



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



RESOLUCIÓN EXENTA 5S N° 5675 / 2022

**MAT.: APLICA SANCION A PRESTADORA D. FERNANDA
JAVIERA MERINO ALVAREZ, RUT [REDACTED]**

CONCEPCION , 11/05/2022

VISTOS:

Lo dispuesto en el Libro I y II del D.F.L. N° 1/2005, del Ministerio de Salud; el reglamento contenido en el Decreto Supremo N° 369 de 1985, ambos del MINSAL; la Resolución Exenta 4A/N° 28 del 20 de marzo de 2019, modificada mediante Res. Exenta 3G N° 1767/2021 que Establece la Estructura y Organización Interna del Fondo Nacional de Salud; Resolución Exenta N° 7 de fecha 02 de marzo de 2021 y sus modificaciones posteriores; que aprueba el procedimiento para la fiscalización y aplicación de sanciones a los prestadores inscritos en la MLE, y Resolución Ex 2.1D N° 920 del 25.05.2018 que designa primera subrogante para la Dirección Zonal Centro Sur a la Sra. Marcela Tapia Ferrada; todas del Fondo Nacional de Salud, y la Resolución N° 7 del año 2019 y el Oficio N°3610 del 2020, todas de la Contraloría General de la República

CONSIDERANDO:

1. Que, durante el año 2021 el Departamento de Contraloría de la Dirección Zonal Centro Sur del Fondo Nacional de Salud, realizó una fiscalización a la cobranza de la prestadora **D. Fernanda Javier Merino Alvarez, Rut. [REDACTED]**, respecto de las prestaciones presentadas a cobro entre marzo de 2019 y Septiembre de 2021, teniendo como origen la denuncia Folio 1159957.
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, mediante Folio 1159957, se recibió la denuncia de una beneficiaria, quien señaló que la prestadora D. Fernanda Merino Alvarez, condicionó la atención kinésica de su madre solicitando un pago adicional de \$30.000.- a los bonos ya emitidos a la profesional.
4. Que, la prestadora se encuentra inscrita en el Rol de Prestadores, en calidad de persona natural, de profesión Kinesióloga.
5. Que, la prestadora no presenta procesos anteriores.
6. Que, analizados los antecedentes de la cobranza obtenida por sistema, la prestadora presentó durante el periodo de marzo de 2019 y septiembre de 2021:
 - Una cobranza bruta de \$28.872.020.-
 - Una variación del Fondo de Ayuda Médica (FAM) de un 425,7% entre los meses de diciembre de 2019 y enero de 2020 y de un 260% entre los meses de junio y julio de 2020.
 - El 7.6% de los Bonos de Atención de Salud (BAS), fueron emitidos mediante el sistema Front Prestadores y el 92.4% emitidos en sucursales.
7. Que, en relación a lo anterior, se determinó fiscalizar una muestra a la cobranza efectuada por la prestadora durante el periodo de marzo de 2019 y septiembre de 2021, correspondiente a 138 beneficiarios/as, a los cuales se les asocian 194 bonos de atención de salud, en adelante BAS, que comprenden 4.750 prestaciones del grupo 06 "Kinesiología", por un monto bruto de \$17.860.870.-
8. Que, mediante Resolución Exenta 5S N° 8900 de fecha 30 de septiembre de 2021, se solicitaron antecedentes de 138 beneficiarios/as.

9. Que, la Resolución N° 8900/2021, se envió mediante correo electrónico, al e-mail inscrito en el convenio de la prestadora de acuerdo a lo dispuesto en el Oficio 3610, de 17.03.2020, de la Contraloría General de la República.

10. Que, con fecha 04 de octubre de 2021 y dentro del plazo legal establecido, la prestadora hizo envío de los antecedentes solicitados.

11. Que, revisados los antecedentes presentados por la prestadora, se verificaron los siguientes hallazgos:

- Ausencia del registro de respaldo de 4.474 prestaciones Grupo 06 "Kinesiología", debido a que no se evidenciaba el registro de las terapias y evaluaciones cobradas al Fondo y entregadas a los beneficiarios de la muestra.

