración.

Refiere que las tinciones histoquímicas que se utilizan al procesar muestras de biopsias son las solicitadas por el patólogo. De todas formas, solicitó al laboratorio verificar cobros adicionales.

Del cargo 3.1 refiere estar verificando las indicaciones del médico, ya que realizan los cobros según solicitud del médico tratante. Sin embargo, hay dos bonos con objeciones que revisaron y estarían con el código correspondiente.

Se transcribe textualmente el descargo presentado por el cargo N°3.2: *"Ante lo mencionado, por la compra de los bonos por parte de nuestro staff, podemos argumentar ante este hecho por Don Sergio Velasco, Jorge Velasco y Erika Hume; Cada uno de los programas comprados por nuestro equipo, fue únicamente con la intencionalidad de poder evitar que nuestros pacientes se expongan ante la contingencia Covid, nuestra comuna la mayor parte del año se encontró en fase 2, donde los permisos ante comisaria virtual eran escasos, existía dificultad en los cordones sanitarios de Cartagena y Santo Domingo, más la oficina de Fonasa que se encuentra en el Hospital de la provincia; nosotros como establecimiento juntábamos los programas, facilitándole al paciente realizar este trámite.*

*Cabe destacar que todos los bonos comprados, fueron prestaciones que se realizaron en nuestro establecimiento.*

*Por otra parte, ante lo mencionado Ximena Jerez Relacionadora Publica encargada de Centro médico de nuestro establecimiento, mantuvo contacto con Fonasa, con la finalidad de poder habilitar un punto de venta en nuestro establecimiento, ofreciendo un espacio físico a Fonasa, con la finalidad de poder descongestionar las sucursales que tienen en nuestra provincia, gestión que no se concluyó."*

Concluye su presentación señalando que, ruega se tenga en consideración la trayectoria de 40 años del establecimiento, donde la mayor parte del personal cuenta con los mismos años de servicio. Los procesos administrativos internos no avanzan con la tecnología por lo que recopilar la información solicitada para luego escanearla hace muy probable la ausencia de algún documento, por lo que pide informarles si faltó algún otro documento.

12. Que, del análisis de los descargos se desprende lo siguiente:

Por el cargo N°1, ausencia de registros clínicos, envió 60 archivos que corresponden a fichas clínicas de pacientes hospitalizados, informes de biopsias, ordenes médicas de exámenes de laboratorio y sus resultados, informes de exámenes de PCR para detección de SARS-CoV-2, y protocolos operatorios de procedimientos ambulatorios. Estos archivos, permitieron la validación de 64 prestaciones que se encontraban sin registro, incluyendo algunas para las que no se había presentado la ficha clínica. En estos archivos también envió informes de biopsias que ya había enviado en etapa

anterior y los resultados de exámenes de laboratorio y sus respectivas indicaciones médicas que no formaban parte de las prestaciones objetadas.

Los BAS que quedan con prestaciones validadas son:

Folio BAS	Código	Prestación	Folio BAS	Código	Prestación	Folio BAS	Código	Prestación	Folio BAS	Código	Prestación
390329350	0801005	1	388978244	0801005	1	389239352	0801005	1	389402273	0801005	1
	0801008	1		0801008	1		0801008	1			
391145846	1602224	1	392587202	0801008	1	387993597	0801005	1	391005079	0801005	1
							0801008	1		0801008	1
390635143	1602223	1	390635144	0801008	1	392813896	0801005	2	391472811	2501034	1
							0801008	2			
389941122	1602224	1	386967206	1602224	1	387441253	2003002	1	387441254	0202116	2
389462909	2501009	1	390234365	0201001	1	387315432	1802004	1	387315433	0202108	5
				0306082	1						
392050356	2003004	1	392050357	0201001	1	392164895	0201001	1	390635730	2003002	1
390635731	0201001	2	389632232	0801005	1	388042527	0801008	1	391063745	0306082	1
				0801008	1						
391931073	1602222	3	389556059	0801005	1	392498655	0801005	1	390234068	0801005	1
				0801008	1		0801008	1			
389555923	0801005	1	390233370	0201001	7	390019459	0801008	1			
	0801008	1									

Se acepta parcialmente el descargo modificando la cuantía del cargo a los siguientes valores:

34 prestaciones, contenidas 24 BAS y correspondientes a 18 beneficiarios, equivalentes a un valor total de \$614.644 y un valor FAM de \$232.905, sin registro de respaldo de atención.

