Gobierno de Chile

Fonasa

E43735/2024

RESOLUCIÓN EXENTA 3G/N° 292 *07.12.2024

MAT.: APRUEBA CONTRATO DE COMPRA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES DE SALUD NO GES QUIRÚRGICAS, DERIVADOS A PRESTADORES PRIVADOS, A TRAVÉS DE MECANISMO DE PAGO POR GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNOSTICO (GRD), SUSCRITO ENTRE EL FONDO NACIONAL DE SALUD Y EL PRESTADOR SOCIEDAD MÉDICA DE ESTABLECIMIENTOS CLÍNICOS DE SALUD S.A.

VISTOS: Lo dispuesto en el Libro I del D.F.L. N°1/2005, del Ministerio de Salud; en la Ley N.° 19.886; en el Reglamento de la Ley N°19.886, aprobado por el Decreto Supremo N°250, de 2004, del Ministerio de Hacienda; en la Ley N° 21.640, del Ministerio de Hacienda, que aprueba el presupuesto del sector público para el año 2024; las facultades que me confiere el Decreto N° 16 de fecha 21 de abril de 2022 del Ministerio de Salud; las Resoluciones Exentas 4A/N° 28/2019, 1G/N°106/2024 y 3G/N°121/2024, todas del Fondo Nacional De Salud; lo señalado en las Resoluciones N°7, 8 de 2019 y N°14 de 2022, de la Contraloría General de la República; y

CONSIDERANDO:

1. Que, el Fondo Nacional de Salud, 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 sentido, el Libro I del D.F.L. Nº 1, de 2005, de Salud, principalmente en la letra b) del artículo 50, faculta al Fondo a la celebración de contratos y convenios de prestación de servicios de salud con organismos y entidades públicas o privadas, que no pertenezcan al Sistema Nacional de Servicios de Salud, para atenciones en la Modalidad Institucional para beneficiarios del Libro II del mismo DFL 1.

3. Que, por otro lado, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1º de la ley Nº19.966, El Régimen General de Garantías en Salud, también el Régimen General de Garantías, es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 134 del decreto con fuerza de ley Nº1, de 2005, del Ministerio de Salud.

4. Que, las Garantías Explicitas en Salud establecidas en el Decreto Supremo Nº72, de 2022, del Ministerio de Salud, se definen como aquellos derechos en materia de salud relativos a acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a sus problemas de salud, determinados en el artículo 1º del referido decreto y que está obligado a asegurar a sus beneficiarios, el Fondo Nacional de Salud.

5. Que, en consecuencia, las Garantías Explícitas en Salud son constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento puede ser exigidos por éstos al Fondo Nacional de Salud, por lo que este Servicio se encuentra

en el deber de asegurar a los beneficiarios del régimen indicado en el artículo 134 del libro II del decreto con fuerza de ley Nº1, de 2005, del Ministerio de Salud, que se atienden bajo la Modalidad de Atención Institucional, el acceso, con la calidad y en la oportunidad debida, a las prestaciones asociadas a sus problemas de salud con garantías explícitas, que por insuficiencia de oferta en el sistema público, deban ser derivados a un prestador que no pertenezcan a la Red Pública de salud.

6. Que, del mismo modo, las listas de espera de pacientes NO GES Quirúrgicos, han aumentado por efecto de la pandemia de Covid-19 y también, requieren resolución del problema de salud, por cuanto de acuerdo con el artículo N° 3 de la citada de la Ley N° 19.966, en el sentido de garantizar el acceso, calidad y oportunidad a las prestaciones de salud que se otorgan a los beneficiarios del FONASA no contempladas en las Garantías GES, las cuales no pueden sufrir menoscabo establecimiento y las sucesivas modificaciones de las Garantías Explícitas en Salud.

7. Que, dado lo anterior, el Fondo Nacional de Salud, realizó la compra a nivel nacional, de PRESTACIONES DE SALUD GES Y DE PRESTACIONES DE SALUD NO GES QUIRÚRGICAS, DERIVADOS A SEGUNDO PRESTADOR O PRESTADOR PRIVADO SEGÚN CORRESPONDA, A TRAVÉS DE MECANISMO DE PAGO: POR GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNOSTICO (GRD), para los beneficiarios especificados en el Libro II del decreto con fuerza de ley Nº1, de 2005, del Ministerio de Salud, que se atiendan bajo la Modalidad de Atención Institucional para la atención de pacientes cuando no exista capacidad resolutiva en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y se presenten riesgos de incumplimientos en las garantías GES o éstas se encuentren incumplidas, o que requieran una prestación NO GES quirúrgica.

8. Que, Resolución 3G/N° 03 del 09 de enero de 2024, tomada de razón con fecha 29 de enero de 2024, se aprobaron las bases de licitación pública para "Compra de servicios de salud de resolución de patologías agudas o reagudizadas, a través de mecanismo de pago por grupos relacionados por el diagnóstico (GRD)" ID: 591-3-LR24, la que fue adjudicada mediante Resolución 3G/N° 68 del 09 de mayo de 2024, tomada de razón con fecha 11 de junio de 2024, con arreglo a las cuales se realiza la contratación cuyo texto debe ser aprobado por el respectivo acto administrativo.

9. Que, el monto estimado de esta contratación corresponde a la suma de $152.856.916.- el cual fue ajustado de manera proporcional entre todos los prestadores adjudicados, a fin de no exceder el monto total disponible para la presente contratación establecido en las respectivas bases de licitación.

10. Que, para respaldar el íntegro, correcto y oportuno cumplimiento de la contratación, el prestador entregó Boleta de Garantía, del Banco Santander, N°66298, por un monto de $7.642.846.- equivalente al 5% del monto total estimado del contrato, emitida a la vista y de carácter irrevocable, a favor del Fondo Nacional de Salud, que asegura el pago de la garantía de manera rápida y efectiva, cuya glosa indica "GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE COMPRA DE PRESTACIONES DE SALUD NO GES QUIRÚRGICAS, DERIVADOS A PRESTADORES PRIVADOS, A TRAVÉS DE MECANISMO DE PAGO: POR GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNOSTICO (GRD)" y, con vencimiento el día 31 de diciembre 2027, quedando en custodia del Subdepartamento de Tesorería del FONASA.

11. Que, Que, el Gestor documental de Fonasa denominado "Cero Papel" no permite la carga adecuada de la presente Resolución aprobatoria de contrato, por lo que es necesario la emisión de este acto administrativo en formato papel en virtud de la excepción contemplada en el Resuelvo Tercero de la Resolución Exenta 4.3D/N° 3493 de fecha 31 de agosto de 2017 del Fondo Nacional de Salud.

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

RESOLUCIÓN:

1° APRUÉBASE el CONTRATO DE COMPRA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES DE SALUD NO GES QUIRÚRGICAS, DERIVADOS A PRESTADORES PRIVADOS, A TRAVÉS DE MECANISMO DE PAGO POR GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNOSTICO (GRD), suscrito entre el FONASA y el prestador SOCIEDAD MÉDICA DE ESTABLECIMIENTOS CLÍNICOS DE SALUD S.A., cuyo texto es del siguiente tenor literal:

"CONTRATO COMPRA DE PRESTACIONES DE SALUD NO GES QUIRÚRGICAS, DERIVADOS A PRESTADORES PRIVADOS, A TRAVÉS DE MECANISMO DE PAGO POR GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNOSTICO (GRD)"

ENTRE

SOCIEDAD MÉDICA DE ESTABLECIMIENTOS CLÍNICOS DE SALUD S.A.

Y

FONDO NACIONAL DE SALUD

En Santiago, a 01 de julio de 2024, entre el **FONDO NACIONAL DE SALUD,** persona jurídica de Derecho Público, creada por el Decreto Ley N° 2.763 de 1979, RUT N° 61.603.000-0, representado para estos efectos, según se acreditará, por su Director Nacional, don **Camilo Cid Pedraza**, cédula
ambos con domicilio en calle N o, en adelante "FONASA", y la **SOCIEDAD MÉDICA DE ESTABLECIMIENTOS CLÍNICOS DE SALUD S.A.**, RUT N°96.662.450-7 representada por don(a) **Reiner Quezada Gomez**, cédula nacional de identidad , ambos c
en adelante, "el prestador"; y en conjunto denominadas "las partes", expresan que han convenido el siguiente contrato de compra de prestaciones de salud NO GES quirúrgicas, derivados a prestadores privados, a través de mecanismo de pago: por grupos relacionados por el diagnostico (GRD), el que se regirá de conformidad a las estipulaciones que a continuación se expresan:

PRIMERO. **Antecedentes Generales de la contratación.**

El Fondo Nacional de Salud, 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.

Ee sentido, el Libro I del D.F.L. Nº 1, de 2005, de Salud, principalmente en la letra b) del artículo 50, faculta al Fondo a la celebración de contratos y convenios de prestación de servicios de salud con organismos y entidades públicas o privadas, que no pertenezcan al Sistema Nacional de Servicios de Salud, para atenciones en la Modalidad Institucional para beneficiarios del Libro II del mismo DFL 1.

Por otro lado, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1º de la ley Nº19.966, El Régimen General de Garantías en Salud, también el Régimen General de Garantías, es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 134 del decreto con fuerza de ley Nº1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Las Garantías Explicitas en Salud establecidas en el Decreto Supremo Nº72, de 2022, del Ministerio de Salud, se definen como aquellos derechos en materia de salud relativos a acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a sus problemas de salud, determinados en el artículo 1º del referido decreto y que está obligado a asegurar a sus beneficiarios, el Fondo Nacional de Salud.

Para lograr una correcta y efectiva aplicación del régimen de Garantías Explícitas en Salud, en adelante también GES, es necesario disponer de una herramienta de compra

que complemente la oferta pública de prestaciones médicas, en la resolución de los problemas de salud que se establecen en el decreto supremo Nº72, de 2022, actualmente vigente.

Asimismo, las Garantías Explícitas en Salud son constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento puede ser exigidos por éstos al Fondo Nacional de Salud, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan.

En consecuencia, el Fondo Nacional de Salud debe asegurar a los beneficiarios del régimen indicado en el artículo 134 del libro II del decreto con fuerza de ley Nº1, de 2005, del Ministerio de Salud, que se atienden bajo la Modalidad de Atención Institucional, el acceso, con la calidad y en la oportunidad debida, a las prestaciones asociadas a sus problemas de salud con garantías explícitas, que por insuficiencia de oferta en el sistema público, deban ser derivados a un prestador que no pertenezcan a la Red pública de salud.

De manera excepcional, el FONASA se reserva el derecho de derivar bajo estos convenios a beneficiarios del régimen en situaciones de contingencia, alerta o fuerza mayor, independiente de su Modalidad de Atención, con el fin de asegurar el acceso y/o la continuidad con la calidad y en la oportunidad debida, a las prestaciones asociadas a sus problemas de salud con garantías explícitas, que por insuficiencia de oferta en el sistema público, deban ser derivados a un prestador que no pertenezcan a la Red pública de salud.

Del mismo modo, las listas de espera de pacientes NO GES Quirúrgicos, han aumentado por efecto de la pandemia de Covid-19 y también, requieren resolución del problema de salud, por cuanto de acuerdo con el artículo N° 3 de la citada de la Ley N° 19.966, en el sentido de garantizar el acceso, calidad y oportunidad a las prestaciones de salud que se otorgan a los beneficiarios del FONASA no contempladas en las Garantías GES, las cuales no pueden sufrir menoscabo establecimiento y las sucesivas modificaciones de las Garantías Explícitas en Salud.

Dado lo anterior, el Fondo Nacional de Salud, realizó la compra a nivel nacional, de servicios de PRESTACIONES DE SALUD GES Y DE PRESTACIONES DE SALUD NO GES QUIRÚRGICAS, DERIVADOS A SEGUNDO PRESTADOR O PRESTADOR PRIVADO SEGÚN CORRESPONDA, A TRAVÉS DE MECANISMO DE PAGO: POR GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNOSTICO (GRD), para los beneficiarios especificados en el Libro II del decreto con fuerza de ley Nº1, de 2005, del Ministerio de Salud, que se atiendan bajo la Modalidad de Atención Institucional ya sea que padecen algún problema de salud, a saber decreto supremo N° 72 de 2022, así como en otros que se encuentren vigentes en el periodo licitatorio, para la atención de pacientes cuando no exista capacidad resolutiva en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y se presenten riesgos de incumplimientos en las garantías GES o éstas se encuentren incumplidas, o que requieran una prestación NO GES quirúrgica.

Para efectos de esta contratación el prestador debe otorgar la resolución integral del problema de salud adjudicado, es decir, contar con resolución para confirmación diagnóstica, tratamiento médico y/o quirúrgico, prestaciones de seguimiento y/o rehabilitación. Para los casos excepcionales donde el prestador no cuente con la capacidad de resolución integral, puede comprar servicios de apoyo como Radioterapia y/o Quimioterapia, siendo imposibilitado de comprar servicios de tratamiento quirúrgico para resolución de problemas de salud.

Por Resolución 3G/N° 03 del 09 de enero de 2024, Tomada de Razón con fecha 29 de enero de 2024, se aprobaron las bases de licitación pública para "Compra de servicios de salud de resolución de patologías agudas o reagudizadas, a través de mecanismo de pago por grupos relacionados por el diagnóstico (GRD)" ID: 591-3-LR24, adjudicada mediante Resolución 3G/N° 68 del 09 de mayo de 2024, Tomada de Razón con fecha 11 de junio de 2024, al prestador, con arreglo a las cuales se realiza la presente contratación.

SEGUNDO. **Contrato y documentos que integran la relación contractual.**

Para la ejecución de los servicios, el prestador deberá sujetarse a las condiciones pactadas en el presente contrato y a los siguientes documentos, que se entienden formar

parte integrante de este instrumento para todos los efectos legales, por tanto, las partes les otorgan por este acto plena validez y exigibilidad, prevaleciendo las Bases por sobre los otros documentos y que se detallan a continuación:

- Bases Administrativas y Técnicas, y sus correspondientes anexos.
- Consultas, aclaraciones y complementos, y las correspondientes respuestas y aclaraciones, si las hubiere.
- Oferta Técnica y Económica adjudicada o adjudicadas, en lo que no contravenga a las disposiciones legales o a las Bases Administrativas y Técnicas.
- Resolución de adjudicación.

El FONASA utilizará el correo electrónico que el prestador consignó en su oferta (**Anexo N°2**, sobre Datos del Oferente), como medio para efectuar cualquier comunicación a que diere lugar el respectivo contrato, incluidas las notificaciones propias del procedimiento de aplicación de multas y término anticipado del contrato, en el caso que sea procedente su aplicación.

TERCERO. **Objeto del Contrato.**

Mediante el presente instrumento el FONASA contrata la compra de servicios de prestaciones NO GES Quirúrgicas, considerando grupos relacionados por el diagnostico, en adelante "GRD" y contempla para su resolución integral prestaciones ambulatorias paquetizadas (PPA) definida como aquel grupo de prestaciones necesarias para dar cumplimiento a la resolución integral del problema de NO GES quirúrgico, derivadas a segundo prestador o prestador privado según corresponda.

Este proceso de contratación está destinado a los beneficiarios especificados en el Libro II del DFL Nº 1/2005 del Ministerio de Salud, que se atiendan bajo la Modalidad de Atención Institucional y que padecen algún problema de salud incorporado en el Decreto de Garantías Explícitas de Salud vigente, a saber: GES Nº 72, del 2022, del MINSAL, lo anterior cuando no exista capacidad resolutiva en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), se presenten incumplimiento en las garantías GES. Para estos casos, FONASA garantiza la designación a un segundo prestador (público o privado) que pueda efectuar la atención.

