FONASA CENTRO SUR
DIRECCIÓN ZONAL CENTRO SUR
DPTO. DE GESTION COMERCIAL

RESOLUCIÓN EXENTA 6S N° 14267 / 2024
MAT.: AUTORIZA INSCRIPCIÓN EN ROL M.L.E. A D. CÉSAR RODRIGO SÁEZ JARA RUT [redacted] DE PROFESION MEDICO CIRUJANO, SEGUN SOLICITUD WEB N° 109703 DEL 16/12/2024
CONCEPCION , 31/12/2024

VISTOS:

Lo dispuesto en el Libro I del D.F.L. N° 1/2005, del Ministerio de Salud; Resolución Exenta 1GN° 106 del 01 de Julio 2024 que Establece la Estructura y Organización Interna del Fondo Nacional de Salud y determina los cometidos que corresponden a sus Divisiones y Direcciones Zonales; Resolución Exenta 3G N° 11507 de 11 de Octubre 2024 que aprueba Procedimiento de Inscripción en el Rol de la Modalidad de Libre Elección, Resolución Exenta 4A/N° 28 del 20 de marzo de 2019, que Delega Facultades que Indica en las Jefaturas de las Dependencias Internas que Señala; Resolución Exenta RA 139/1664/2023 del 08 de junio de 2023, que designa Director Zonal Centro Sur a don Mauricio Jara Lavin; todas del Fondo Nacional de Salud; la Resolución Exenta Nº7/2019 de la Contraloría General de la República,

CONSIDERANDO:

1.- Que **D. CÉSAR RODRIGO SÁEZ JARA RUT** [redacted]**,** de profesión **MEDICO CIRUJANO,** en adelante "el prestador", solicita inscripción en el Rol de Prestadores de la Modalidad de Libre Elección;

2.- Que, el prestador declaró en dicha solicitud poseer la capacidad técnica y sanitarias, equipamiento e infraestructura necesaria para realizar las prestaciones de salud que postula inscribir, adjuntando la documentación requerida, dando con ello cumplimiento a los requisitos definidos por el Fondo Nacional de Salud, en el procedimiento de inscripción y convenios del Rol de la Modalidad de Libre Elección, por lo que dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

I.- **AUTORÍCESE** la inscripción en el Rol de la Modalidad de Libre Elección a **D. D. CÉSAR RODRIGO SÁEZ JARA RUT** [redacted]**,** en su calidad de **MEDICO CIRUJANO** y el convenio suscrito entre el prestador y el Fondo Nacional de Salud, en los siguientes términos:

PRIMERO: Por el presente instrumento las partes celebran un convenio para la inscripción del prestador en la Modalidad Libre Elección del FONASA.

Se entiende por Modalidad de Libre Elección aquella en virtud de la cual los profesionales o entidades del sector público o privado, inscritos para el efecto y elegidos libremente por el afiliado, ejecutan las prestaciones que con este objeto se señalan en el arancel, por la retribución que en el mismo se determine.

La celebración del presente convenio incorpora al Prestador en el **grupo 1** del Rol de profesionales y entidades asistenciales de salud de la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud, las prestaciones y sucursales o lugares de atención que se detallan en la resolución que aprueba este convenio.

Conforme a lo establecido en el artículo 46 inciso segundo del D.S. Nº 369 de 1985, que aprobó el Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud, del Ministerio de Salud, el presente convenio no creará vínculos de carácter laboral ni funcionario entre las partes.

SEGUNDO:

Se entienden incorporadas al convenio, las disposiciones establecidas en el D.F.L. N°1/2005 que Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N°18.933 y N°18.469; el D.S. Nº 369 de 1985, que aprobó el Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud, ambos decretos del Ministerio de Salud; las actuales y posteriores disposiciones del Arancel de Prestaciones de Salud; las Normas Técnico-Administrativas para la aplicación de dicho Arancel; las instrucciones que imparta el Ministerio de Salud y todas aquellas normas e instrucciones emanadas del Fondo Nacional de Salud, dictadas en uso de sus facultades de tuición, administración y fiscalización consagradas en los artículos 143º DFL Nº1/2005 y artículo 45º del D.S. Nº 369 de 1985.