- No presentación de la copia de las ordenes de prescripción médica de 13 beneficiarios.

- Se verificó el registro de respaldo sólo de 276 prestaciones.

12. Que, a partir de los antecedentes del proceso, se instruyó la formulación de cargos, mediante Oficio Ordinario 5S N° 3678 del 08 de marzo de 2022, en los siguientes términos:

Cargo N° 1: "No contar con los registros de respaldo por las prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico". Infracción señalada en el Punto 30.1 letra g) de la Resolución Exenta N° 277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones.

Dicho cargo, se asoció a 4.474 prestaciones Grupo 06 "Kinesiología", contenidas en 194 BAS por un monto bruto \$17.015.960.- y monto FAM \$5.318.470.

Lo anterior, se fundamentó en que de la revisión de los antecedentes presentados, se verificó la ausencia de registro de respaldo de 4.474 prestaciones debido a que no se evidenciaba el registro del detalle de las atenciones cobradas al Fondo como son las terapias y evaluaciones kinésicas, situación que no permite acreditar que dichas prestaciones fueran efectivamente otorgadas a los beneficiarios pertenecientes a la muestra de fiscalización, contraviniendo lo estipulado en el punto 4 letra a), b), c) y c2) y punto 12.1.2 letra a) de la Res. Exenta N° 277/2011 del MINSAL y sus modificaciones posteriores: "Para el cobro de las prestaciones del grupo 06 subgrupo 01, los profesionales deberán disponer de los registros que avalen la ejecución de las prestaciones otorgadas, ya que en su defecto, el Fondo presumirá que éstas no han sido efectuadas".

Cargo N° 2: "Incumplimiento de las normas legales, reglamentarias y arancelarias que rigen la Modalidad Libre Elección; y que 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 Resolución Exenta N° 277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones.

Lo anterior, se fundamentó en que la prestadora no presentó la copia de las ordenes de prescripción médica de 13 beneficiarios/as pertenecientes a la muestra de fiscalización, que permitan acreditar la indicación y derivación a tratamiento kinesiológico por parte del médico tratante, contraviniendo lo estipulado la Normativa Técnica Administrativa que regula la Modalidad Libre Elección, la cual establece en el punto 12.1 letra e) "Los médicos tratantes que indiquen atenciones para este grupo arancelario, lo harán derivando a los pacientes mediante prescripción médica en la que se identificará al beneficiario, además de consignar el diagnóstico y la indicación de tratamiento, no siendo imprescindible, el detalle de cada terapia a realizar" y punto 12.1 letra f) "Deberá el prestador mantener la orden médica por un plazo no inferior a 5 años, desde la fecha de cobro de la prestación".

Por otra parte, el D.S. N° 1082 de 1958 del MINSAL, que aprueba el Reglamento sobre el ejercicio de la profesión de Kinesiólogo, en su artículo 3 indica que "El Kinesiólogo, sólo podrá aplicar estos métodos terapéuticos por indicación y orden médica escrita. Tendrá la obligación de mantener estas ordenes cuidadosamente registradas y archivadas".

13. Que, el Oficio Ordinario de Cargos 5S N° 3678/2022, se envió mediante correo electrónico, al e-mail inscrito en el convenio de la prestadora de acuerdo a lo dispuesto en el Oficio 3610, de 17.03.2020, de la Contraloría General de la República.

14. Que, con fecha 15 de marzo de 2022 y dentro del plazo legal, la prestadora presentó los siguientes descargos:

- Para ambos cargos, señala que los registros si se encuentran respaldados en los archivos enviados por PDF, cuyas evaluaciones y registro de sesiones, son las comúnmente utilizadas en el rubro.

- Indica que sí adjuntó la evaluación inicial de todos los pacientes solicitados, especificando la fecha de ingreso,

sintomatología, antecedentes médicos, entre otros.