Este proceso incluye la lista de espera para prestaciones de salud NO GES que ha aumentado por efecto de la Pandemia, las cuales de acuerdo con el artículo 3 de la citada de la Ley N° 19.966, en el sentido de garantizar el acceso, calidad y oportunidad a las prestaciones de salud que se otorgan a los beneficiarios del FONASA no contempladas en las Garantías GES, las cuales no pueden sufrir menoscabo establecimiento y las sucesivas modificaciones de las Garantías Explícitas en Salud.

Adicionalmente, en el evento de que exista disponibilidad presupuestaria para ello podrán derivarse pacientes con incumplimiento en las garantías GES y estos incumplimientos no hayan sido reclamados, esto es, garantías retrasadas no reclamadas.

Para el cumplimiento de todos los problemas de salud NO GES quirúrgicos contratados, el prestador deberá cumplir, en lo que corresponda, con las exigencias establecidas en la normativa y reglamentación vigente, requisitos generales y comunes.

Las prestaciones paquetizadas ambulatorias (PPA), contienen las prestaciones necesarias indicadas por el equipo médico, incluyendo las del Listado Específico de Prestaciones (LEP), anexo al Decreto GES Nº 72 del año 2022 y sus posteriores modificaciones, para dar el correcto cumplimiento a la garantía reclamada por el paciente y derivada a Segundo Prestador, para pacientes NO GES quirúrgicos.

Todo lo anterior, con la siguiente modalidad de pago de las atenciones en atenciones NO GES quirúrgicos, derivadas a 2º prestador:

- A través de GRD para todas las atenciones en que el paciente requiera Hospitalización, Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) u Hospitalización Diurna.

- Y a través de prestaciones paquetizadas ambulatorias (P.P.A) que incluyen lo necesario para la atención del paciente, tanto para la confirmación diagnóstica,

las evaluaciones prequirúrgicas como para tratamientos oncológicos incluidos, la quimioterapia, radioterapia o braquiterapia, así como también, tratamientos no oncológicos, el seguimiento o la rehabilitación post Quirúrgica, que se realicen en forma ambulatoria.

CUARTO. Marco legal y definiciones.

El prestador deberá cumplir con las exigencias establecidas en las Leyes, Decretos, Normativas, y Reglamentos vigentes, que se señalan a continuación, lo que podrá ser auditado por FONASA en cualquier momento:

LEYES/DECRETOS/NORMAS/REGLAMENTOS	
1. DE LOS REGISTROS Y DE LA CODIFICACIÓN DE GRD	
Decreto N°820 de 8 septiembre de 2011 del Ministerio de Salud	Aprueba Norma Técnica sobre Estándares de Información de Salud.
Decreto N° 828 de 8 agosto 2013 del Ministerio de Salud	Aprueba Norma Técnica Nº 152 sobre Estándares de Información de Salud - Estándar de Gestión de Camas y Pacientes.
Decreto N°1671 de 15 de noviembre de 2010 del Ministerio de Salud	Aprueba norma general técnica sobre uso de formulario "informe estadístico de egreso hospitalario" para la producción de información estadística sobre causas de egreso hospitalario y variables asociadas".
Norma Minsal IR-GRD que se encuentre vigente.	Definiciones del Sistema de Clasificación IR-GRD para la construcción de la Norma Nacional.
2. DE LA AUTORIZACIÓN SANITARIA	
Decreto Nº 58/2008 publicado en Diario Oficial del 18 de mayo 2008 del Ministerio de Salud	Normas Técnicas Básicas para Establecimientos de Salud de Atención Abierta.
Ley Autoridad Sanitaria N°19.937 Decreto N°58 del Ministerio de Salud, de 2008.	Aprueba Normas Técnicas Básicas para la obtención de Autorización Sanitaria de los Establecimientos Asistenciales. Anexo N° 1: Norma Técnica Básica de Autorización Sanitaria para Establecimientos de Salud de Atención Cerrada Anexo N° 2: Normas Técnicas Básicas para la Obtención de la Autorización Sanitaria de las Salas de Procedimientos y Pabellones de Cirugía Menor.
Decreto N° 158 de 2004 del Ministerio de Salud	Reglamento notificación obligatoria de enfermedades transmisibles
Ley N° 19.937.	Modifica el Decreto Ley Nº 2.763, de 1979, con la Finalidad de Establecer una Nueva Concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas Modalidades de Gestión y Fortalecer la Participación Ciudadana .
Decreto N° 283 de 1997 del Ministerio de Salud, con sus Modificaciones: Decreto 141/05, MINSAL, D.OF. 08.02.06 Decreto 227/05, MINSAL, D.OF. 15.03.06 Decreto 113/10, MINSAL, D.OF. 20.04.11	Aprueba Reglamento sobre Salas de Procedimientos y Pabellones de Cirugía menor.
3. DEL RECURSO HUMANO	
Decreto Supremo de Salud Nº 57 de 2007 del Ministerio de Salud.	Reglamento de certificación de las especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud y de las entidades que la otorgan.
Decreto N° 54 de 2011, del Ministerio de Salud.	Modifica el Decreto Supremo N°57 del año 2007, que aprueba el Reglamento de Certificación de las Especialidades y Subespecialidades de los Prestadores Individuales de Salud y de las entidades que la otorgan. Incorporando en su artículo segundo transitorio, el numeral 6°.
Decreto Nº 1704 de 1994, del Ministerio de Salud.	Aprueba Reglamento para el ejercicio de las profesiones de Auxiliares de la Medicina, Odontología y Química y Farmacia: Auxiliar Paramédico de Alimentación; Auxiliar Paramédico de Radiología, Radioterapia, Laboratorio y

	Banco de Sangre; Auxiliar Paramédico de Odontología y Auxiliar Paramédico de Farmacia.
Decreto Supremo 8/2013, del Ministerio de Salud.	Reglamento de Certificación de las Especialidades de los Prestadores Individuales de Salud y de las Entidades que las Otorgan.
Código Sanitario Decreto con Fuerza de Ley N° 725	Libro V Del Ejercicio de la Medicina y Profesiones Afines
Superintendencia de Salud	Registro de prestadores individuales
Decreto Supremos N° 16, de 2007, del Ministerio de Salud.	Reglamento sobre los Registros relativos a los Prestadores Individuales de Salud.
4. DE LAS PRESTACIONES	
Decreto Nº 72 de 2022 y sus posteriores modificaciones, del Ministerio de Salud	Aprueba Garantías Explícitas en Salud, del Régimen General de Garantías en Salud. Listado específico de prestaciones.
Decreto Nº45 de 2013, del Ministerio de Salud	Aprueba Normas de carácter técnico médico y administrativo para el cumplimiento de las garantías Explícitas en Salud de la Ley 19.996
Normas Técnica N° 124 del Ministerio de Salud	Programas de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria. (IAAS), aprobada por resolución exenta N°350, de fecha 24-10-11, del Ministerio de Salud.
5. DE LOS USUARIOS	
Ley N° 20.584.	Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud párrafo 6° de la autonomía de las personas en su atención de salud 1° del consentimiento informado.
Decreto N°38 de 26 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud	Aprueba reglamento sobre derechos y deberes de las personas en relación con las actividades vinculadas con su atención de salud.
Decreto N° 218 de 31 marzo de 1997 del Ministerio de Salud	Aprueba Reglamento de servicios Privados de Traslado
6. DE LA INFRAESTRUCTURA	
Norma Técnica Nº 61 de 27 de noviembre 2001 del Ministerio de Salud	Central de Esterilización
Decreto Supremo N°20 de 24 de noviembre de 2011 del Ministerio de Salud	Reglamento de Laboratorios Clínicos.
7. DEL PRESTADOR	
Decreto Supremo N°12 de 2012, del Ministerio de Salud.	Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud
Resolución Exenta Nº 277 de 06 de mayo de 2011 del Ministerio de Salud.	Establece Normas Técnico-Administrativas para la Aplicación del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud Libro II DFL Nº1 del 2005, del MINSAL en la Modalidad Libre Elección.
Decreto Supremo Nº 16, de 2007, del Ministerio de Salud.	Reglamento sobre los Registros relativos a los Prestadores Individuales de Salud".
Decreto Supremo N°161 con sus modificaciones Decreto Nº 129/89, MINSAL, publicado en el Diario Oficial de 1.07.89 Decreto Nº 570/98, MINSAL, publicado en el Diario Oficial de 14.07.00 Decreto Nº 216/03, MINSAL, publicado en el Diario Oficial de 17.12.03 Decreto N° 152/05, MINSAL, publicado en el Diario Oficial de 08.02.06	Reglamento de hospitales y clínicas.

<u>QUINTO.</u> Descripción de los Servicios.

El presente instrumento se contrata la resolución de patologías NO GES quirúrgicos y cuyo mecanismo de pago se realizará a través de GRD, según el precio base contratado, complementado con Prestaciones Paquetizadas Ambulatorias (PPA), de acuerdo con el siguiente detalle:

Para efectos de esta contratación, el prestador cuenta con la resolución integral del problema de salud ofertado, es decir, contar con resolución para confirmación diagnóstica, tratamiento médico y/o quirúrgico, prestaciones de seguimiento y/o rehabilitación.

Para los casos excepcionales donde el prestador no cuente con la capacidad de resolución integral puede comprar servicios de apoyo como Radioterapia y/o Quimioterapia, siendo imposibilitado de comprar servicios de tratamiento quirúrgico para resolución de problemas de salud.

A. ESPECIALIDADES NO GES QUIRÚRGICAS:

Especialidad	Problema de salud / intervención quirúrgica	N° cupos mensuales (referencia)
Traumatología	Endoprotesis total de rodilla	10
	Endoprótesis total de cadera	10
	Tratamiento quirúrgico Hallux valgus o rígidus	
	Tratamiento quirúrgico Ruptura manguito rotadores, c/s acromiectomía	10
	Meniscectomía artroscópica	10
	Otras:	
Cx. Digestiva	Colecistectomía	10
	Hernia Inguinal, crural, umbilical, de la línea blanca o similares, recidivada o no, simple o estrangulada	10
	Otras:	
Ginecología y Obstetricia (incluye cirugía oncológica ginecológica)	Ligadura o sección uni o bilateral de las trompas	
	Histerectomía vía abdominal o vaginal	5
	Salpingectomía uni o bilateral	
	Videolaparoscopía ginecológica exploradora	
	Tratamiento quirúrgico: Incontinencia Urinaria de esfuerzo	
	Otras:	
Urología	Circuncisión	
	Urétero-litotomía endoscópica c/ureteroscopía	
	Tratamiento quirúrgico: Incontinencia Urinaria	
	Tratamiento quirúrgico: Descenso testículo inguinal c/s hernioplastía	
	Otras:	
Otorrinolaringología	Amigdalectomía c/s adenoidectomía, uni o bilateral	
	Rinoplastía y/o septoplastía, cualquier técnica	
	Otras:	
Cirugía vascular	Safenectomía interna y/o externa	
	Otras:	
Neurocirugía	Tratamiento quirúrgico: Síndrome del túnel del carpo o del tarso	
	Fijación de columna (cervical, dorsal, lumbar)	
	Otras:	
Oftalmología	Tratamiento quirúrgico Pterigión y/o pseudopterigión	
	Tratamiento quirúrgico de Ptosis párpado y ceja	
	Dacriocistorrinostomía: Saco y / o glándula lagrimal	
	Otras:	
Cirugía Cabeza y cuello	Osteotomías segmentarias sobre mandíbula (tipo Kole o similares) o sobre los maxilares (tipo Wassmund, Wunderer o similares)	
	Tiroidectomía Bilateral Total	
	Osteotomías totales sobre la mandíbula (sagital, de ramas tipo Odwegeser o similares) o sobre los maxilares (tipo Le Fort I)	
	Otras:	
Cirugía Plástica y reparadora	Reconstrucción mamaria	
	Abdomen y pelvis Lipectomía abdominal	
	Cirugía de la mama Ginecomastía, corrección plástica	
	Mamoplastía de reducción	
	Otras:	

(*) Se considera la resolución integral del problema de salud de acuerdo a la capacidad resolutiva instalada, incluyendo: confirmación diagnóstica, tratamiento médico y/o quirúrgico según corresponda, seguimiento y/o rehabilitación.

5.1. Especificaciones técnicas generales.

Se deberá considerar lo siguiente:

Para efectos de la presente compra, los prestadores institucionales requeridos deben estar catalogados como "*Prestador institucional de atención cerrada de alta complejidad*" (*en vigencia desde el 01/07/2016 y definido en D.S. N.º 4/2013*), "*Prestador institucional de atención cerrada de mediana complejidad*", lo anterior de acuerdo con los problemas de salud NO GES quirúrgico.

a) Cada prestador deberá disponer de la infraestructura necesaria para proveer o prestar los **servicios de apoyo diagnóstico.** La infraestructura señalada puede ser propia o en convenio. En caso de convenir con terceros los servicios de apoyo debe presentar autorización sanitaria vigente del establecimiento convenido bajo las condiciones que se señalan en el numeral 20 de las Bases Administrativas del proceso licitatorio como también copia del convenio. Asimismo, para los casos de convenio para servicios de apoyo diagnóstico de imagenología y laboratorio, los prestadores deberán estar acreditados a partir del 30/06/2019 o, en subsidio, certificar la causal de excepción que corresponda.

b) En este sentido, el prestador deberá contar con servicios propios o en convenio con terceros para exámenes de laboratorio, como, por ejemplo, para PCR SARS, entre otros, si es requerido para la realización de las prestaciones.

c) **Las prestaciones paquetizadas ambulatorias** (PPA) confeccionadas por el FONASA, incluyen tanto las prestaciones consideradas en el LEP, así como todas las prestaciones indicadas por el equipo médico del prestador necesarias para responder a la intervención sanitaria de cada problema de salud, eliminando de este modo todas las prestaciones adicionales existentes en modelos anteriores y que consideraban pago adicional.

d) **Para efectos de esta contratación, el prestador debe contar con resolución integral del problema de salud ofertado, es decir, contar con resolución para confirmación diagnóstica, tratamiento médico y/o quirúrgico, prestaciones de seguimiento y/o rehabilitación.**

e) Para los casos excepcionales donde el prestador no cuente con la capacidad de resolución integral, **podrá comprar servicios de apoyo de Radioterapia y/o Quimioterapia,** estando imposibilitado de comprar servicios de tratamiento quirúrgico para resolución del problema de salud o la prestación contratada.

f) Para las atenciones ambulatorias, el prestador dispondrá de las siguientes prestaciones paquetizadas ambulatorias, para realizar las atenciones necesarias para el cumplimiento de la garantía o resolución del problema de salud, por la cual se deriva al paciente; aquí se definen cada una de ellas:

Problemas de Salud	Nombre de la PPA	Contenido de la PPA
GES y NO GES Quirúrgicos	Consulta Medicina y especialidades genéricas	*Corresponde a la consulta nivel 3 de Fonasa Libre Elección y se aplicará por una vez si el paciente desiste de su atención o por razones clínicas, no continúa la intervención sanitaria por la que fue derivado*
GES y NO GES Quirúrgicos - Oftalmológicos	Confirmación Diagnóstica Oftalmológica	*Incluye todas las prestaciones necesarias indicadas por el equipo médico, además de las ya incluidas en el Listado Específico de Prestaciones LEP, además de los estudios necesarios para la confirmación o descarte de los problemas de salud GES y NO GES oftalmológicos.*
GES y NO GES Quirúrgicos	Confirmación Diagnóstica Transversal	*Incluye todas las prestaciones necesarias indicadas por el equipo médico, además de las ya incluidas en el Listado Específico de Prestaciones LEP, para la confirmación o descarte de los problemas de salud GES y NO GES quirúrgicos.*
GES y NO GES Quirúrgicos,	Evaluación Pre Quirúrgica Ambulatoria **(*)**	*Incluye todos los exámenes preoperatorios indicados por el equipo médico, incluidos la prueba de embarazo, el PCR SARS y la consulta del odontólogo, y otras*

oncológicos y oftalmológicos		*atenciones de especialidad que sean necesarias para realizar la cirugía.*
	La Evaluación Pre Quirúrgica Ambulatoria Complementaria (**)	*Incluye todos exámenes indicados para complementar la evaluación prequirúrgica en el caso de que los exámenes preoperatorios se encuentren alterados y se requiera ampliar el estudio previo a la cirugía y otras atenciones de especialidad que sean necesaria para realizar la cirugía.*
	Evaluación Pre Quirúrgica Ambulatoria de Alta Complejidad (***)	*Incluye todos los exámenes indicados para pacientes con comorbilidades que requieran un estudio más profundo para asegurar la cirugía del paciente y otras atenciones de especialidad que sean necesaria para realizar la cirugía.*
GES y NO GES Oncológicos	Confirmación Diagnóstica Oncológica Transversal	*Incluye todas las prestaciones necesarias indicadas por el equipo médico, además de las ya incluidas en el Listado Específico de Prestaciones LEP, para realizar la confirmación o descarte del problema de salud oncológico GES y NO GES Quirúrgicos.*
	Etapificación Transversal	*Incluye todas las prestaciones necesarias indicadas por el equipo médico, además de las ya incluidas en el Listado Específico de Prestaciones LEP, para determinar la extensión de la enfermedad*
	Quimioterapia Alto Riesgo 1	*Grupo de prestaciones de quimioterapia que incluirá todas las drogas antineoplásicas disponibles en LEP para el tratamiento de los distintos problemas de salud oncológicos GES y NO GES quirúrgicos y todas aquellas drogas disponibles en el Grupo 29 del Arancel Fonasa vigente y sus posteriores modificaciones. Esta incluirá, además, todos los insumos para la administración y el manejo ambulatorio, como así también infraestructura y el recurso humano requerido para tal procedimiento.* *El catéter requerido para la administración quimioterapia deberá ser instalado, en un evento de hospitalización u Hospitalización diurna y su mecanismo de pago será por GRD, cuando éste se realice.* *En el caso que se requiera una Droga de Alto Costo, se seguirá el conducto regular de solicitud a la Comisión del Minsal, lo mismo en una droga disponible por la Ley Ricarte Soto, en ambos casos.* *Se pagarán por ciclos.* *En anexos se pueden ver las drogas específicas que contiene cada PPA.* *El detalle de las drogas contenidas en cada esquema se encuentra en el numeral 16 de las bases técnica.* *El prestador debe considerar en su indicación sólo las Drogas disponibles en el LEP o en casos excepcionales, las disponibles en el Grupo 29 del Arancel FONASA vigente.*
	Quimioterapia Alto Riesgo 2	
	Quimioterapia Bajo Riesgo 1	
	Quimioterapia Bajo Riesgo 2	
	Quimioterapia Bajo Riesgo 3	
	Quimioterapia Bajo Riesgo 4	
	Quimioterapia Riesgo Intermedio 1	
	Quimioterapia Riesgo Intermedio 2	
	Quimioterapia Riesgo Intermedio 3	
	Quimioterapia Riesgo Intermedio 4	
	Quimioterapia Radioterapia 1	
	Quimioterapia Radioterapia 2	
	Tratamiento Terapia Endocrina 1	
	Tratamiento Terapia Endocrina 2	
	Tratamiento con inhibidores Tirosin Kinasa 1	
	Tratamientos inhibidores Tirosin Kinasa 2	
	Tratamientos inhibidores Tirosin Kinasa 3	
	Tratamientos inhibidores Tirosin Kinasa 4	
	Controles, exámenes e imágenes asociados a Tratamiento Oncológico	*Incluye a todas las prestaciones necesarias indicadas por el equipo médico para hacer seguimiento del paciente a lo largo de su tratamiento, ya sea en quimioterapia, radioterapia y/o braquiterapia, independiente de su duración.* *La solicitud de PET CT se considerará como ajuste de tecnología y se pagará complementario a cualquier tipo de atención del paciente, sin estar incluido en esta PPA*
	Tratamiento integral de radioterapia altamente compleja con Linac	*Grupo de prestaciones necesarias para el tratamiento integral de Radioterapia, compleja, standard o convencional que requiera el paciente, con los valores actualizados según el arancel vigente MLE.* *Esta modalidad de pago considera los exámenes e insumos para realizar el tratamiento completo de radioterapia.* *Se deberá realizar sólo el tratamiento que haya sido estipulado por el comité oncológico del Hospital de origen del paciente, cuando esté disponible el informe emitido por dicho comité.*
	Tratamiento integral de radioterapia compleja con Linac	
	Tratamiento integral de radioterapia estándar con Linac	
	Tratamiento integral de radioterapia convencional con Linac	
	Tratamiento integral de radioterapia altamente compleja con cobalto	

	Tratamiento integral de radioterapia compleja con cobalto	*Se incluye la resonancia computarizada para la planificación de la radioterapia, cuando se requiera.*
	Tratamiento integral de radioterapia estándar con cobalto	
	Tratamiento integral de radioterapia convencional con cobalto	
	Tratamiento integral de braquiterapia endocavitaria o intersticial (por sesión)	*Grupo de prestaciones para el tratamiento integral de Braquiterapia, con los valores actualizados según el arancel vigente MLE Nivel 3* *Esta modalidad de pago considera los exámenes e insumos para realizar el tratamiento por sesión.* *Se deberá realizar sólo el tratamiento que haya sido estipulado por el comité oncológico del Hospital de origen del paciente, cuando esté disponible el informe emitido por dicho comité.*
	Tratamiento integral de braquiterapia de implante permanente, no incluye implante (por sesión)	
	Tratamiento Integral braquiterapia alta o mediana dosis, HDR (por sesión)	
	Tratamiento adyuvante radioyodo ambulatorio	*Incluye todas las prestaciones necesarias indicadas por el equipo médico para realizar el tratamiento de radioyodo*
	Transición oncológica Ambulatoria	*Incluyen todas las prestaciones necesarias indicadas por el equipo médico para hacer el seguimiento del paciente una vez finalizado el tratamiento y mientras se produzca el traslado del paciente a su hospital de origen, asegurando la continuidad de la atención.*
GES y NO GES Quirúrgicos	Rehabilitación kinésica Post Quirúrgica Ambulatoria	*Incluye todas las prestaciones necesarias para la rehabilitación kinésica post Quirúrgica de los problemas de salud GES Y NO GES quirúrgicos, tanto oncológicos como no oncológicos, cubre el tratamiento kinésico, mientras el paciente es reinsertado en su Hospital de origen, para asegurar la continuidad de su atención.*

***(*) y (**)**; ambos grupos de prestaciones pueden usarse de forma conjunta para evaluar al paciente, previo a la cirugía.*
***(***)**; este grupo de prestaciones debe utilizarse excluyendo el punto anterior.*

Las Prestaciones Paquetizadas Ambulatorias (PPA) consideradas en esta contratación y la frecuencia de uso de éstas, son las siguientes:

Prestaciones Paquetizadas Ambulatorias	Frecuencia
Consulta Medicina y especialidades genéricas	una vez
Confirmación Diagnóstica Oftalmológica	una vez
Confirmación Diagnóstica Transversal (GES, NO GES, resolución médica y quirúrgica)	una vez
Evaluación Pre Quirúrgica Ambulatoria	una vez
Evaluación Pre Quirúrgica Ambulatoria Complementaria	una vez (**)
Evaluación Pre Quirúrgica Ambulatoria de Alta Complejidad	una vez (*)
Confirmación Diagnóstica Oncológica Transversal	una vez
Etapificación Transversal	una vez
Quimioterapia Alto Riesgo 1	por ciclo (***)
Quimioterapia Alto Riesgo 2	por ciclo (***)
Quimioterapia Bajo Riesgo 1	por ciclo (***)
Quimioterapia Bajo Riesgo 2	por ciclo (***)
Quimioterapia Bajo Riesgo 3	por ciclo (***)
Quimioterapia Bajo Riesgo 4	por ciclo (***)
Quimioterapia Riesgo Intermedio 1	por ciclo (***)
Quimioterapia Riesgo Intermedio 2	por ciclo (***)
Quimioterapia Riesgo Intermedio 3	por ciclo (***)
Quimioterapia Riesgo Intermedio 4	por ciclo (***)
Quimioterapia Radioterapia 1	por ciclo (***)
Quimioterapia Radioterapia 2	por ciclo (***)
Tratamiento Terapia Endocrina 1	por ciclo (***)

Tratamiento Terapia Endocrina 2	por ciclo (***)
Tratamientos con inhibidores Tirosin Kinasa	Trimestral (***)
Tratamiento con inhibidores Tirosin Kinasa 2	Trimestral (***)
Tratamiento con inhibidores Tirosin Kinasa 3	Trimestral (***)
Tratamiento con inhibidores Tirosin Kinasa 4	Trimestral (***)
Controles, exámenes e imágenes asociados a Tratamiento Oncológico	1 vez (****)
Tratamiento integral de radioterapia altamente compleja con Linac	Tratamiento completo (***)
Tratamiento integral de radioterapia compleja con Linac	Tratamiento completo (***)
Tratamiento integral de radioterapia estándar con Linac	Tratamiento completo (***)
Tratamiento integral de radioterapia convencional con Linac	Tratamiento completo (***)
Tratamiento integral de radioterapia altamente compleja con cobalto	Tratamiento completo (***)
Tratamiento integral de radioterapia compleja con cobalto	Tratamiento completo (***)
Tratamiento integral de radioterapia estándar con cobalto	Tratamiento completo (***)
Tratamiento integral de radioterapia convencional con cobalto	Tratamiento completo (***)
Tratamiento integral de braquiterapia endocavitaria o intersticial	Por sesión (***)
Tratamiento integral de braquiterapia de implante permanente, no incluye implante	Por sesión (***)
Tratamiento Integral braquiterapia alta o mediana dosis, HDR	Por sesión (***)
Tratamiento adyuvante radioyodo ambulatorio	una vez (***)
Transición oncológica Ambulatoria	mes
Rehabilitación Kinésica post Quirúrgica Ambulatoria	Tratamiento completo (*)

(*): el cobro de esta Prestación Paquetizada, va a requerir una indicación médica, especificando el número de atenciones kinésicas.
(**): el cobro de esta Prestación Paquetizada, va a requerir la indicación médica y el respaldo de los exámenes alterados que fundamenten la solicitud.
(***): el cobro de estas Prestación Paquetizadas, va a requerir el informe del Comité Oncológico.
(****): prestación asociada al tratamiento oncológico que será pagada una vez terminado el tratamiento. Podrá ser cobrada 2 veces si tiene tratamiento quimioterapia y después de radioterapia, no así, si se realizan en forma simultánea.

- En aquellos casos en que, durante el proceso de atención, un beneficiario requiera administración intravenosa, de una quimioterapia provista por el Hospital de origen u otra instancia, **drogas incorporadas en la Ley N°20.850, conocida como Ley Ricarte Soto**, sin que se encuentre recibiendo otra droga por esta vía, dicha administración, se realizará en el mismo prestador, al valor que se indica a continuación.

ADMINISTRACION FARMACO INTRAVENOSO POR CATETER RESERVORIO O POR CATETER PERIFERICO (PICC)	$ 165.030.- (*)
ADMINISTRACION FARMACO SUBCUTANEO	$ 22.010.- (*)

(*) Valor 2023; esta canasta incluye el valor de atención de enfermería, insumos y sillón de administración. Los montos se pagarán por cada administración y serán reajustables anualmente.
(**) Para los casos en que la vía de administración del fármaco requiera de la hospitalización del paciente (vía Intratecal), esta hospitalización será financiada por GRD bajo las condiciones establecidas es este contrato.

- En la intervención Quirúrgica se incluye el control post operatorio para evaluar la cirugía y dar de alta al paciente.

- Para aquellos casos en que el prestador identifique un **problema de salud adicional** al problema de salud por el cuál fue derivado el paciente y que ambos puedan ser resueltos **en un mismo acto quirúrgico por indicación médica**, el prestador está obligado a informar al FONASA de esta situación previo a la

cirugía y el pago de dicho episodio se realizará según el GRD resultante de dicha atención, ya sea de hospitalización o CMA y siguiendo las normas de codificación y registro GRD vigentes.
Si por el contrario y por estricta indicación médica, ambos problemas de salud no pueden ser resueltos en un mismo acto quirúrgico, el prestador está obligado a informar previamente al FONASA de dicha situación, y solicitar autorización para resolver el nuevo problema de salud. Ambos episodios serán pagados según el GRD resultante de la atención.

- En aquellos problemas de salud que impliquen situaciones de **bilateralidad,** sean o no conocidas al momento de la derivación o sean diagnósticas al momento de la evaluación en el prestador, el prestador está obligado a informar de esta situación al FONASA. Si existe indicación médica para resolver en un mismo acto quirúrgico problemas de salud bilateral, el episodio debe ser resuelto bajo esas características y el pago se realizará según el GRD resultante de dicha atención, ya sea de hospitalización o CMA y siguiendo las normas de codificación y registro GRD vigentes.
  Para los casos que sean resueltos **utilizando prótesis descritas como ajustes de tecnología**, se pagará cada prótesis utilizada en la intervención como adicional al valor del GRD.

- 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, evolución del cuadro médico. Prestador debe entregar los antecedentes al hospital de origen vía correo electrónico o por el sistema que el FONASA disponga para estos fines

- En los casos que el paciente requiera un nuevo control de su patología aguda o crónica, el prestador debe coordinar en el hospital de origen la fecha y hora de su control y entregar el tratamiento farmacológico hasta esa fecha.

- Si el paciente **desiste de su atención o por razones clínicas, no continúa la intervención** sanitaria por la que fue derivado, solo se cobrará la consulta nivel 3 de Fonasa libre elección y el caso debe ser dado de alta en la plataforma, adjuntando los antecedentes clínicos que respalden la decisión y debe ser derivado a su Hospital de origen con sus antecedentes.

- En esta contratación **no se autorizarán prestaciones adicionales** para la resolución de la intervención sanitaria derivada, ya que el mecanismo de pago considera todos los escenarios posibles de diversa complejidad o requerimientos específicos, incluidas las prestaciones consideradas en el LEP y todas aquellas indicadas por el equipo médico.

- Para el caso de **patologías oncológicas**, el prestador postuló con resolución integral para un determinado problema de salud oncológico, y además será requisito, contar con comité oncológico del prestador. Considerar siempre, el pronunciamiento del comité oncológico del hospital de origen, en el caso de disponer de su evaluación.

- Es obligación del prestador, que luego de la realización de un comité oncológico, se debe notificar a los establecimientos de origen del paciente, remitiendo los antecedentes clínicos, a fin de que realicen las gestiones de postulación y evaluación presencial del paciente, al objeto de tener un seguimiento activo del caso, así finalmente el proceso de reintegración a la Red del paciente se torna más fluido y eficaz, luego de terminado su tratamiento en el segundo prestador, todo lo anterior, con copia al gestor comercial de Fonasa.