TERCERO:

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

Forma parte integrante del convenio, la documentación legal y técnica exigida por el Fondo en los formularios correspondientes y acompañada por el prestador con su solicitud de inscripción, como igualmente la nómina de prestaciones de salud que haya sido previamente autorizada por el Fondo de acuerdo a la capacidad sanitaria y resolutiva del prestador, lo que será comunicado al prestador mediante resolución exenta firmada por el Director del Fondo o en quien delegue la facultad formalizando el presente convenio.

CUARTO:

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

QUINTO:

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

SEXTO:

El Prestador inscrito en la Modalidad de Libre Elección estará, por ese solo hecho, obligados a otorgar las prestaciones a los beneficiarios de la ley que opten por ella, de conformidad a las normas y en los términos que para la referida Modalidad establecen la Ley, los Reglamentos, el arancel y las instrucciones que imparta el Ministerio.

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

El Fondo podrá efectuar inspecciones al prestador en cualquier momento, a fin de verificar de acuerdo con su competencia la existencia de los instrumentos y equipos necesarios para otorgar la prestación, así como la existencia de las autorizaciones sanitarias en los casos en que sean exigibles, sin perjuicio de requerir la información técnica o administrativa que respalde el otorgamiento de las prestaciones efectuadas.

SÉPTIMO:

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

OCTAVO:

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

NOVENO:

El Prestador queda obligado, 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.

En consecuencia, el Prestador inscrito sólo podrá cobrar como retribución por sus servicios, los valores del arancel correspondiente al respectivo nivel quedándole prohibido recibir pagos adicionales de cualquier naturaleza.

DÉCIMO:

En retribución por las atenciones que efectivamente otorgue a los beneficiarios, el Prestador se encuentra obligado a recibir y a cobrar las órdenes o bonos de atención emitidas por el Fondo por cualquiera de los canales de emisión que tenga habilitado, además de aquellas de emisión electrónica en prestadores en convenio, en las que se identificarán las prestaciones de salud, su codificación, los valores y nominadas al Prestador y al beneficiario que recibió las atenciones.

Las órdenes o bonos de atención cualquiera sea su forma de emisión, tienen una vigencia administrativa de 30 días desde su fecha de emisión.

UNDÉCIMO:

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

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

Para las cobranzas de órdenes o bonos de atención de salud emitidos mediante transacción electrónica o en el sitio web habilitado, el prestador no deberá enviar el soporte de atención física del bono de atención de salud, debido a que respaldo queda almacenado en el sistema y el registro digital constituye el original, para efectos de pago.

El Fondo pagará al prestador:

- Las órdenes de atención que éste, presente a cobranza que contemplen los requisitos y datos exigidos por las normas Técnico Administrativas, se ajusten a las instrucciones del Fondo

- Las órdenes de atención correspondientes a prestaciones singularizadas en este convenio y que efectivamente se hayan efectuado a beneficiarios de la Ley, que cuenten con el respaldo de los registros clínicos y que correspondan a prestaciones que efectivamente requiera el beneficiario.

El Fondo no pagará al prestador:

- Las órdenes de atención ilegibles, con alteraciones o enmendadura de los datos consignados al momento de la emisión o con omisiones de los datos que debe proporcionar el prestador, mientras no sean subsanados estos defectos en forma y fondo a satisfacción de FONASA.
- Las órdenes de atención de prestaciones no efectuadas, parcialmente efectuada o de las cuales el prestador carezca de registros, ni aquellas correspondientes a prestaciones homologadas o efectuadas en condiciones técnicas inferiores a las exigidas por el Fondo.
- No procede el cobro de prestaciones de medicina preventiva realizada en operativos médicos preventivos.