Del cargo N 2.1 y 2.2, que guarda relación con la homologación de códigos y con y el cobro de prestaciones no realizadas, en los antecedentes nuevos enviados se encuentra respaldo para el cobro de una de las tres prestaciones afectadas en el cargo por homologación, dado que el registro de enfermería da cuenta que la paciente no dejó la clínica a pesar del alta médica y pernoctó esa noche, ocupando cama de hospitalización. No se encontró la ficha clínica del otro paciente mencionado en el descargo. Consecuentemente, se acepta parcialmente el descargo, validando el cobro del código 0202001 contenido en el BAS folio N°392587202, lo que modifica la cuantía del cargo 2.1 a:

2 prestaciones contenidas en 2 BAS y correspondientes a 2 beneficiarios; equivalente a un valor total de \$47.070 y un valor FAM de \$23.530, para las cuales se verificó contra registro de atención el cobro de prestaciones de mayor valor a las efectivamente realizadas.

En cuanto a las prestaciones de tinciones de inmunohistoquímica no realizadas, pero sí cobradas, el argumento de cobrar lo que el patólogo indica, no es atendible por la obligación del prestador de cobrar solo lo que realiza. En los informes de biopsia nuevos enviados, se confirma que no hay informe de una tinción distinta a la hematoxilina eosina. No habiendo antecedentes nuevos que analizar y dado que el argumento esta fuera de normativa, se desestima el descargo manteniendo el cargo 2.2 a firme.

Del cargo N°3.1, por cobrar prestaciones autónomas junto al código principal, no informa el N° de folio de los bonos que señala haber revisado y estar correctos en su cobro, lo que no permite evidenciar un posible error o argumentar en contra. En cuanto a cobrar lo que los médicos tratantes indican, no considera en su argumento que la mayoría de las prestaciones afectadas en esta falta son PAD, que son de exclusiva responsabilidad de la Clínica el cobro y la atención derivada de la resolución de los respectivos diagnósticos. El argumento no desestima el cargo, el que se mantiene a firme.

Del cargo N° 3.2 por la compra de bonos por tercero de forma masiva, utilizando datos de personal de su staff, y con recursos propios, la defensa solo es para las dos personas socias y quien es empleada de la Clínica, dejando fuera de este argumento a los 12 médicos que también figuran como "compradores" habituales de bonos para pacientes hospitalizados o con procedimientos ambulatorios. No aclara cómo es el proceso de pago de los bonos que manda a comprar y su restitución. Tampoco, aclara por qué no utiliza la opción de emisión de BAS por cuenta médica hospitalizados del portal del prestador, que le permitiría la emisión de bonos con pago directo del beneficiario. En definitiva, el argumento principal para la conducta de la compra masiva como un servicio que otorga a sus pacientes es una aceptación del hecho de financiar el copago al momento de la compra. El argumento no desvirtúa la falta por lo que el cargo se mantiene a firme.

13. Que, en sesión del 24/11/2021, la Comisión de Sanción Zonal, vistos los antecedentes descritos en este procedimiento, concluyó que las ordenes de atención y consecuentes prestaciones cobradas por el prestador, no cumplen con las normas legales, reglamentarias y arancelarias que rigen la Modalidad de Libre Elección y regulan la aplicación de su arancel; ya que, el prestador no aporta antecedentes que contribuyan a desvirtuar totalmente los cargos formulados.

Por lo tanto, se verifican las siguientes infracciones tipificadas en las Normas Técnico - Administrativas establecidas en Resolución Exenta N° 277/2011 y sus modificaciones del Ministerio de Salud, infringiendo los siguientes puntos:

a) "No contar con los registros de respaldo por las prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico y no contar con las fichas clínicas de los beneficiarios que hayan recibido prestaciones de salud, sean estas físicas o electrónicas". Infracción señalada en el Punto 30.1 letra f) y g) de la Resolución Exenta N°277/2011 y sus modificaciones, del Ministerio de Salud

Cargo asociado a 34 prestaciones, por un Monto Bruto de \$614.644 y un Monto FAM de \$232.905.

b) "Por homologación de códigos por prestaciones existentes en el Arancel, pero que sean de mayor valor a las efectivamente realizadas". Infracción señalada en Punto 30.1 letra b.2) de la Res. Exenta N°277/2011 y sus modificaciones del Ministerio de Salud.

Cargo asociado a 2 prestaciones, por un Monto Bruto de \$47.070 y un Monto FAM de \$23.530.

c) "De prestaciones no realizadas". Infracción señalada en Punto 30.1 letra b.4) de la Res. Exenta N°277/2011 y sus modificaciones del Ministerio de Salud.

Cargo asociado a 25 prestaciones, por un Monto Bruto de \$708.990 y un Monto FAM de \$221.510.

d) "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 de Salud y publicadas en el Diario Oficial, además de las Instrucciones que dicte el Fondo Nacional de Salud". Infracción señalada en el Punto 30.1 letra a) de la Res. Exenta N°277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones.