- En alusión a la reevaluación o evaluación final, esta se encuentra registrada con fecha en la última sesión de cada paciente en su ficha clínica, abreviada con la palabra REEV, detallando sus observaciones en la parte inferior del recuadro de las sesiones.

- Menciona que, no se consideraron como válidas las prestaciones que se encontraban redactadas con abreviaciones utilizadas comúnmente en el rubro. Agrega que tampoco fueron consideradas como validas, las prestaciones registradas posterior a cada sesión, con la palabra "+ progresión ejercicios", lo cual expresa que se realizaron las mismas prestaciones iniciales de manera progresiva. Señala que esta modalidad la realiza para evitar escribir diez o más veces las mismas prestaciones en cada ficha, considerando la prioridad dar al paciente el tiempo y atención requerida.

- Informa que en todos los registros presentados, el término "TMO" significa Terapia Manual Ortopédica, la cual es una disciplina que incluye masoterapia, ejercicios terapéuticos, técnicas de relajación, manipulación de tejidos blandos, entrenamiento ergonómico, técnicas instrumentales y técnicas de neuro dinamia.

- Al respecto, advierte que el decreto 41 del 15/12/2012 que aprueba el reglamento sobre fichas clínicas, no excluye que los profesionales puedan realizar abreviaciones, debiendo indicar al menos la fecha y nombre del profesional, por lo que dichos registros deben ser considerados válidos.

- Aclara que algunos pacientes no poseen las 10 sesiones completas debido a inasistencias por distintos motivos personales como enfermedad, ausencia de síntomas, dolor, falta de tiempo, cambio de ciudad e incluso, fallecimiento del beneficiario. Al respecto, no le parece justo que, por razones de fuerza mayor, se establezca arbitrariamente que el profesional está incumpliendo con las atenciones cobradas al Fondo.

- Señala que, una vez recibido el oficio de notificación de la fiscalización, solicitó entregar las fichas clínicas de forma presencial, a modo de explicar su modalidad de trabajo y nomenclatura de los registros. Al no tener respuesta, no tuvo otra opción que escanear a mano 918 hojas en menos de tres días hábiles para cumplir en el plazo, hecho que no le permitió la búsqueda de 13 órdenes médicas ausentes.

- Reitera que en la Resolución Exenta N° 277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones, no especifica forma alguna u formato en la cual se debe emitir un registro de las prestaciones y que en ninguno de sus puntos, menciona que no es válido abreviar palabras o poner formas de abreviatura como se realizó.

- Finalmente, vuelve a mencionar que en ningún momento se le explicó que debe dejar registro en un determinado formato o que ella hubiese firmado algún documento que lo solicitase, ya que se ser así, se ajustaría a las instrucciones.

- Adjunta 40 nuevas órdenes médicas y 187 informes kinésicos de término de tratamiento.

14. Que, en relación a los descargos presentados, es preciso señalar que:

- El punto 2.1 letra c) de la Normativa Técnica que rige la Modalidad Libre Elección, indica que los profesionales y entidades puedan atender en Modalidad Libre Elección, deberán suscribir previamente un convenio con el Fondo, el que estará sometido a las disposiciones contenidas en los artículos 142 y 143 del Libro II, al Reglamento del Régimen de Prestaciones de salud y a las exigencias técnicas Resolución 671 y administrativas presentes y futuras, fijadas por el Fondo.

- En relación a la prudencia de establecer como sin registro respaldo las atenciones por inasistencia de sus pacientes, hemos evidenciado que la prestadora ha cobrado en su totalidad todos los bonos fiscalizados y **que en ningún caso, ha efectuado a FONASA las devoluciones del Fondo de Ayuda Médica por las prestaciones no realizadas** a los beneficiarios de la muestra, independiente del motivo de sus inasistencias, que en algunos casos corresponde a pacientes fallecidos, todos hechos corroborados por la misma profesional en sus descargos.