- En aquellos casos en que, durante el proceso de atención, un beneficiario requiera administración intravenosa o subcutánea de una quimioterapia provista por su hospital de origen u otra instancia, como es el caso de las drogas incorporadas en la Ley N° 20.850, conocida como "Ley Ricarte Soto" dicha administración se realizará en el mismo prestador que está atendiendo al paciente y el valor de este procedimiento será, los de la tabla descrita en el párrafo precedente, debiendo realizar las gestiones administrativas y clínicas pertinentes a la

postulación del beneficiario. En el caso de "Drogas de Alto Costo, DAC", el prestador debe solicitar al hospital de origen la postulación a esta droga para que sea dispensada por esta institución al 2° prestador designado para su tratamiento y los valores de este procedimiento será de acuerdo a la tabla descrita en el acápite f. Si el Ministerio de Salud autoriza a que el 2° Prestador pueda postular directamente al paciente, se aplicará el mismo procedimiento de entrega y dispensación que lo indicado para la Ley 20.850 descrita en este mismo párrafo.

- Durante el proceso de atención de intervención sanitaria por la que se efectúe una derivación, **no cabe ningún tipo de cobro** adicional al beneficiario, ni cobro de diferencias por ningún concepto al beneficiario, ni por días camas, derecho de pabellón, arsenalera, medicamentos, insumos, u otro.

5.2 Problemas de salud NO GES quirúrgico.

En el caso de los problemas NO GES quirúrgicos, el prestador deberá otorgar la prestación de acuerdo con el precio ofertado y según las especialidades en las que tiene capacidad resolutiva, de acuerdo con las intervenciones quirúrgicas contratadas.

Para efectos de esta contratación los prestadores deben contar con resolución integral del problema de salud/intervención quirúrgica contratada, es decir, contar con resolución para confirmación diagnóstica, tratamiento médico y/o quirúrgico, prestaciones de seguimiento y/o rehabilitación.

Para los casos excepcionales donde el prestador no cuente con la capacidad de resolución integral puede comprar servicios de apoyo, siendo imposibilitado de comprar servicios de tratamiento quirúrgico para resolución del problema de salud.

Considerando las distintas especialidades de resolución integral de las patologías por medio de intervención quirúrgica, es imprescindible que los proponentes cuenten con la capacidad técnica y de infraestructura requerida para atención de pacientes críticos, lo que incluye: dotación y competencia del personal profesional, técnico y administrativo, instalaciones, equipamiento, servicios de apoyo diagnóstico terapéutico (laboratorio, Imagenología, servicio transfusional, pabellones, salas de procedimientos, farmacia), servicios complementarios para la atención y operación en salud (alimentación, esterilización, traslados, unidades de mantención y seguridad, equipos electrógenos, manuales y protocolos); así como el cumplimiento de disposiciones tales como regulación sanitaria y normativa vigente.

El prestador deberá considerar que la derivación de pacientes hacia los prestadores será realizada para efectos de la presente contratación de acuerdo con lo establecido en la cláusula sexta.

5.3 Consideraciones generales.

Considerando los distintos problemas de salud, es imprescindible que el prestador cuente con la capacidad técnica y de infraestructura requerida para atención de pacientes críticos, lo que incluye: dotación y competencia del personal profesional, técnico y administrativo, instalaciones, equipamiento, servicios de apoyo diagnóstico terapéutico (laboratorio, Imagenología, servicio transfusional, pabellones, salas de procedimientos, farmacia), servicios complementarios para la atención y operación en salud (alimentación, esterilización, traslados, unidades de mantención y seguridad, equipos electrógenos, manuales y protocolos); así como el cumplimiento de disposiciones tales como, regulación sanitaria y normativa vigente.

Constituye facultad de FONASA, constatar la oferta técnica informada y su mantenimiento.

Una vez suscrito el respectivo este contrato, cualquier cambio o modificación que deba realizar el prestador y que afecte la información proporcionada, lo hará por escrito a FONASA, dentro de los 30 días siguientes a producido el cambio o modificación. El Fondo Nacional de Salud, comunicará al prestador, su autorización o rechazo, mediante comunicación escrita y fundamentada.

5.4 Especificaciones técnicas generales.

El prestador deberá cumplir con las siguientes especificaciones técnicas generales de las bases técnicas del proceso concursal ofertadas, adjudicadas y contratadas.

El FONASA se reserva el derecho de verificar los antecedentes entregados con la respectiva entidad emisora.

La integralidad de la atención debe incluir en su valor todo lo necesario para la resolución de la intervención sanitaria de un determinado problema de salud, por el cual fue derivado el beneficiario.

5.4.1 Recursos Humanos.

El prestador cuenta con los recursos humanos calificados 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 a las diferentes Resoluciones ofertadas de acuerdo con lo siguiente:

Profesionales Médicos:

a) Título de médico otorgado por una Universidad del Estado de Chile, o Universidad reconocida por éste, o título de Universidad Extranjera que disponga de reconocimiento firmado por el Ministerio de Relaciones Exteriores.
b) Certificación de especialidad o subespecialidad de la medicina, otorgada por CONACEM, CONACEO o por una Universidad del Estado o reconocida por éste.
c) Debe estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador individual de salud.

Profesionales de Salud No Médicos:

Enfermeras, matronas, Enfermera-Matronas, kinesiólogos, fonoaudiólogos y otros:

- Título profesional, otorgado por una Universidad del Estado de Chile, o Universidad reconocida por éste, o título de Universidad Extranjera que disponga de reconocimiento firmado por el Ministerio de Relaciones Exteriores.
- Debe estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador individual de salud.
- Las profesiones de salud no médicos, que cuenten con disciplinas, menciones, certifican dichas competencias con los propios títulos o certificaciones de educación superior, según corresponda.

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

5.4.2 Infraestructura.

La planta física del establecimiento que preste los servicios licitados debe dar cumplimiento al ámbito de infraestructura de requisitos generales, contenidos en el D.S. Nº 58 de 2008, del Ministerio de Salud, "Normas Técnicas Básicas para obtener Autorización Sanitaria en establecimientos de salud", en este caso para atención cerrada. Cada prestador deberá cumplir con las exigencias establecidas en la normativa y reglamentación vigente, en cuanto a requerimientos de infraestructura y equipamiento.

Cada prestador deberá disponer de la infraestructura necesaria para proveer o prestar los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, según corresponda.

5.4.3 Equipamiento.

El prestador dispone de equipos en cantidad y desarrollo tecnológico adecuado a las diferentes atenciones a brindar según lo ofertado.

5.4.4 Servicios de apoyo a la operación clínica.

El prestador cuenta con servicios de apoyo, los cuales pueden ser propios o en convenio, en ambos casos debe contar con la resolución sanitaria correspondiente. Entre estos se encuentran:

Laboratorio clínico:
El acceso a la atención para todos los exámenes requeridos debe ser durante las 24 horas del día.

Imagenología:
El acceso a la atención para todos los exámenes radiológicos, ultrasonografía, tomografías y resonancia nuclear magnética requeridos debe ser durante las 24 horas del día.

Procedimientos diagnósticos terapéutico-generales:
Disponibilidad de salas de procedimiento, para acceso a procedimientos endoscópicos, artroscópicos, otros procedimientos de especialidad invasivos, deseable acceso a diálisis de urgencia en pacientes críticos.

Farmacia y/o Botiquín:
Disponer de servicio de entrega regular y de emergencia de medicamentos e insumos, con stock de aquellos que son imprescindibles para atención crítica.

Unidad de medicina transfusional y/o Banco de Sangre:
Disponibilidad de servicio de transfusiones de sangre y hemoderivados 24 horas, para atención de pacientes críticos.

Central de esterilización:
Este servicio debe cumplir normas vigentes (Norma Técnica Nº 61 de 27.11.2001 del Ministerio de Salud), relativas a ubicación, acceso de los servicios a la central, disponer de sectores delimitados para áreas de trabajo, para material sucio comunicado con el área de lavado, sector limpio y sala de almacenaje para material estéril. Para el instrumental quirúrgico, la esterilización se hará en la central de esterilización propia o en convenio.

Medicina nuclear:
Es la especialidad de la medicina que utiliza como recurso esencial, la radiación nuclear para visualizar los distintos órganos y estructuras del cuerpo. Se utiliza para diagnosticar y determinar la gravedad y tratamiento de varias enfermedades, incluyendo cáncer en diversos tipos, enfermedades cardíacas, gastrointestinales, endocrinas, desórdenes neurológicos, y otras anomalías dentro del cuerpo.

Anatomía patológica:
Es una especialidad médica que se ocupa del estudio, por medio de técnicas morfológicas, de las causas, desarrollo y consecuencias de las enfermedades. El fin último es el diagnóstico correcto de biopsias, citologías y autopsias; utiliza técnicas morfológicas y moleculares que permiten determinar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del paciente, de manera completa, exacta y oportuna.

5.5 Especificaciones técnicas específicas respecto a los productos a contratar.

Se dan por entendido que los servicios a contratar con aquellos que ocupen los pacientes en sus distintos niveles de atención para dar resolución integral a su estado de salud hasta su egreso, que incluya la resolución integral de su problema de salud para cada una de las intervenciones sanitarias: de confirmación diagnóstica, tratamiento médico y/o quirúrgico, de seguimiento y/o rehabilitación para pacientes con Problemas de Salud GES y NO GES quirúrgicos.

5.6 Definiciones generales.

- **GRD**: Grupos Relacionados por el Diagnóstico, categorías de clasificación de pacientes que agrupan los episodios de hospitalización en un determinado número de categorías con coherencia clínica y consumo similar de recursos.

- **IR-GRD:** Grupos Relacionados por el Diagnóstico Internacionales y Refinados, tipo de GRD implementado en Chile, son compatibles con la clasificación internacional de Enfermedades CIE 10 para diagnósticos y su eje principal es el procedimiento.

- **GES:** Garantías explicitas en salud

- **Categoría Diagnóstica Mayor (CDM):** Cada uno de los grupos mutuamente excluyentes en que se clasifican los GRD. Los diagnósticos de cada categoría corresponden a un determinado sistema.

- **CMBD:** Conjunto Mínimo Básico de Datos, es una base de datos clínicos y administrativos que proceden de la historia clínica de un paciente, se obtienen al momento del egreso y permiten construir las agrupaciones por tipos de casos de GRD.

- **Inliers:** Casos con estadías que se encuentran entre el punto de corte inferior y punto de corte superior.

- **Outliers inferior:** Casos con estadía menor a la establecida en el punto de corte inferior del GRD.

- **Outliers superior:** Casos con estadía superior a la establecida en el punto de corte superior del GRD.

- **Estadía Media Bruta:** Promedio de días de estada de los Inliers y Outliers.

- **POA:** Present on Admission; Se define como aquellas condiciones de salud presentes en el paciente al momento de ser internado en un hospital.

- **Estadía Media Depurada:** Promedio de días de estada de los Inliers.

- **Punto de Corte Inferior:** Estadía del GRD por debajo de la cual se considera caso extremo, según la Norma Minsal IR-GRD, obtenido mediante la fórmula: Percentil 25 – 1,5 desviaciones estándar * (percentil 75- percentil 25).

- **Punto de Corte Superior:** Estadía del GRD por encima de la cual se considera caso extremo, según la Norma Minsal IR-GRD, obtenido mediante la fórmula: Percentil 75 + 1,5 desviaciones estándar * (percentil 75- percentil 25).

- **Peso Relativo:** Medida relativa de la intensidad en el consumo de recursos en el manejo de un GRD, para efectos del producto que se contrata, es el factor por el cual se multiplicará el precio base para la obtención del precio de un GRD específico. Esta medida es obtenida del sistema informático de codificación de GRD.

- **Índice de Complejidad:** Medida relativa de complejidad de un centro hospitalario respecto a la norma.

- **Índice de Funcionamiento:** Medida relativa de eficiencia de un centro hospitalario ajustada por complejidad, respecto de una norma.

- **Rederivación:** Situación en que la necesidad de intervenciones terapéuticas requeridas por el paciente excede la capacidad resolutiva del prestador, por lo cual, el paciente debe ser rederivado a otra institución que pueda otorgarle las intervenciones terapéuticas necesarias. Dicha rederivación no requiere de autorización por parte de FONASA, sin perjuicio de lo cual, esta institución debe estar en conocimiento de esta gestión.

- **Ajuste de Tecnología:** Corresponde a terapias o dispositivos de alta complejidad utilizados en el tratamiento del paciente durante el episodio y que se encuentran detallados en el numeral 8.6 de las Bases Técnicas y cláusula décima. El uso de dichas terapias o dispositivos, deben ser registrados y serán pagados como un valor adicional al valor del GRD respectivo y bajo las condiciones detalladas en el numeral 8.6 de las Bases Técnicas y cláusula décima.

- **Resolución Integral**: Es la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente. Lo anterior conlleva a una resolución integral del evento por el cual fue derivado el paciente e incluye la resolución de cualquier reagudización de una patología de base o preexistente que esté presente al ingreso o se manifieste durante el transcurso de la hospitalización, incluida la presencia y resolución de más de un problema de salud GES y NO GES en un paciente.

- **Intervención Quirúrgica:** Corresponde al conjunto de acciones de salud efectuadas a un paciente en un Quirófano (Pabellón Quirúrgico), bajo anestesia, para un tratamiento determinado, y efectuadas por uno o más equipos de cirujanos, médico anestesiólogo, cardiólogo, perfusionista si corresponde. Esta definición se aplicará a todos los problemas de salud que involucren cirugía. Representa un acto médico quirúrgico integral, que consta de los actos anestésicos, las técnicas específicas para el tipo de cirugía de que se trate, sala de recuperación post-anestésica, equipos, instrumental, insumos y medicamentos utilizados en la intervención.

- **Atención de Enfermería:** El proceso de atención de enfermería, de acuerdo con los cuidados que requiera el paciente e indique el médico tratante, incluye curaciones, colocaciones y retiro de sondas, toma de muestra exámenes, tratamiento médico, administración de medicamentos, manejo de vía aérea, de vía venosa, vía arterial, catéter hemodinámico, administración de fleboclisis, confort e higiene del enfermo entre otras.

- **Intervención Sanitaria:** Corresponde a la clasificación de los servicios de salud otorgados en las diversas etapas que pudiera tener la resolución de la enfermedad vinculada al Problema de Salud GES. Las más recurrentes son Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento.

- **Diagnóstico:** Proceso mediante el cual, a través del análisis de los síntomas presentados por el beneficiario junto a la historia clínica, a los signos clínicos observados, junto a las acciones de salud y/o tecnología que correspondan, el profesional de la salud lleva a establecer o descartar la existencia de una determinada enfermedad o condición de salud. Este proceso se inicia al momento de la sospecha de una determinada enfermedad o condición de salud y finaliza con la confirmación o el descarte de ésta.

- **Etapificación:** Intervención sanitaria que consiste en un conjunto de prestaciones efectuadas por médicos y otros profesionales no médicos con apoyo de equipamiento especifico que incluye procedimientos quirúrgicos, imagenológicos, histopatológicos (inmuno histoquímica), moleculares y genéticos para determinar la clasificación, el estadio y/o grado de diseminación de un cáncer confirmado. También se utiliza en todos los casos de recidiva o recaída. Esta intervención permitirá realizar el proceso de etapificación correspondiente y determinar la indicación terapéutica.

- **Tratamiento:** Proceso mediante el cual uno o más profesionales de salud realizan una o más prestaciones a un paciente, con el objeto de mejorar su condición de salud.

- **Seguimiento:** Corresponde al conjunto de prestaciones de la fase de vigilancia a que se somete un enfermo ya tratado por un problema de salud y en un determinado periodo.

- **Alta Clínica:** Para la presente contratación se considera alta clínica el momento en el cual finaliza la atención clínica enmarcada en intervención sanitaria por la cual fue derivado el beneficiario y por tanto se encuentra en condiciones de ser reincorporado a su hospital de origen para continuar atención en éste.