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

DUODÉCIMO:

El prestador declara conocer las facultades del Fondo con respecto a la tuición, administración y fiscalización permitiéndole verificar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el DFL 1/2005, del Ministerio de Salud, el Arancel de prestaciones y las Normas Técnico Administrativas para su aplicación, las instrucciones que imparta el Ministerio de Salud y las normas e instrucciones emanadas del Fondo.

Para ello se obliga a exhibir y enviar toda la documentación o antecedentes que requiera el Fondo o su personal fiscalizador, resguardando lo establecido en el artículo 10 de la ley 19.628 de 1999 sobre protección de datos de carácter personal, como igualmente otorgar todas las facilidades de acceso a las oficinas, establecimiento, o dependencia donde realice las prestaciones de salud.

DÉCIMO TERCERO:

El Fondo queda facultado para modificar la nómina de prestaciones médicas, ampliándola o restringiéndola, si verifica que se ha modificado la infraestructura, el equipamiento u otra condición técnica que incremente o disminuya la capacidad o la calidad de las prestaciones a otorgar por el Prestador.

En caso que se verifique por el Fondo que el Prestador no se ajusta en sus procedimientos a las normas establecidas en el presente convenio, el Director del Fondo o en quien delegue la facultad instruirá el respectivo procedimiento sancionatorio por la causal señalada en la cláusula decimosexta letra c) de este convenio, el cual se tramitará conforme al procedimiento establecido en los artículos 143 del D.F.L. N°1/2005 que Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N°18.933 y N°18.469; y en el artículo 51 del D.S. Nº 369 de 1985, que aprobó el Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud, ambos decretos del Ministerio de Salud.

DÉCIMO CUARTO:

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

a.Por inhabilidad legal sobreviniente.

b.Incapacidad física o mental legalmente declarada.

c.Fallecimiento.

d.Falta de la autorización sanitaria cuando corresponda.

DÉCIMO QUINTO:

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

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

DÉCIMO SEXTO:

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

a.Presentación para cobro o cobro indebido de órdenes de atención y programas; de honorarios adicionales por sobre el valor establecido para el grupo de Rol correspondiente; y de recargo improcedentes;

b.Prescripción para la emisión de órdenes de atención o emisión de programas médicos, con fines distintos a los señalados en la Ley;

c.Incumplimiento de las normas legales, reglamentarias y arancelarias que rigen la Modalidad de Libre Elección; y regulan la aplicación de su Arancel, incluyendo en ellas las Resoluciones dictadas por el Ministerio y publicadas en el Diario Oficial.

DÉCIMO SÉPTIMO:

Si se acredita una o más de las infracciones señaladas en la cláusula anterior, el Fondo instruirá el respectivo procedimiento sancionatorio por la causal señalada en la cláusula decimosexta letra c) de este convenio, el cual se tramitará conforme al procedimiento establecido en los artículos 143 del D.F.L. N°1/2005 que Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N°18.933 y N°18.469; y en el artículo 51 del D.S. Nº 369 de 1985, que aprobó el Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud, ambos decretos del Ministerio de Salud.

El Director del Fondo o en quien delegue la facultad, dictará una resolución fundada en la que absolverá o aplicará al prestador una o más de las sanciones establecidas en el Libro II del DFL 1/2005 del Ministerio de Salud, esto es:

a.Amonestación.

b.Suspensión hasta por 180 días de ejercicio en la Modalidad de Libre Elección.

c.Cancelación de la inscripción.

d.Multa a beneficio fiscal hasta por 500 Unidades de Fomento, la que podrá acumularse a cualquiera de las otras sanciones.

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

DÉCIMO OCTAVO:

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

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

DÉCIMO NOVENO:

El Prestador podrá renunciar voluntariamente a su inscripción en el rol de prestadores, quien lo comunicará mediante el Formulario respectivo a través de la página web o en cualquier sucursal del Fonasa.