Sobre esto, el punto 6.1 letra d) de la Normativa Técnica que rige la Modalidad Libre Elección, indica que los honorarios sólo pueden ser percibidos por el profesional o entidad que efectivamente otorgó la prestación y que, de acuerdo con la resolución exenta que regula el procedimiento de convenios, cuente con los elementos indispensables para su realización.

La misma Normativa en su punto 6.2 letra b) y letra 6.2 letra i) reitera que el cobro al Fondo por prestaciones de salud **procede únicamente cuando éstas hayan sido efectuadas** y que el Fondo pagará únicamente las órdenes o bonos de atención que cumplan los requisitos señalados y **por prestaciones efectivamente realizadas**, respectivamente

- En cuanto al contenido de los antecedentes clínicos presentados, es preciso señalar que estos no dan cuenta de la totalidad de los registros de respaldo de las prestaciones o terapias cobradas al Fondo, situación que no permite acreditar

que dichas atenciones fueran efectivamente otorgadas y realizadas a los beneficiarios de la muestra.

Al respecto, el punto 4 letra a) la Normativa Técnica que rige la Modalidad Libre Elección indica que se entenderá como registro de respaldo de prestaciones, los datos específicos que respaldan la ejecución de una prestación de salud efectuada y presentada a cobro por un prestador inscrito en el rol de la Modalidad de libre elección.

En su punto 4 letra b) establece que la ficha clínica es un documento único, ordenado y completo, que en forma física o electrónica, consigna los antecedentes personales del paciente, su historia clínico-médica, y otros datos sensibles, que son indispensables para el juicio acabado de la enfermedad actual, y para determinar el otorgamiento de los beneficios de salud, contemplados en el Régimen General de Prestaciones de Salud.

En ese sentido, el registro pertinente en ficha es el único instrumento con que el Fondo puede verificar la realización de las prestaciones efectuadas en cumplimiento a las normas que regulan la modalidad y la procedencia o no, del pago por prestaciones cobradas. Este documento en ningún caso podrá ser adulterado, quedará en poder del prestador y debe estar permanentemente a disposición del Fondo cuando le sea requerido.

Además, el punto 4 letra c) señala que los profesionales deberán registrar, en la ficha clínica, todas las atenciones que realizan al paciente, en estricto orden cronológico, y conservarán las diferencias generales propias del tipo de atención de que se trate; y que en el caso de las fichas de atención abierta (ambulatoria), estas deben registrar los datos de identificación del beneficiario, la fecha de atención, la identificación completa del profesional que otorga la prestación y el tipo de prestación de salud que se le ha otorgado en consultas individuales, centros médicos generales, centros de especialidad o en su domicilio, constituido este documento, como el instrumento único de respaldo, para las atenciones cobradas.

- En alusión al registro de las siglas "TMO", la profesional señala que corresponde a la abreviación de Terapia Manual Ortopédica, **prestación que no está arancelada** por el Fondo ni tampoco sujeta a fiscalización y que, bajo ningún motivo, esta reemplaza a las terapias kinésicas aranceladas y presentadas a cobro por la profesional.

- En cuanto a que en la revisión de los antecedentes no se validaron las abreviaciones de las terapias realizadas, es necesario mencionar que tal afirmación no es cierta, toda vez, que la normativa técnica administrativa establece que los profesionales kinesiólogos podrán ocupar como registro las siglas de cada prestación arancelada efectuada, siendo este criterio utilizado al momento validar o no el registro de respaldo de cada terapia cobrada al Fondo.

- Finalmente, en relación a las evaluaciones finales no validadas, la sigla "reev" registrada en cada ficha clínica, no da cuenta de una evaluación que detalle el estado de salud del paciente una vez terminado el tratamiento kinésico, no existiendo mediciones propias de la profesión, así como tampoco indicaciones al alta al paciente.