- **Alta Administrativa:** Para la presente contratación se considera alta administrativa el momento posterior a alta clínica, en que el prestador ha completado el envío a FONASA de documentación que respalda el otorgamiento de la totalidad de prestaciones realizadas al beneficiario y que se hayan autorizado debidamente, además de los resúmenes y epicrisis correspondientes. Con lo anterior se da inicio al proceso de facturación.

- **Capacidad Resolutiva:** Es la capacidad que tiene un establecimiento de salud para responder de manera integral a una demanda de atención por un problema de salud, es decir, contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados, para diagnosticar y tratar adecuadamente un determinado grado de complejidad de una patología. La capacidad resolutiva se expresa en la cartera de servicios del establecimiento.

- **Comité Oncológico:** Equipo médico multidisciplinario formado por profesionales involucrados en la atención de patologías oncológicas y orientado a la toma decisiones sobre el manejo basado en guías clínicas y discusión multidisciplinaria.

- **Complicación o Efecto Adverso:** Situación o acontecimiento inesperado, relacionado con la atención sanitaria recibida por un paciente que tiene, o puede tener, consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad.

- **Epicrisis:** Resumen elaborado por médico tratante al finalizar una atención hospitalaria o el manejo integral de un caso. Debe contener datos de identificación del beneficiario, fecha y diagnóstico de ingreso, descripción de cuadro clínico al ingreso, tratamiento, procedimientos y/o intervenciones Quirúrgicas aplicadas, eventuales complicaciones, respuesta a tratamiento, fecha y diagnóstico de egreso, indicaciones al alta e identificación de médico tratante y/o equipo responsable del alta.

- **Evolución médica:** Para efectos de la presente contratación, consideraremos como Evolución médica al registro realizado por médico tratante en la atención realizada en el prestador tras la respectiva derivación. Este registro debe contener al menos los siguientes datos:

    1. Identificación del beneficiario.
    2. Fecha de atención.
    3. Motivo de consulta.
    4. Enfermedad actual o anamnesis próxima.
    5. Antecedentes o anamnesis remota
    6. Plan terapéutico e indicaciones.
    7. Identificación médico responsable de la atención.

- **Formulario de Constancia al Paciente GES:** Es el mecanismo oficial definido por la Superintendencia de Salud para que los hospitales, clínicas, centros médicos y demás prestadores de salud informen a los afiliados a Isapres o a FONASA, la confirmación diagnóstica de una patología incluida en las Garantías Explícitas en Salud (GES).

- **Gestor Comercial de FONASA:** funcionarios designados por Administrador del Contrato de FONASA para cada Dirección Zonal del Fondo y que estarán a cargo de coordinar y gestionar el proceso de derivación, atención y pago de los casos derivados en el marco de la presente contratación.

- **Informe de Proceso diagnóstico:** Documento establecido para la red pública de salud y cuyo objetivo es establecer la confirmación o el descarte de la sospecha de un determinado problema de salud GES.

- **Listado Específico de Prestaciones:** Corresponde a la descripción taxativa de las prestaciones de salud que conforman los grupos de prestaciones determinados para la resolución integral de cada intervención sanitaria; su realización está garantizada, de acuerdo con la prescripción del profesional competente. Conforme a lo dispuesto en el decreto supremo vigente para la Ley 19.966, este Anexo se entiende formar parte de él.

- **Motivo de Fuerza Mayor o caso fortuito:** De conformidad con lo dispuesto en el artículo 45 del Código Civil, "se llama fuerza mayor o caso fortuito el imprevisto a que no es posible resistir. De esta manera, el caso fortuito o fuerza mayor debe ser inimputable, vale decir, que provenga de una causa enteramente ajena a la voluntad de las partes; imprevisible, esto es, que no se haya podido prever dentro de los

cálculos ordinarios y corrientes; e irresistible, es decir, que no se haya podido evitar, ni aun en el evento de oponerse las defensas idóneas para lograr tal objetivo".

- **Prestaciones:** Acciones de salud, tecnología o dispositivos médicos, tales como: consultas médicas, exámenes y procedimientos; medicamentos; artículos farmacéuticos y de laboratorio material quirúrgico, instrumental y demás elementos o insumos que se requieran para resolver una determinada intervención sanitaria.

- **Prestaciones Paquetizadas Ambulatorias (P.P.A.)**: Grupos de prestaciones necesarias para dar cumplimiento a la resolución integral del problema de salud GES y NO GES quirúrgico, derivadas a 2° prestador.

- **Problema de Salud GES:** Enfermedad o condición de salud determinado en el artículo 1 del decreto supremo vigente para la Ley 19.966 que establece Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

- **Servicios de Apoyo Diagnóstico:** Conjunto organizado de recursos materiales y humanos destinados a colaborar y complementar, en el campo del diagnóstico, la atención que debe proporcionar un establecimiento.

- **Guías Clínicas:** Conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática y cuyo objetivo es orientar en la toma de decisiones sobre el manejo de un problema de salud o una condición clínica específica.

- **Transición Oncológica Ambulatoria:** Corresponde a los controles posteriores al alta médica, que incluyen todas las prestaciones necesarias indicadas por el equipo médico para hacer el seguimiento del paciente una vez finalizado el tratamiento y mientras se produzca el traslado del paciente a su hospital de origen, asegurando la continuidad de la atención.

- Para todas aquellas definiciones no descritas anteriormente, se entienden incorporadas las contenidas en las Normas de Carácter Técnico, Médico y Administrativo que se encuentre vigente para el cumplimiento de las Garantías Explicitas en Salud de la ley 19.966 y /o Manuales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud.

5.6.1 Codificación de GRD

Para efectos del mecanismo de pago a utilizar por la compra de los servicios de salud que se contratan, se deberá utilizar un sistema de codificación de IR-GRD Versión 3.0 o la utilizada por el MINSAL al momento de la adjudicación.

Dado que la captura, procesamiento y codificación de los datos implican un proceso de registro de información seguro, pertinente y exacto, los prestadores que cuenten con el sistema de codificación deberán tomar los resguardos para mantener la calidad del CMBD, con el fin de realizar la asignación de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades CIE 10 para diagnósticos y CIE 9 MC para codificación de procedimientos. Asimismo, deberán demostrar que disponen de al menos un profesional con conocimiento para llevar a cabo la función de codificación, acreditando la realización de un curso de capacitación en codificación mediante GRD a través del certificado respectivo. En caso de no contar con unidad de codificación propia, el prestador podrá realizar la compra del servicio, bajo los estándares y normativas vigentes.

Cabe indicar que el estándar definido por MINSAL es un profesional codificador por cada 5.000 egresos hospitalarios.

5.6.2 Calidad y seguridad de la atención en salud

El prestador que entregue servicios de salud a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud, tendrán implementada una política de calidad que permita prevenir y medir los riesgos inherentes a los que están expuestos los pacientes críticos, traducido esto en un Programa de gestión de calidad (característica de cumplimiento obligatoria en la acreditación ante la Superintendencia de Salud CAL 1.1, CAL 1.2). En este contexto es que se espera que la continuidad de los cuidados sea entregada en el nivel de

complejidad e infraestructura requerida, es decir si el paciente tiene máximo riesgo y máxima dependencia permanezca en una cama de cuidados intensivos, y que a la vez este nivel de complejidad contenga los estándares de recursos humanos y aplicación de normativa de calidad y seguridad del paciente de acuerdo con el estándar Minsal.

5.6.3 Control de calidad a través del indicador POA

Los enfermos en estado crítico están expuestos a sufrir una HAC (condición adquirida en el hospital), considerada ésta una *"afección no deseable que afecta a un paciente y que surge durante una estancia en un hospital"*, entre las más frecuentes están las infecciones nosocomiales, úlceras por presión, lesión iatrogénica, traumatismos por caídas y tromboembolismo pulmonar. Con la aplicación de un programa de gestión de calidad es posible prevenir y disminuir estos riesgos. Sin embargo, algunas de estas condiciones están presentes al momento del ingreso del paciente, sufriendo la HAC en el hospital derivador o en su hogar, para poder diferenciar estas situaciones se implementará el indicador POAs

5.6.4 Present on admisión POA.

Se define como las condiciones presentes en el momento de ser internado en un hospital. El objetivo del indicador POA es diferenciar las condiciones presentes en el momento de la admisión de aquellas condiciones adquirida en el hospital. Esta condición es posible de identificar al momento de la codificación del egreso, ya que es una solución incorporada por el proveedor del sistema GRD.

El indicador POA se asigna a los diagnósticos principales y secundarios y al momento de codificar se debe asignar una de las cinco posibilidades:

S = sí (presente en el momento de la hospitalización)
N = no (no presente en el momento de la hospitalización)
D = desconocido (la documentación es insuficiente para determinar si la condición estaba presente en el momento de la admisión)
I = clínicamente indeterminado (el proveedor no puede determinar clínicamente si la afección estuvo presente al ingreso)
E = exento de codificación (listado de categorías exentas)

Los resultados e informes del indicador POA, al igual que otros datos codificados, se utilizan cada vez más para múltiples propósitos: reembolso, planificación financiera, investigación clínica y evaluación de la calidad de la atención. Es muy importante que estos datos sean confiables. Las revisiones de calidad de la codificación en curso son esenciales para validar la exactitud. La intención de este tipo de clasificación es obligar a los prestadores a prevenir tales problemas.

Para la presente contratación el Fondo Nacional de Salud solicitará la implementación del indicador a todos los prestadores adjudicados, con el objeto de establecer la magnitud de las HAC, y sus orígenes, no considerando detrimentos económicos.

5.7 Modificaciones en la organización técnico – administrativa.

a) Cualquier cambio o modificación por el prestador que afecte el cumplimiento de los requisitos establecidos en el proceso licitatorio que origina este contrato, que sean causales de inhabilidad o cesen el otorgamiento de las prestaciones de servicios ofertados, adjudicados y/o convenidos, debe ser comunicado oportunamente a FONASA. Esta comunicación deberá formalizarse a través de correo electrónico dirigido al Administrador de Contrato de FONASA y en los siguientes plazos:

   i. Suspensión temporal de oferta para una determinada intervención sanitaria: al menos 30 días previos a la fecha de inicio de la suspensión.
   ii. Retiro definitivo de oferta para una determinada intervención sanitaria, sin mediar motivos de fuerza mayor o caso fortuito: 60 días previos a la fecha de cese de oferta.
   iii. Cambio de Administrador de Contrato de Prestador: 5 días hábiles a partir de concretado el cambio.

b) No obstante, los plazos definidos previamente, para las circunstancias descritas en puntos i. y ii., el prestador deberá asegurar la continuidad de atención y resolución de la intervención sanitaria correspondiente de beneficiarios que le hayan sido derivados y hubieran sido aceptados previo a la fecha de la comunicación de cese de atenciones.

c) En caso de que un prestador solicite la adición de nuevas intervenciones sanitarias a su oferta adjudicada, deberá enviar su solicitud formal al Administrador del Convenio de FONASA mediante correo electrónico, adjuntando la siguiente información:

- Anexo Nº 5 "OFERTA ECONÓMICA PRECIOS BASE PRESTADORES CON RESOLUCIÓN INTEGRAL", la cual deberá encontrarse dentro del rango máximo permitido en las Bases Administrativas.

- Anexo Nº 6 "OFERTA TÉCNICA RESOLUCIÓN INTEGRAL PROBLEMA DE SALUD GES" o Anexo N° 6.A OFERTA TÉCNICA RESOLUCIÓN INTEGRAL PROBLEMA DE SALUD NO GES QUIRÚRGICAS.

Cada requerimiento será revisado por FONASA, quién verificará y evaluará el cumplimiento de todas las exigencias y requisitos técnicos de aprobación, detallados en este contrato y en las bases del proceso licitatorio. El resultado de dicha evaluación se comunicará al coordinador del contrato del prestador mediante correo electrónico y en un plazo máximo de 15 días hábiles contados a partir del envío del requerimiento.

SEXTO. Proceso de derivación, atención y alta.

El proceso de derivación, atención y alta se llevará a cabo de conformidad con el siguiente detalle:

6.1 Criterios de Derivación:

Ante la adjudicación de varios proveedores, se establece la siguiente priorización, (en el respectivo orden), cuyo objetivo es transparentar la modalidad en que FONASA realizará la derivación de un beneficiario, a un prestador privado de salud:

I. **Criterio sanitario:** La búsqueda de prestador para iniciar la derivación se realizará según necesidad clínica del paciente, es decir, por problema de salud y por tipo de necesidad de intervención.

II. **Criterio Geográfico Regional:** Luego de definir qué requiere el paciente, la búsqueda de prestador para resolver el problema de salud, se realizará según la región donde se encuentra el domicilio del paciente o en su defecto la región más cercana.

III. **Criterio Precio:** Luego del criterio detallado en numeral II, la búsqueda para la asignación de prestador se ordenará según el prestador con menor precio promedio ofertado en la región donde se encuentra el paciente o en su defecto la más cercana. Sin perjuicio de lo anterior y con el fin de facilitar el acceso del paciente a su tratamiento, primará en la derivación la cercanía del prestador que tiene capacidad de resolver el problema de salud respecto del paciente derivado.

Sin perjuicio de lo anterior la derivación de un beneficiario puede realizarse en función de las condiciones clínicas de éste y disponibilidad de cupos de atención en el plazo de oportunidad requerido de un prestador determinado. Asimismo, la prioridad de derivación en esta contratación, la tendrán aquellos prestadores con resolución integral.

De manera excepcional, el FONASA se reserva el derecho de derivar bajo estos convenios a beneficiarios del régimen en situaciones de contingencia, alerta o fuerza mayor, independiente de su Modalidad de Atención, con el fin de asegurar el acceso y/o la continuidad con la calidad y en la oportunidad debida, a las prestaciones asociadas a sus problemas de salud con garantías explícitas, que por insuficiencia de oferta en el sistema público, deban ser derivados a un prestador que no pertenezcan a la Red pública de

salud. En este contexto, la derivación deberá formalizarse a través del administrador de convenios y de acuerdo con el procedimiento vigente.

Los prestadores que se encuentren en convenios interservicios públicos con Fonasa tendrán prioridad para la resolución de problemas NO GES quirúrgicos, en los términos que determine dicho convenio.

6.2 Proceso de atención.

6.2.1 Derechos y deberes del Paciente:

El prestador deberá resguardar, durante el proceso de atención, el cumplimiento de la Ley Nº 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.

i. Al ingreso del paciente, el prestador deberá informarle al paciente, o en caso de estar imposibilitado, a su familiar directo o al representante legal, respecto de 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 las primeras 24 hrs de ingreso a contar del ingreso del paciente.

ii. El consentimiento informado deberá contener como mínimo:
   - Fecha en que se firma el documento: primeras 24 hrs de ingreso.
   - Nombre completo, Rut y firma del paciente o tutor.
   - Nombre completo, Rut y firma del profesional informante.
   - Tipo de convenio por el que ingresa; al ser convenio GRD se debe explicitar lo siguiente: Convenio GRD Segundo Prestador, resolución integral desde el ingreso hasta el alta del paciente, incluye todas las prestaciones o atenciones ya sean médicas, quirúrgicas, fármacos, exámenes, etc.; necesarias para recuperar mi estado de salud.

iii. Describir la autorización explícita para la administración de medicamentos, infusiones, transfusiones de sangre, plasma, plaquetas u otros tratamientos considerados necesarios según criterio médico.

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

v. El paciente deberá informar al momento del reclamo si ha hecho uso del MLE para avanzar en su diagnóstico o tratamiento, de manera de derivarlo a la resolución diagnóstica que le corresponda y no demorar la atención.

vi. El paciente no podrá rechazar el prestador asignado. En caso de rechazar deberá firmar un documento dirigido a Fonasa explicitando sus razones. Cuando este rechazo sea injustificado se exceptuará esta garantía y se dará aviso al su hospital de origen y al gestor comercial de FONASA.