Cargo asociado a 8 prestaciones, por un Monto Bruto de \$167.175 y un Monto FAM de \$55.875, por el cobro de procedimiento autónomo junto al procedimiento principal; y

Cargo no asociado a prestaciones, por la compra masiva de BAS por tercero, financiando el copago al momento de la compra.

Atendido los antecedentes, que no manifiestan la voluntad del prestador de modificar su conducta con relación a la compra masiva de BAS por tercero, la Comisión propuso a la autoridad aplicar la sanción de amonestación, aplicar una multa acorde al monto bruto total infraccionado, y el reintegro al FAM de las prestaciones no realizadas, sanción que este Jefe de Servicio comparte, motivo por el cual dicto lo siguiente:

#### RESOLUCIÓN:

**1. APLICASE** al prestador CLINICA SAN JULIAN S.A., RUT 99.541.750-2, como consecuencia de los cargos formulados mediante Ord. 5R/N°17255/2021 del 04/11/2021 de este servicio, la sanción de amonestación y el pago de una Multa de 50 U.F., medidas contempladas en el inciso 8° del Art. 143 del D.F.L. N°1 de 2005 que regula la Modalidad Libre Elección.

**2. REINTÉGRESE** por el prestador el valor correspondiente al Fondo de Ayuda Médica (FAM), de las prestaciones objetada por no haber sido realizadas, que equivalen a \$221.510.

Dicho reintegro, deberá efectuarse dentro de un plazo de 15 días desde notificada la presente Resolución, mediante transferencia electrónica a nombre de FONASA, RUT 61.603.000-0, Banco Scotiabank, cuenta corriente 990000636. El comprobante de la transferencia deberá enviarse al correo electrónico [mgana@fonasa.cl](mailto:mgana@fonasa.cl), con copia a [jpalacios@fonasa.cl](mailto:jpalacios@fonasa.cl); [reintegros\\_fam@fonasa.cl](mailto:reintegros_fam@fonasa.cl) y [mrobles@fonasa.cl](mailto:mrobles@fonasa.cl).

En caso de incumplimiento, por parte del prestador, el Fondo Nacional de Salud está facultado para iniciar acciones legales.

**3. COMUNÍQUESE** al prestador que, por tratarse de multa a beneficio fiscal, el pago debe hacerse efectivo en el sitio web de la Tesorería General de la República (TGR), o en forma presencial en cualquiera de las oficinas que dicha Tesorería dispone a lo largo del país. Este acto administrativo será ingresado a la TGR y se generará una cuenta tributaria personal a través del formulario 105, mediante este formulario se debe materializar el pago, en un plazo no superior a 15 días hábiles, contados desde la fecha de notificación de esta Resolución, debiendo enviar copia del pago realizado al correo electrónico [mrobles@fonasa.cl](mailto:mrobles@fonasa.cl), para el registro del cumplimiento de la medida sancionatoria.

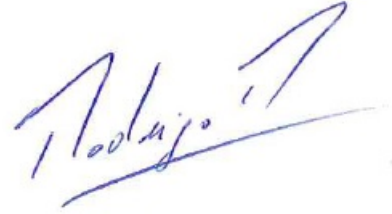
**4. NOTIFIQUESE** esta Resolución al prestador, la que se efectuará vía correo electrónico a la casilla electrónica inscrita en su convenio, de acuerdo con lo dispuesto en el Oficio 3610 de 17.03.2020 de la Contraloría General de la República, que señala "medidas de gestión que pueden adoptar los órganos de la administración del estado a propósito del brote de Covid-19", la que se considerará notificada desde su despacho.

**5.** Atendiendo la sanción establecida, se hace presente el derecho del afectado, de presentar un recurso de reposición ante la autoridad que aplica la sanción, en un plazo de 5 días hábiles desde el despacho de la presente Resolución. Dicho recurso debe ser presentado a través de vía electrónica, al correo [iharris@fonasa.gov.cl](mailto:iharris@fonasa.gov.cl)

**6.** La presente resolución tendrá mérito ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se encuentre a firme.

Anótese, comuníquese y archívese,

"Por orden del Director"



**RODRIGO REYES BOHLE**  
**DIRECTOR(A) ZONAL SUBROGANTE**  
**FONDO NACIONAL DE SALUD**

RRB / ABR / MBP / NAV / ihs

**DISTRIBUCIÓN:**

CLINICA SAN JULIAN S.A., RUT 99.541.750-2

[REDACTED]  
OFICINA DE PARTES "AFECTA AL ART. 7 LETRA G) LEY 20.285/2008"

DPTO. CONTRALORÍA MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN

DPTO. CONTRALORÍA

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)

DGoL1ktv

Código de Verificación