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

VIGÉSIMO:

El Fondo autoriza al prestador para incorporarse al Sistema de Emisión Electrónica de Bonos de Atención de Salud (BAS), para lo cual deberá completar los datos del Formulario respectivo, que puede obtener a través de la página web o en cualquier sucursal del FONASA.

VIGÉSIMO PRIMERO:

Para el otorgamiento de los servicios de emisión electrónica de órdenes o bonos de atención de salud, el prestador suscribirá con la empresa proveedora del sistema los instrumentos legales que dicha empresa disponga al efecto.

La relación contractual descrita, no constituye ningún tipo de responsabilidad para FONASA.

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

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

VIGÉSIMO SEGUNDO:

En la emisión de licencias médicas el Prestador deberá dar cumplimiento a las disposiciones legales y reglamentarias que regulan esta materia. El incumplimiento de la presente cláusula habilitará al Fonasa para suspender, cancelar o aplicar las demás sanciones que procedan.

VIGÉSIMO TERCERO:

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

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

b.Cuando en proceso de fiscalización, constate comportamientos que transgredan la normativa contenida en el Libro Segundo del DFL Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, D.S. Nº 369, de 1985 del Ministerio de Salud, la R.E. Nº 135, 2002 y sus modificaciones del Fondo y las Normas Técnicas y Administrativas dictadas para la aplicación del arancel de prestaciones de la Modalidad de Libre Elección por el Ministerio de Salud.

c.Cuando al prestador se le haya aplicado alguna(s) de las sanciones que establece el inciso 9 del artículo 143 del Libro II del DFL 1/2005 del Ministerio de Salud.

VIGÉSIMO CUARTO:

Sin perjuicio de las sanciones establecidas en la ley, el Fondo Nacional de Salud estará facultado para ordenar la devolución o eximirse del pago, de aquellas sumas de dinero que hayan sido cobradas por prestaciones, medicamentos o insumos no otorgados, estén o no estén contenidos en el arancel de prestaciones de que trata el artículo 159 del DFL Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, como, asimismo, la devolución o exención del pago de lo cobrado en exceso al valor fijado en el referido arancel.

Las resoluciones que dicte el Fondo Nacional de Salud en uso de esta facultad tendrán mérito ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se encuentren a firme.

VIGÉSIMO QUINTO:

El Prestador que suscribe el presente Convenio con FONASA, será responsable civil y penalmente frente a cualquier accidente, daño o perjuicio que pudiera ocasionar con motivo del otorgamiento a asegurados del FONASA de las prestaciones inscritas. Esta responsabilidad será declarada por los tribunales de justicia que establece la ley de acuerdo con los procedimientos judiciales fijados al efecto.

VIGÉSIMO SEXTO:

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

En consecuencia, el presente convenio solo tendrá validez una vez aprobado por resolución del Fondo Nacional de Salud, de modo que sólo serán oponibles al Fondo las copias de este convenio que estén contenidas en la respectiva resolución aprobatoria.

VIGÉSIMO SÉPTIMO:

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

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

DIRECCIÓN	TELÉFONO	TIPO DE DIRECCIÓN

[redacted]	[redacted]	[redacted]
SOLO ATENCIONES A DOMICLIO	9/50175712	ATENCIÓN

III.- **INCORPÓRESE,** al convenio del prestador, las prestaciones correspondientes a los siguientes códigos arancelarios:

PRESTACIONES AUTORIZADAS			
0101001	0101004	0101005	0101008

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

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

Anótese, Comuníquese y Archívese,

"Por orden del Director"

MAURICIO JARA LAVIN
DIRECTOR(A) ZONAL
FONDO NACIONAL DE SALUD

DISTRIBUCIÓN:
D. CÉSAR RODRIGO SÁEZ JARA/[redacted]
AFECTA A ART. 7° LETRA G, LEY N° 20.285/2008
[redacted]

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

f5jX4INr
Código de Verificación