6.2.2 Proceso de atención:

Una vez notificado de la derivación de un determinado caso, el prestador deberá contactarse con el beneficiario en un plazo máximo de 1 día hábil; dentro del mismo plazo deberá aceptar o rechazar la derivación, al aceptar deberá fijar fecha de primera atención en un plazo máximo de diez días hábiles, lo anterior según lo establecido en el artículo 12 del Decreto Nº 72 de 2022, del Ministerio de Salud, que Aprueba Garantías Explicitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud. Para dicha atención, el prestador deberá comunicar la citación directamente al beneficiario o bien, al tutor, si el beneficiario es menor de edad, en la misma deberá detallar fecha, hora y profesional que otorgará la atención. En caso de rechazo, desde el prestador deberán poner en conocimiento al Gestor Comercial de FONASA para que éste reasigne.

FONASA se reserva el derecho de reasignar un prestador en caso de no respuesta dentro del plazo de 1 día hábil.

Si por razones ajenas a la voluntad del prestador, la primera atención no pudiera ser realizada dentro de los diez días siguientes a la fecha en que le fue informada la designación, deberá informar a FONASA indicando los motivos que le impiden cumplir con su compromiso, dentro del plazo.

En caso de requerirse, el prestador se coordinará con el Hospital de origen o Servicio de Salud correspondiente, para gestionar la recepción de información clínica necesaria para la correcta atención de los beneficiarios.

En los casos derivados para resolución de intervención sanitaria correspondiente a confirmación diagnóstica de un determinado problema de salud, existe la posibilidad de confirmar o descartar el diagnóstico; en cualquiera de las dos posibilidades, el prestador deberá completar el documento denominado "***Informe de Proceso diagnóstico***" y para los diagnósticos confirmados deberá completar también el "***Formulario de Constancia Información al Paciente Ges***", este último deberá ajustarse a la definición vigente de la Superintendencia de Salud.

El Prestador deberá otorgar la intervención sanitaria indicada, de manera integral, sin discriminar por raza, sexo, religión, edad, patologías concomitantes y/o condición epidemiológica (VIH positivo, Hepatitis B o C).

En el caso de, los accesos vasculares instalados en paciente con el problema de salud GES N°1 Enfermedad Renal Crónica Terminal en etapa 4 y 5, se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones:

Instalación Acceso Vascular (FAV) para Adulto:

Para los efectos del procedimiento de hemodiálisis, se requiere contar con la ejecución de un Acceso Vascular o fístula Arterio Venosa, de tipo permanente o de larga duración, entre los cuales se consideran las siguientes:

- Acceso Vascular Autólogo en Brazo o Antebrazo: Es la construcción de una Fístula Arterio Venosa nativa en la extremidad superior.

- Acceso Vascular con Prótesis en Extremidad Superior: Corresponde a la construcción de una Fístula Arterio Venosa con material protésico, en aquellos casos en los cuales existan fracasos de procedimientos previos o bien la anatomía vascular este alterada de tal manera que impida la realización de un Acceso Vascular Autólogo.

- Acceso Vascular Autólogo de Alta Complejidad: Implica la construcción de una Fístula Arterio Venosa en aquellos pacientes en que se han agotado las posibilidades de usar Accesos Autólogos convencionales y que no tienen enfermedad arteria oclusiva.

- Reparación de Fístula disfuncionante u ocluida: Corresponde a angioplastia con o sin trombectomía interposiciones o extensiones reimplantes o re-anastomosis, tanto en Fístulas Autóloga como protésicas.

El procedimiento de instalación de Acceso Vascular debe contar con un pabellón de cirugía de mayor complejidad, médico cirujano vascular, sala de recuperación, hospitalización o convenio con alguna institución que cuente con hospitalización en médico quirúrgico y de mayor complejidad.

El proceso de atención para esta intervención sanitaria contempla la resolución integral en todas sus etapas (preoperatoria y seguimiento) y el mecanismo de pago será el relacionado con cada tipo de intervención.

La garantía de buen funcionamiento del Acceso Vascular debe considerar un mínimo de 45 días posteriores a la realización del procedimiento. No obstante, su alta debe considerar un acceso funcional y mantener un flujo en diálisis mayor a 300 ml/min.

En consideración a los riesgos asociados al procedimiento quirúrgico, esta información debe ser entregada al paciente y consignada en el formulario "Consentimiento Informado para instalación de Acceso Vascular", el que debe ser firmado por el paciente o su representante cuando éste no lo pueda hacer, previo al inicio del procedimiento, y anexado a la ficha clínica.

En situaciones excepcionales en que los pacientes cursen una situación médica de urgencia durante la prestación y el prestador no tenga capacidad resolutiva certificada para su atención, el prestador deberá contactarse con la UGCC para su oportuna derivación y traslado a un centro resolutivo público o privado.

6.3 Proceso de alta.

a) Egreso.

La contratación considera la compra de servicios de salud para beneficiarios que requieren resolución integral de patologías NO GES quirúrgicos, 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, 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 de origen la fecha y hora de su control y entregar el tratamiento farmacológico hasta esa fecha.

b) Referencia y contra referencia de paciente a la Red Pública

El prestador deberá coordinar las acciones necesarias con el Hospital de Origen para proveer las atenciones posteriores al alta del paciente, es decir, interconsultas, controles de seguimiento, y/o articulación con Red APS.

En caso de usuarios con patologías crónicas en tratamiento o con diagnóstico reciente y necesidad de continuar tratamiento médico (quimioterapia, radioterapia, tratamientos biológicos) **de manera ambulatoria**, el prestador deberá coordinar con el Hospital de origen estas atenciones.

c) Pacientes que requieren un segundo tiempo quirúrgico para resolución integral de su problema de salud NO GES quirúrgico:

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 resolución integral, bajo mecanismo de compra GRD y su pago será realizado por FONASA, según el GRD resultante de la codificación del segundo episodio, por el Precio Base de Referencia ofertado por el prestador que corresponda.

La coordinación de este segundo tiempo quirúrgico debe ser realizada entre el prestador, el hospital de origen del paciente y el Servicio de Salud, en conocimiento permanente de FONASA ya que éste será el encargado de asignar un ID de derivación de acuerdo con los procedimientos internos que FONASA determine para aquello.

El proceso de facturación y pago se realizará en las plataformas que FONASA dispone para aquello y solicitando la misma documentación establecida en la cláusula décima, la cual será solicitada mediante correo electrónico.

6.4 Proceso de registro de prestaciones.

Todas las prestaciones otorgadas deberán registrarse en Ficha Clínica única e individual dispuesta por el prestador, de acuerdo con definiciones contenidas en Característica REG

1.1 de los manuales estándares generales de acreditación para prestadores institucionales de atención cerrada y abierta.

Es obligación adjuntar copia de la documentación que respalde la realización de estas prestaciones en sistema informático dispuesto por FONASA para estos efectos según lo requerido en la etapa de PREFACTURACIÓN, cláusula décima.

Cabe señalar que en cualquier momento del proceso de atención y/o de facturación, el Gestor Comercial de FONASA pudiese requerir documentación referida al paciente u otra necesaria para corroborar el otorgamiento de una prestación, la que se solicitará formalmente por el medio informático definido y deberá ser dispuesta por parte del prestador en plazo máximo de 5 días hábiles contados desde el requerimiento.

Por otro lado, al momento de la alta clínica, el prestador deberá entregar documentación al beneficiario o su tutor legal.

6.5 Plazos para la atención y el registro de las atenciones.

Se entenderá el plazo como el tiempo máximo para la realización de las distintas etapas del proceso de atención del paciente.

Se establecerán los siguientes plazos para las distintas etapas, de manera de contar con información oportuna, tanto para la toma de conocimiento de lo realizado al paciente, así como también para la toma de decisiones relevantes para la continuidad de la atención de este.

Situaciones	Plazos
Aceptación de la derivación	1 día
Citación del paciente a 1° consulta	10 días corridos
Primera intervención del paciente derivado	20 días corridos desde la primera atención

SÉPTIMO. Responsabilidad del Prestador.

Se deja claramente establecido, que desde que el beneficiario de FONASA ingresa a las dependencias del prestador hasta su egreso será jurídicamente responsable de su manejo y protección. Por consiguiente, su tratamiento y protección es de su exclusiva responsabilidad y riesgo, estando obligado a adoptar todas y cada una de las medidas que sean necesarias para resguardar su salud, dejando expresamente establecido que FONASA no está obligada, en virtud de este Convenio, al pago de las indemnizaciones que resulten de las demandas interpuestas en contra del prestador, por los servicios materia del presente convenio.

Será responsabilidad del prestador la entrega oportuna de información de los registros de las atenciones del beneficiario tanto a FONASA como al hospital de origen o Servicio de Salud correspondiente a fin de garantizar la continuidad de la atención.

OCTAVO. Duración y Vigencia del Contrato.

El contrato comenzará su vigencia desde la total tramitación de la resolución que lo apruebe y tendrá una duración de **36 meses**.

No obstante, por razones de buen servicio, las prestaciones podrán otorgarse desde la fecha de suscripción del contrato, quedando todo pago condicionado a la total tramitación de la resolución aprobatoria; esto es, a partir del día **01 de julio de 2024** y hasta el día **30 de junio de 2027**.

En todo caso, los pagos sólo pueden aplicarse una vez que esté totalmente tramitada la resolución que aprueba el contrato.

No se podrán estipular anticipos de ninguna especie.

8.1 Renovación del contrato.

FONASA podrá renovar por una sola vez el contrato, hasta por un período máximo de hasta **12 meses**, lo que procederá cuando sea estrictamente necesario por razones de continuidad del servicio derivadas de la mantención de las condiciones que justificaron la presente contratación o existan otros motivos fundados y por el tiempo de preparación de un nuevo proceso de licitación, (art. 12 del DS 250, de 2004, de Ministerio de Hacienda), siempre que se dispongan recursos para estos efectos por la correspondiente ley de presupuestos.

En caso de acordarse la renovación del contrato, antes del vencimiento de la vigencia original, deberá suscribirse el acuerdo respectivo el cual deberá ser aprobado mediante acto administrativo fundado del FONASA totalmente tramitado.

En cuanto al documento de garantía de fiel cumplimiento del contrato, éste deberá otorgarse proporcionalmente, siendo aplicable para este caso, la regla establecida en el numeral 11.4 de las bases administrativas y con vigencia por el mismo plazo de duración de la renovación del contrato más noventa (90) días hábiles contados desde la nueva fecha de término de este.

La extensión de la vigencia de la garantía de fiel cumplimiento de contrato deberá acreditarse ante el FONASA dentro del plazo de 10 días corridos contado desde que el FONASA realice el requerimiento respectivo.

NOVENO. **Garantía de Fiel y Oportuno Cumplimiento.**

Para respaldar el íntegro, correcto y oportuno cumplimiento del contrato que se suscriba, el Prestador entregó una Garantía de Fiel Cumplimiento del Contrato consistente en Boleta de Garantía, del Banco Santander, N°66298, por un monto de $7.642.846.- equivalente al 5% del monto total estimado del contrato, emitida a la vista y de carácter irrevocable, a favor del Fondo Nacional de Salud, que asegura el pago de la garantía de manera rápida y efectiva, cuya glosa indica **"GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE COMPRA DE PRESTACIONES DE SALUD NO GES QUIRÚRGICAS, DERIVADOS A PRESTADORES PRIVADOS, A TRAVÉS DE MECANISMO DE PAGO: POR GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNOSTICO (GRD)"** y, con vencimiento el día 31 de diciembre 2027.

No obstante lo anterior, la citada garantía podrá ser reemplazada una vez cumplido los 12 y los 24 meses de vigencia contractual, por una de menor valor y que represente el 5% del saldo insoluto restante del contrato y por el período restante del contrato más 90 días hábiles al término del contrato lo que será informado por FONASA oportunamente.

Esta Garantía de Fiel Cumplimiento, garantiza cualquier incumplimiento o infracción a las obligaciones que emanan del contrato, lo que será constatado, ponderado y evaluado por el Administrador del Contrato. También cauciona el cumplimiento de las obligaciones laborales y sociales de los trabajadores en los términos señalados en el artículo 11 de la ley 19.886.

Sin perjuicio de lo anterior, también se hará efectiva esta garantía sin más trámite, en caso de que el contrato que garantiza termine anticipadamente por causa imputable al prestador, conforme lo previene la cláusula decimotercera, y para el pago de multas, según lo previene la cláusula undécima.

Esta garantía será custodiada por su Subdepartamento de Tesorería, por el período de su vigencia, y se devolverá solo a su vencimiento, si no hubiese situaciones pendientes que ameriten hacer efectiva la misma y su devolución comenzará a los 2 días hábiles posteriores al vencimiento.

En caso de hacerse efectiva esta garantía, deberá renovarse en las mismas condiciones señaladas precedentemente.

En caso de renovación del contrato, si correspondiere, deberá remplazarse la mencionada Garantía de Fiel Cumplimiento, por el mismo plazo que se renueve,

aumentado en noventa (90) días hábiles, la que deberá ser entregada en el plazo de 10 días corridos contados desde el requerimiento que para tales efectos efectúe el FONASA.

El hecho que la mencionada Garantía de Fiel Cumplimiento, no se renueve o reemplace, en el plazo señalado en el párrafo precedente, facultará a FONASA para poner término anticipado al contrato, tal como lo señala la letra h) de la cláusula decimotercera.

No obstante, lo anterior, el Fondo Nacional de Salud, se reserva el derecho de aumentar el monto estimado de los contratos, por razones de interés público, si durante la ejecución del contrato se constata un mayor gasto, existe presupuesto disponible y se cumplen las condiciones para el desembolso.

En el caso de acordarse un aumento del servicio, se solicitará una nueva garantía de fiel cumplimiento de contrato, bajo las mismas condiciones establecida en los párrafos precedentes.

En concordancia con lo manifestado en la jurisprudencia administrativa, en el cobro de la garantía de fiel, oportuno e íntegro cumplimiento del contrato, se resguardarán los principios de proporcionalidad, razonabilidad y buena fe que han de inspirar las actuaciones del FONASA, de manera que, atendido el carácter de caución y no de sanción del instrumento señalado, ese cobro no excederá del monto en que se cuantifique el incumplimiento de las obligaciones y las multas que se hayan impuesto y no se encuentren solucionadas.

Lo dicho es sin perjuicio, del derecho del FONASA de accionar posteriormente por otros perjuicios que no hayan podido cuantificarse al momento de hacer efectiva la boleta de garantía fiel, oportuno e íntegro cumplimiento del contrato, sea a través del descuento de tales sumas respecto de pagos pendientes al proveedor.

9.1 Situaciones en que se hace efectiva la garantía de fiel cumplimiento de contrato.

La Garantía de Fiel y Oportuno Cumplimiento podrá hacerse efectiva por parte de FONASA, en los siguientes casos:

a. Si el prestador luego de firmado el respectivo contrato se desistiere de llevar a cabo los servicios objeto de la contratación.
b. Si el prestador pone fin en forma unilateral al contrato respectivo.
c. En caso de incumplimiento de las obligaciones laborales y previsionales conforme lo establece el art. 68 del reglamento de la ley N°19.886 en relación con los trabajadores asignados al cumplimiento del contrato respectivo.
d. En caso de hacerse efectivo el pago de alguna multa aplicada al contratante, de conformidad con el procedimiento establecido en la cláusula undécima y duodécima.
e. En caso de terminar anticipadamente el contrato respectivo por alguna de las causales contempladas en la cláusula decimotercera cuya causa sea imputable al prestador.