La misma normativa en su punto 12.1.2 letra a) reafirma que para el cobro de las prestaciones del grupo 06 grupo 01, los profesionales deberán disponer de los registros que avalen la ejecución de las prestaciones otorgadas, ya que en su defecto el Fondo presumirá que éstas no han sido efectuadas. Para ello deberá disponer de una ficha clínica que consigne nombre del beneficiario, diagnóstico médico, prescripción médica con identificación de quien derivó e indicó el tratamiento, detalle de las prestaciones realizadas en orden cronológico, **evaluación general y terapias a realizar**.

Asimismo, para respaldo del cobro de sesiones y terapias, incluidas en los Programas de Atención, el Fondo aceptará como válidas las fechas consignadas en los registros calendarizados de asistencia, además de las siglas de cada **terapia realizada**.

De acuerdo a lo anterior, la propia normativa establece y hace hincapié en la diferencia existente entre una evaluación y una terapia kinésica, consignando como válido sólo las siglas o abreviaciones de **cada terapia arancelada realizada**, mientras que la evaluación debe consignar el detalle del estado de salud del beneficiario para poder determinar efectivamente su condición al ingreso y su recuperación durante el tratamiento.

- En alusión a que no se le dio la opción de presentar la documentación de manera presencial en las oficinas del Fondo, la Resolución Exenta 5S N° 8900 del 30/09/2022 que informa el inicio del proceso de fiscalización, describe de manera categórica que los antecedentes solicitados podían ser enviados tanto de manera electrónica o bien **presentarlos de manera física** en la Dirección Zonal Centro Sur, señalando además, el plazo de entrega y la dirección donde se encuentran sus dependencias.

- Finalmente, como antecedente adicional al proceso, mediante el Folio 1159957, se recibió denuncia de beneficiaria, señalando que usted como prestadora, condicionó la atención kinésica de su madre solicitando además de los bonos emitidos, un pago adicional de \$30.000.-, hecho que perjudicó el acceso inicial a la terapia viéndose obligada a buscar otro prestador.

Al respecto el punto 2.1 letra c) de la Normativa Técnica que rige la Modalidad Libre Elección, indica que los

profesionales, establecimientos y entidades asistenciales inscritos quedan obligados, por la sola inscripción, a aceptar como máxima retribución por sus servicios, los valores del arancel correspondiente al respectivo grupo, salvo que, para determinadas prestaciones, el Ministerio de Salud, mediante decreto supremo, autorice, respecto de ellas, una retribución mayor a la del arancel.

Resultado de la revisión de los antecedentes adjuntos:

- De los 187 informes de término de tratamiento presentados, correspondientes a 117 beneficiarios, se logró verificar el respaldo de 136 prestaciones de **evaluación kinésica**, por un Monto Total de \$367.040.-, un Monto FAM de \$114.640.- y un Monto Copago de \$252.400.-

Como resultado final, se determinó que un total de 4.338 prestaciones grupo 06 "Kinesiología", no contaban con el registro de respaldo exigido por la Normativa vigente que regula el arancel del Fondo.

Cabe mencionar, que este informe, en ningún caso reemplaza a una ficha clínica de acuerdo a lo dispuesto en la Normativa Técnica Administrativa del Fondo, así como tampoco en el Reglamento sobre Fichas Clínicas DS N°41 del MINSAL y la Ley N°20.584, sin embargo, la Comisión Zonal de Fiscalización, aceptó validar dicha documentación para su revisión como parte de los antecedentes aportados por la prestadora.

De acuerdo a lo anterior, se desvirtúa parcialmente el cargo N° 1.

- De las 40 órdenes presentadas, la prestadora logró aportar 4 de las 13 ausentes, quedando un total de 9 ordenes de prescripción médica faltantes.

De acuerdo a lo anterior, se desvirtúa parcialmente el cargo N° 2.

15. Que, en sesión del 13 de abril del 2022, la Comisión de Sanción de la Dirección Zonal Centro Sur del Fondo Nacional de Salud, vistos los antecedentes descritos en este procedimiento, concluyó que las prestaciones cobradas por la profesional, 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 los descargos presentados por la prestadora permiten desvirtuar parcialmente los cargos formulados.