DÉCIMO. Precio y Forma de pago.

El monto estimado de la presente contratación es la suma de **$**152.856.916.- **(**Ciento cincuenta y dos millones ochocientos cincuenta y seis mil novecientos dieciséis pesos**).**

No obstante, el Fondo Nacional de Salud, se reserva el derecho de aumentar el monto estimado de los contratos, si durante la ejecución del contrato se constata un mayor gasto, existe presupuesto disponible y se cumplen las condiciones para el desembolso.

10.1 Precio.

Los precios base que FONASA pague será aquel consignado en la oferta presentada por el prestador de conformidad con el siguiente detalle:

PRECIO BASE REFERENCIA 1	$2.360.000.-
PRECIO BASE REFERENCIA 2	$3.520.000.-
PRECIO BASE REFERENCIA 3	$4.000.000.-

Precio Base referencia 1: corresponderá para calcular el valor GRD de los egresos cuyo peso relativo sea menor o igual a 1,5.

***Precio Base referencia 2*:** corresponderá para calcular el valor GRD de los egresos cuyo peso relativo sea mayor a 1,5 y menor o igual a 2,5.

***Precio Base referencia 3*:** corresponderá para calcular el valor GRD de los egresos cuyo peso relativo sea mayor a 2,5.

El Precio Base ofertado se aplicará sobre todos los Problemas de Salud y para todas aquellas Especialidades No GES Quirúrgicas contratados al prestador.

10.1.1 Reajustes y vigencia De Los Precios contratados.

Los precios bases contratados, los de Ajustes de Tecnología y los de Canastas PPA serán reajustados anualmente, es decir, al cumplir año de vigencia de contrato y su reajuste será en función del inflactor utilizado en el sector público de salud. El porcentaje de reajustabilidad es válido sólo para el año calendario vigente, y no es acumulable de un año para otro. No obstante, respecto de los precios contendidos en las tablas referidas a tratamiento oncológico (radioterapia y quimioterapia) se reajustarán de acuerdo con el arancel MLE vigente al cumplir el año de vigencia de contrato.

10.2 Regla general de pago por GRD.

El pago por GRD se aplicará para todos aquellos **casos de hospitalización, Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) y hospitalización diurna** ya sean de resolución médica o medico quirúrgica GES y No GES.

La regla general de pago por GRD aplica en todos aquellos casos donde exista estadías inferiores al Punto de Corte Superior del GRD, establecidos en la Norma MINSAL vigente.

De esta manera, corresponde al periodo comprendido entre el día cero o de inicio de la atención y el día correspondiente al día de Punto de Corte Superior.

El valor del GRD se obtiene de la multiplicación del Precio Base Ofertado *(Precio base de referencia 1, 2 o 3 según Peso relativo del egreso)* por el peso relativo del GRD respectivo, de acuerdo con la siguiente expresión:

Valor del GRD = Precio Base Ofertado * Peso Relativo GRD*

(*) El Peso Relativo asignado al episodio dependerá del tipo de actividad en que se realice la atención; Peso Relativo de Hospitalización o Peso Relativo Reescalado (Ambulatorio) para episodios de CMA u Hospitalización Diurna.

Para aquellos casos en que el prestador identifique un **problema de salud adicional** al problema de salud por el cuál fue derivado el paciente y que ambos puedan ser resueltos **en un mismo acto quirúrgico por indicación médica**, el prestador está obligado a informar al FONASA de esta situación previo a la cirugía y el pago de dicho episodio se realizará según el GRD resultante de dicha atención, ya sea de hospitalización o CMA y siguiendo las normas de codificación y registro GRD vigentes.

Si por el contrario y por estricta indicación médica, ambos problemas de salud no pueden ser resueltos en un mismo acto quirúrgico, el prestador está obligado a informar previamente al FONASA de dicha situación, y solicitar autorización para resolver el nuevo problema de salud. Ambos episodios serán pagados según el GRD resultante de la atención.

En aquellos problemas de salud que impliquen situaciones de **bilateralidad,** sean o no conocidas al momento de la derivación o sean diagnósticas al momento de la evaluación en el prestador, el prestador está obligado a informar de esta situación al FONASA. Si existe indicación médica para resolver en un mismo acto quirúrgico problemas de salud bilateral, el episodio debe ser resuelto bajo esas características y el pago se realizará según el GRD resultante de dicha atención, ya sea de hospitalización o CMA y siguiendo las normas de codificación y registro GRD vigentes.

Para los casos que sean resueltos **utilizando prótesis descritas como ajustes de tecnología**, se pagara cada prótesis utilizada en la intervención como adicional al valor del GRD.

10.3 Regla de pago para estadías hospitalarias de menos de 12 horas de duración.

En los casos excepcionales donde la atención del paciente se produzca en episodios hospitalarios de menos de 12 horas, donde no exista utilización de cama de dotación, sino que otras dependencias hospitalarias (camillas de recuperación o sillones) y que se relacionen con exámenes y/o procedimientos, distintos de los incluidos en las Prestaciones Paquetizadas Ambulatorias (PPA), el episodio deberá ser codificado por GRD en tipo de actividad **"Hospitalización Diurna",** aplicando la regla general de pago por GRD con **Pesos Relativos ambulatorios (reescalados),** de la siguiente forma:

Valor del GRD = Precio Base Ofertado * Peso Relativo GRD Reescalado (ambulatorio)

10.4 Regla de Pago en Caso de Outliers Superiores

La regla de pago en caso de Outliers superiores se aplica en casos donde existan estadías superiores al Punto de Corte Superior del GRD establecidas Norma MINSAL vigente. En todos estos casos, FONASA realizará, a través de su Departamento de Control y Calidad de las Prestaciones, una auditoría para la verificación de todos los antecedentes informados en la prefacturación en forma previa a la autorización de los pagos correspondientes.

Esta regla especial de pago consiste en la aplicación de un deducible al prestador, por aquellos costos originados con posterioridad al Punto de Corte Superior del GRD. Este deducible se manifiesta en un periodo de no pago (o carencia) por parte de FONASA al prestador, al término del cual se reactiva el pago por cada día de estadía hasta el momento del egreso del paciente (post carencia).
El Valor del Outliers Superior se obtiene mediante la siguiente expresión:

Valor del GRD + [Días post carencia * Peso Relativo GRD * Precio Base Referencia$_1$] / Días Percentil 75

Dónde:

Valor del GRD: Es el producto entre el Precio Base Ofertado y el Peso Relativo del GRD correspondiente.

Precio Base referencia 1: corresponderá Precio base referencia 1 adjudicado por el prestador.

Días post carencia: Corresponde al periodo comprendido entre el término del periodo de carencia y el momento del egreso del paciente. Durante este periodo se reactiva el pago por parte de FONASA.

Periodo de carencia: Corresponde al período de tiempo comprendido entre el día del Punto de Corte Superior y que se extiende por el número de días establecido en el Percentil 50 del GRD respectivo según la norma. Durante este periodo el prestador no recibe pago por parte de FONASA.

Días Percentil 75: Corresponde al número de días establecido en el Percentil 75 del GRD respectivo según la norma.

Ejemplo:

GRD 041013 (PH VENTILACIÓN MECÁNICA DE LARGO PLAZO CON TRAQUEOSTOMÍA w/MCC)

Estadía (hipotética): 250 días
Percentil 50: 53 días
Percentil 75: 83 días
Punto de Corte Superior: 158 días
Peso Relativo: 11,7045
Valor del GRD = Precio Base * 11,7045

En este caso el Valor del GRD, correspondería al producto entre el precio referencia 3 adjudicado por el prestador (considerando el Peso Relativo de egreso de este ejemplo), por el Peso Relativo del GRD correspondiente.

Periodo de carencia: (Punto de Corte Superior + N° días Percentil 50 del GRD)
(158 + 53 días)
211 días

Días post carencia: Periodo entre el término del periodo de carencia y el egreso del paciente.
(Día egreso del paciente - día término período carencia)
(250 – 211)
39 días

Valor Outliers Superior =
*Valor del GRD + [Días post carencia * Peso Relativo GRD * Precio Base Referencia $_1$] / Días Percentil 75*

*(Precio Base referencia $_3$ * 11,7045) + (39 * (11,4075 * Precio Base referencia $_1$) / 83]*

De acuerdo con esta regla de pago en caso de Outliers superiores, el Valor del GRD correspondiente al periodo previo al Punto de Corte Superior ya se encuentra incluido, por lo cual no procede cobro adicional por dicho concepto.

10.5 Regla de pago por Prestaciones Paquetizadas Ambulatorias (PPA)

Estas prestaciones consideran la actividad ambulatoria que requiere el paciente durante la resolución de su problema de salud y **el pago será valor fijo** según lo detallado en la siguiente tabla:

PRESTACIONES PAQUETIZADAS AMBULATORIAS	FRECUENCIA	PRECIOS (*)
Consulta de Especialidad	una vez	$ 25.750
Confirmación Diagnóstica Oftalmológica	una vez	$ 87.695
Confirmación Diagnóstica Transversal (GES, NO GES, resolución médica y quirúrgica)	una vez	$ 238.430
Evaluación Pre Quirúrgica Ambulatoria	una vez	$ 110.580
Evaluación Pre Quirúrgica Ambulatoria Complementaria	una vez	$ 112.245
Evaluación Pre Quirúrgica Ambulatoria de Alta Complejidad	una vez	$ 284.860
Confirmación Diagnóstica Oncológica Transversal	una vez	$ 337.400
Etapificación Transversal	una vez	$ 711.945
Quimioterapia Alto Riesgo 1	por ciclo	$ 2.795.870
Quimioterapia Alto Riesgo 2	por ciclo	$ 729.540
Quimioterapia Bajo Riesgo 1	por ciclo	$ 3.943.500
Quimioterapia Bajo Riesgo 2	por ciclo	$ 1.133.520
Quimioterapia Bajo Riesgo 3	por ciclo	$ 149.730

Quimioterapia Bajo Riesgo 4	por ciclo	$ 38.480
Quimioterapia Riesgo Intermedio 1	por ciclo	$ 5.600.700
Quimioterapia Riesgo Intermedio 2	por ciclo	$ 1.682.160
Quimioterapia Riesgo Intermedio 3	por ciclo	$ 351.550
Quimioterapia Riesgo Intermedio 4	por ciclo	$ 123.150
Quimioterapia Radioterapia 1	por ciclo	$ 420.270
Quimioterapia Radioterapia 2	por ciclo	$ 119.600
Tratamiento Terapia Endocrina 1	por ciclo	$ 2.496.370
Tratamiento Terapia Endocrina 2	por ciclo	$ 237.570
Tratamiento con inhibidores Tirosin Kinasa	Trimestral	$ 16.938.220
Tratamiento con inhibidores Tirosin Kinasa 2	Trimestral	$ 10.555.170
Tratamiento con inhibidores Tirosin Kinasa 3	Trimestral	$ 3.988.740
Tratamiento con inhibidores Tirosin Kinasa 4	Trimestral	$ 1.809.440
Controles, exámenes e imágenes asociados a Tratamiento Oncológico	1 vez	$ 1.237.680
Tratamiento integral de radioterapia altamente compleja con Linac	Tratamiento completo	$ 4.279.780
Tratamiento integral de radioterapia compleja con Linac	Tratamiento completo	$ 3.618.890
Tratamiento integral de radioterapia estándar con Linac	Tratamiento completo	$ 2.958.010
Tratamiento integral de radioterapia convencional con Linac	Tratamiento completo	$ 2.508.590
Tratamiento integral de radioterapia altamente compleja con cobalto	Tratamiento completo	$ 2.852.260
Tratamiento integral de radioterapia compleja con cobalto	Tratamiento completo	$ 2.429.300
Tratamiento integral de radioterapia estándar con cobalto	Tratamiento completo	$ 2.006.320
Tratamiento integral de radioterapia convencional con cobalto	Tratamiento completo	$ 1.718.700
Tratamiento integral de braquiterapia endocavitaria o intersticial **(por sesión)**	Por sesión	$ 1.026.260
Tratamiento integral de braquiterapia de implante permanente, no incluye implante **(por sesión)**	Por sesión	$ 1.817.330
Tratamiento Integral braquiterapia alta o mediana dosis, HDR (**por sesión)**	Por sesión	$ 968.040
Tratamiento adyuvante radioyodo	una vez	$ 514.950
Transición oncológica Ambulatoria	mes	$ 122.970
Rehabilitación Kinésica post Quirúrgica Ambulatoria	Tratamiento completo	$ 125.415

10.6 Ajuste de Tecnología

En los casos excepcionales donde el prestador determine, de acuerdo con criterios estrictamente clínicos, que es necesario realizar prestaciones definidas como Ajustes de tecnología, los valores que se pagarán en forma adicional al valor del GRD respectivo corresponden a los siguientes:

AJUSTE DE TECNOLOGÍA	VALOR ($)
Prótesis Ortopédicas (Cadera y/o Rodilla) (*)	$ 2.465.370 (por c/prótesis utilizada)
Prótesis mamaria (*)	$ 696.560 (por c/prótesis utilizada)
Prótesis total de Hombro (*)	$4.619.200 (por c/prótesis utilizada)

Prótesis Expansora (*)	$ 1.004.000 (por c/prótesis utilizada)
Procedimiento Robótico asistido Laparoscópico	$ 2.779.000 (por egreso)
Examen y estudio PET-CT (Incluye contraste y radiofármaco):	$716.200
Láser para apoyo de resolución quirúrgica de PS: Hiperplasia Benigna de Próstata	$ 1.656.000 (por egreso)
Endoprótesis Aortica (quirúrgica o endovascular)	$ 13.542.000 (por egreso)
Sustitución Endovascular de Válvula Aórtica (TAVI)	$ 20.030.000 (por egreso)
Desfibrilador VVI	$ 13.071.000 (por egreso)
Desfibrilador DDD	$ 15.347.000 (por egreso)
Desfibrilador VVI con resincronización cardiaca	$ 19.304.000 (por egreso)
Desfibrilador DDD con resincronización cardiaca	$ 19.654.000 (por egreso)
Instalación de uno o más Dispositivo Coils para tratamiento de Hemorragia Subaracnoidea secundaria a ruptura de Aneurismas cerebrales, Aneurismas cerebrales sin ruptura y Malformaciones Arteriovenosas cerebrales.	$3.614.000 (por egreso)

(*) Para los casos que sean resueltos **utilizando prótesis descritas como ajustes de tecnología**, se pagara cada prótesis utilizada en la intervención como adicional al valor del GRD.

Plasmaféresis Terapéutica:

N° SESIONES	VALOR
1 – 3 sesiones	$914.000
4 – 6 sesiones	$1.554.000
> o = 7 sesiones	$2.545.000

Procedimientos de sustitución renal continuos: Hemodiálisis, Hemofiltración, Hemodiafiltración:

HORAS DE USO	VALOR
6 - 9 hrs	$564.000
10 - 18 hrs	$847.000
19 - 32 hrs	$1.129.000
33 - 48 hrs	$1.411.000
49 – 60 hrs	$1.693.000
61 – 80 hrs	$2.167.000
81 – 100 hrs	$2.601.000
101 o más horas	$3.121.000

Los procedimientos de sustitución renal continuos serán autorizados para pago, en cuanto se verifique que efectivamente corresponde a un procedimiento continuo y no una hemodiálisis convencional.

No se autorizarán para pago, procedimientos de sustitución renal continua cuya duración sea inferior a 6 horas. Así mismo, las horas de uso de eventos múltiples, se pagarán de acuerdo con la sumatoria total de horas de uso, con tope máximo de pago de 60 horas.