Por lo tanto, se verifican las siguientes infracciones tipificadas en las Normas Técnico – Administrativas establecidas en la Resolución Exenta N° 277/2011 y sus modificaciones, todas del MINSAL, infringiendo los siguientes puntos:

a) "No contar con los registros de respaldo por las prestaciones realizadas sea este físico o electrónico", infracción señalada en el punto 30.1 letra g).

b) "Incumplimiento de las normas legales, reglamentarias y arancelarias que rigen la Modalidad 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"

A continuación, se detallan las prestaciones irregulares y los montos involucrados.

N° Cargo	Cargo	N° Prestaciones Irregulares	Monto Total Involucrado \$	Monto FAM Involucrado \$	Monto Copago Involucrado \$
1	No contar con los registros de respaldo	4.338	\$16.648.920	\$5.203.830	\$11.445.090
2	Incumplimiento de las normas legales, reglamentarias y arancelarias de la MLE	0	0	0	0

16. Que, por otro lado, la misma Comisión de Sanción, en mérito de los antecedentes del caso, determinó considerar como agravantes lo siguiente:

- El 91% de las prestaciones fiscalizadas y cobradas al Fondo presentan irregularidad.

- Intencionalidad por parte de la prestadora al cobrar al Fondo prestaciones no realizadas a los beneficiarios que no completaron la totalidad de sesiones.

17. Que, se determinó además, que sólo el FAM de las prestaciones irregulares asociadas al Cargo N° 1 serán consideradas al momento de establecer las devoluciones de Fondo de Ayuda Médica.

18. Que, atendidos los antecedentes, la Comisión propuso aplicar la sanción de Cancelación del convenio MLE como persona natural y aplicar una Multa de 500 UF, sanción que esta autoridad comparte. Asimismo, la Comisión propuso ordenar el reintegro de \$5.203.830.-, correspondiente al Fondo de Ayuda Médica (FAM) de las prestaciones objetadas, medida administrativa que esta autoridad igualmente comparte, motivo por el cual dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. APLÍCASE a la prestadora **D. FERNANDA JAVIERA MERINO ALVAREZ, RUT [REDACTED]**, como consecuencia de la falta de registro de respaldo de 4.338 prestaciones y el incumplimiento a las normas legales, reglamentarias y arancelarias de la MLE producto de la ausencia de las ordenes de prescripción médica de 9 beneficiarios, la sanción de Amonestación y el pago de una Multa de 500 U.F., medidas contempladas en el inciso 8° del Art. 143 del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que regula la Modalidad de Libre Elección.

2. REINTÉGRESE por la prestadora el valor correspondiente al Fondo de Ayuda Médica (FAM), de las prestaciones objetadas, que equivalen a \$5.203.830.-.

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 c/c jpalacios@fonasa.cl, reintegro_fam@fonasa.cl y contraloriamle@fonasa.cl.

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

3. COMUNÍQUESE a la prestadora, que por tratarse de multa a beneficio fiscal, el pago debe hacerse efectivo en el sitio web de la Tesorería General de la República, 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 Departamento de Contraloría MLE, a través del correo electrónico contraloriamle@fonasa.cl, para el registro del cumplimiento de la medida sancionatoria.

4. NOTIFÍQUESE esta Resolución a la prestadora, la que se efectuará vía correo electrónico al e-mail inscrito en su convenio, de acuerdo a 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 de la afectada de presentar un recurso de reposición en contra de lo resuelto por la presente Resolución, ante el Sr. (a) Ministro(a) de Salud, en un plazo de 15 días desde el despacho de la Presente Resolución. Dicho recurso debe ser presentado a través de vía electrónica, al correo recursosmle@minsal.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"



MARCELA TAPIA FERRADA

MTF / AVR / CBE / RCG / jfv

DISTRIBUCIÓN:

D. FERNANDA MERINO ALVAREZ [REDACTED]

AFECTA ART. 7, LETRA G, LEY 20.285

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

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

f3hh0d8S

Código de Verificación