Ejemplo:
Un paciente recibe 7 eventos de Hemodiafiltración:

* 15 de diciembre 2 horas
* 16 de diciembre 6 horas
* 17 de diciembre 8 horas
* 18 de diciembre 12 horas
* 19 de diciembre 18 horas
* 20 de diciembre 15 horas

La sumatoria de horas corresponde a 61 horas, sin embargo, lo eventos menores de 6 horas no se consideran como continuos, ni se contabilizan, es decir, el 15 de diciembre, no se paga.

Las horas de uso de eventos de procedimientos continuos corresponde a 59 horas, el tope máximo de ese intervalo es de 60 horas, por lo que el pago corresponde a $1.636.100.-

Todos los precios señalados anteriormente como Ajustes de Tecnología se pagarán según lo indicado y serán reajustados anualmente, es decir, al cumplir año de vigencia de contrato, en función del inflactor utilizado en el sector público de salud. El porcentaje de reajustabilidad es válido sólo para el año calendario vigente, y no es acumulable de un año para otro.

Finalmente, se deja establecido que los ajustes de tecnología se regirán de acuerdo con los protocolos vigentes que al efecto establece el Ministerio de Salud, MINSAL.

10.7 Pre-facturación y facturación.

10.7.1 Prefacturación.

El prestador deberá iniciar el proceso de prefacturación de cada egreso hospitalario o alta clínica y administrativa en el sistema informático vigente para ello u otro que FONASA establezca durante la duración del contrato.

Para la **prefacturación de casos GES y NO GES quirúrgico con pago por Mecanismo GRD (Hospitalización, Cirugía Mayor Ambulatoria y Hospitalización Diurna)** por Sistema Informático, el prestador deberá adjuntar en el sistema los siguientes documentos:

a) CMBD se adjunta en sitio SFTP (Filezilla): Se deberá enviar los primeros 5 días hábiles del mes el CMBD correspondiente a la totalidad de los egresos del mes anterior o los pendientes de envío, en el formato y campos obligatorios que el FONASA determine. Dicha carga deberá ser debidamente informada a través de correo electrónico al referente de Fonasa encargado de dicho proceso.
Será responsabilidad del prestador enviar la información correcta, validada y en los formatos solicitados.
En el caso de existir rechazos en el CMBD, esto será informado y devuelto al prestador en su totalidad. El cumplimiento del envío y validación del CMBD será requisito para iniciar el proceso de validación y pago en los sistemas que Fonasa establezca.

b) Epicrisis médica para todos los egresos que corresponda en Sistema Right Now.

c) Protocolo operatorio sólo en casos quirúrgicos en Sistema Right Now.

d) En caso de paciente con Ajustes de Tecnología, deberán ser adjuntados en Sistema Right Now los protocolos médicos, quirúrgicos y/o de enfermería que acrediten la terapia y su duración.

Del mismo modo, para la prefacturación de las **atenciones ambulatorias con pago por PPA**, se deberán enviar a través de la plataforma Right Now alguno de los siguientes documentos según corresponda:

a) Informe médico que describa los siguientes puntos:

I. Tipo de atención recibida por el paciente (consulta de confirmación, etapificación, de seguimiento, de evaluación, etc.).
II. Exámenes y/o procedimientos realizados.
III. Diagnósticos y plan de tratamiento a seguir.

b) Hojas de administración de quimioterapia o radioterapia, en caso de corresponder.

c) *"Formulario de Constancia Información al Paciente Ges",* en caso de corresponder.

De existir reparos u observaciones por parte del Fondo Nacional de Salud; éstas serán comunicadas al prestador para que, 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 prefacturación. De lo contrario, la prefacturación será rechazada.

Para el caso de los tratamientos oncológicos el FONASA podrá generar pagos parciales a partir del término de cada ciclo de tratamiento realizado, aun cuando el paciente no tenga el alta clínica. Para esto, se realizarán altas administrativas parcializadas en el sistema informático, según corresponda y se pagarán conforme al valor indicado en las tablas específicas relacionadas con los problemas de salud oncológicos del numeral 16 de las bases técnicas.

10.7.2 Facturación.

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

La factura exenta de IVA deber 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 SII intercambio@fonasa.cl.

Del mismo modo, la facturación deberá incluir, de acuerdo con lo dispuesto por la ley N° 20.123 que regula el trabajo en régimen de subcontratación, el funcionamiento de las empresas de servicios transitorios y el contrato de trabajo de servicios transitorios, el "Certificado de Cumplimiento de Obligaciones Laborales y Previsionales", acreditando así la ausencia de deuda por los conceptos antes mencionados.

En la ejecución del contrato que se suscriba, 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 señalen en el contrato que se suscriba, los desembolsos que se efectúen no pueden superar, en su totalidad, el monto máximo de la contratación fijado en su oportunidad, de conformidad con el presente contrato.

De ser rechazada por contener errores o por mantener el prestador obligaciones pendientes que deban ser descontados de las prefacturaciones, se retendrá su pago hasta que sean enmendados dichos errores o enterado el pago de las obligaciones pendientes.

10.7.3 Pago.

El pago de la factura exenta de IVA se realizará mediante transferencia electrónica y dentro de los 30 días desde el devengo de la factura conforme por parte de FONASA o a través del mecanismo de pago vigente y de acuerdo con las instrucciones que la autoridad competente disponga sobre la materia. De ser rechazada por contener errores o por mantener el Prestador obligaciones pendientes que deban ser descontados de ésta, no se efectuará su devengo hasta que sean enmendados dichos errores y/u obligaciones pendientes.

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

El FONASA solo pagará prestaciones efectivamente otorgadas, lo que debe estar debidamente respaldado con la documentación correspondiente.

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

10.7.4 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.

10.7.5 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 indica, se entenderá irrevocablemente aprobada.

En el evento de 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 de que el saldo del monto máximo estimado del contrato para el pago de tales cuentas fue 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 o compromiso presupuestarios que se emita para respaldar dicho pago.

UNDÉCIMO. Causales de Multas.

El Fondo Nacional de Salud, previa propuesta del Administrador del Contrato estará facultado para aplicar multas clasificadas como muy graves, graves y leves, por las infracciones y por los montos que se señalan a continuación:

Muy Graves 100 UF	Graves 60 UF	Leves 20 UF
1. En caso de errores* de codificación detectados en revisiones que FONASA realice:	1. En caso de que la cantidad de egresos codificados como Outliers supere el 7% del total de derivaciones semestrales del prestador.	1. Incumplimiento en la entrega de información, relativa a la atención de los pacientes beneficiarios, y otras solicitadas en el

1.1 Omisión de asignación de códigos de diagnósticos y procedimientos. 1.2 Codificación de diagnósticos y procedimientos no registrados. 1.3 Aumento arbitrario de la complejidad de un procedimiento.		contrato y las bases, por cada evento, tales como: - No entregar la información al paciente en relación con los cuidados recibidos. - No acreditar la devolución de cobros indebidos a beneficiarios. - Errores de registro en CMBD**
2. En caso de incumplimiento de los servicios y/o requisitos señalados en el contrato y en las Bases Técnicas específicas para cada tipo de paciente establecido en las características técnicas específicas para cada unidad (revisar con estándar) para realizar los servicios de salud contratados. Lo anterior sin perjuicio de la realización de la prestación.	2. En caso de reclamos del hospital de origen, de los beneficiarios o sus representantes atendidos por el prestador, y que éstos hayan sido acogidos por FONASA, referidos a la calidad del servicio u atenciones otorgadas, tales como trato digno y respetuoso a los beneficiarios respetando la confidencialidad, derecho a la información, atención profesional adecuada, y en general cualquier vulneración de la Ley 20.584 del Ministerio de Salud. Por cada reclamo acogido por FONASA se aplicará al prestador una multa.	2. Incumplimiento en la entrega de información solicitada por el gestor comercial, requerida para la Auditorías de casos Outlier, dentro del plazo de 10 días hábiles.
3. En las auditorías realizadas por FONASA tanto Outlier como Inlier, si se detecta error* de sobre codificación (que implique un aumento del valor del egreso) se aplicará multa por cada egreso con error de codificación detectado.	3. Incumplimiento de las restantes obligaciones del prestador de conformidad a lo que las bases y el contrato establecen.	3. No informar en el plazo de 5 días a FONASA en caso de cambio del administrador del convenio o de sus datos de contacto.
4. No dar respuesta dentro del plazo de 1 día hábil desde la derivación del paciente por parte de FONASA, aceptando o rechazando por falta de disponibilidad, la misma. FONASA se reserva el derecho de reasignar el paciente a otro prestador, en el caso de no darse respuesta dentro del plazo de 1 día hábil.	4. No dar aviso en el plazo señalado en numeral 9.a) i) y ii) de las Bases Técnicas y 5.7 a) i) y ii) de la cláusula cuarta, en caso de tener que suspender temporal o definitivamente un determinado problema de salud/intervención quirúrgica, por motivos fundados, tales como mantenciones de equipo, infraestructura, etc.	4. No mantener actualizada la plataforma por parte del prestador, en los tiempos definidos por la presente contratación.
5. Incumplimiento imputable al prestador en plazo de atención para el otorgamiento de la primera atención, la que no debe sobrepasar los 10 días desde la fecha de derivación por parte de FONASA. El FONASA se reserva el derecho de reasignar el paciente a otro	5. En de que el FONASA verifique que la infraestructura y/o equipamiento y/o recurso humano se encuentra en desmedro en la calidad de atención para el asegurado.	

prestador, en el caso de sobrepasar el plazo máximo de otorgamiento de la atención de salud.		
6. No informar al administrador del contrato la pérdida o suspensión de acreditación institucional en calidad, que otorga la Superintendencia de Salud o certificado de causal de excepción vigente. La aplicación de esta multa es sin perjuicio del término anticipado del contrato en caso de pérdida de la acreditación. FONASA se reserva el derecho de reasignar el paciente a otro prestador, en el caso de pérdida o suspensión de la acreditación o del certificado de causal de excepción.		
7. Dejar de prestar el servicio de todas o algunas de los problemas de salud GES y NO GES quirúrgico. Monto de multa se calcula por cada Problema de salud/intervención quirúrgica retirada.		
8. No informar en un plazo máximo de 24 horas, en caso de retiro o suspensión de acreditación en calidad por parte de la Superintendencia de Salud. Dicha comunicación la realizará vía correo electrónico al Administrador del Contrato de FONASA con copia a Gestor Comercial designado de la Dirección Zonal de FONASA correspondiente.		
9. Cobro indebido de prestaciones al FONASA: Sin perjuicio de la devolución de los montos cobrados indebidamente. Se define como cobro indebido, a la presentación de facturas de pacientes que ya han sido pagadas por el FONASA o por alguno de los establecimientos de la red pública, facturas por cuentas de pacientes derivados en el marco de otros convenios, facturas de cuentas de pacientes		

atendidos en el marco de la ley de urgencia o GES.	
10. Cobros realizados al beneficiario con objeto de esta contratación; sin perjuicio de la devolución de los montos cobrados al beneficiario. Deberá acreditar dicha devolución, entregando copia del comprobante a FONASA	

(*) El Fondo Nacional de Salud establece para efectos de aplicación de multas, que un error de codificación hace referencia a lo siguiente:

a) Omisión de procedimientos efectivamente realizados o codificación de procedimientos no realizados o sin registro durante el episodio y que, en ambos casos, correspondan al procedimiento que influye directamente en la agrupación del GRD.

b) Omisión de diagnósticos registrados en la ficha clínica y que se relacionen con algún tratamiento o consumo de recursos durante el episodio. Codificación de diagnósticos no registrados. En ambos casos, el análisis de este tipo error se realizará independientemente de que dichos diagnósticos modifiquen o no la agrupación del GRD.

c) Omisión de complicaciones o eventos adversos registrados en la documentación clínica o codificación de complicaciones o eventos adversos no ocurridos.

(**) El Fondo Nacional de Salud establece para efectos de aplicación de multas, que un error de registro hace referencia a lo siguiente:

a) Fecha de ingreso y/o fecha de egreso.
b) Omisión o registro erróneo de ajustes de tecnología
c) Incompletitud o error de campos obligatorios del CMBD. Ejemplo: error en la variable Procedencia, error en variable Hospital de origen, error en variable Previsión y/o variable Tipo de Egreso.

La aplicación de multas se realizará por episodio ambulatorio u hospitalizado y por causal de multa pesquisada, es decir, si en un episodio se pesquisan dos eventos atribuibles a una misma causal de multa, se cursará sólo una multa a dicho episodio según la causal esgrimida. Asimismo, si en un mismo episodio se pesquisan dos eventos atribuibles a dos causales de multa distintas, se cursarán dos multas, cada una según la causal correspondiente.

En todos los casos anteriores, en que el valor de la multa esté expresado en UF, la transformación a moneda de curso legal para efectos de pago de éstas deberá ser de acuerdo con el valor de la UF correspondiente al día en que la resolución que aplicó la multa quede ejecutoriada.

Las multas deberán ser enteradas por el infractor en Tesorería de FONASA, Nivel Central dentro del plazo de diez (10) días hábiles contado desde que la resolución que aplica la multa quede ejecutoriada. En caso de incumplimiento, el FONASA podrán descontar las multas directamente del estado de pago más próximo siempre y cuando no representen más del 10% del valor total de dicho estado de pago.

En el caso, que la multa sea superior al 10% del valor total del estado de pago más próximo, la diferencia que resulte sobre dicho 10% se descontará de los estados de pago que se emitan posteriormente hasta completar el pago de la multa o se hará efectiva la garantía de fiel cumplimiento del contrato. Con todo, el proveedor podrá siempre pagar el total de la multa mediante un vale vista a nombre del FONASA el cual debe ser ingresado en la Oficina de Partes de FONASA. De no ser pagada la multa en los plazos y condiciones establecidas en la presente contratación, se hará efectiva la garantía de fiel cumplimiento de contrato, por el monto respectivo.

En caso de hacer efectiva la garantía de fiel cumplimiento de contrato respectiva producto de la situación anteriormente descrita, el prestador deberá reponer la garantía por la totalidad del monto y por el mismo plazo de vigencia que la que reemplaza, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes contados desde que el FONASA le comunique que hará efectivo el cobro de la misma, so pena del término anticipado del contrato, sin derecho a indemnización alguna, según lo indicado en la letra h) de la cláusula decimotercera, sin derecho a indemnización alguna.

El monto total de las multas no podrá exceder del 30% del valor total del contrato. De cumplirse este tope se podrá hacer efectiva la causal de término anticipado señalada, en la letra m) de la cláusula decimotercera.

DUODÉCIMO. Procedimiento de aplicación de multas.

El procedimiento para la aplicación de las multas será tramitado a través del correo electrónico de acuerdo con lo siguiente:

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

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 Nº 19.880.

c) Una vez recibidos los descargos, o 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 Nº 19.880, en los plazos y en la forma que para cada caso corresponda.

12.1 Procedimiento de reclamos.

En caso de eventuales reclamos presentados por los beneficiarios del FONASA atendidos por el Prestador, referidos a la calidad del servicio u atenciones otorgadas, tales como trato digno y respetuoso a los beneficiarios respetando la confidencial, derecho a la información, atención profesional adecuada, y en general cualquier vulneración de la Ley 20.584 del Ministerio de Salud, o de cualquier otro evento, el Prestador se obliga a exhibir y enviar todos los antecedentes que requiera al FONASA.

El plazo para efectuar el reclamo será de 30 (treinta) días corridos, contados desde la fecha del evento que ocasiona el reclamo.

Para los efectos de analizar cualquier reclamo, el beneficiario deberá formularlo por escrito al FONASA, el que será remitido al Coordinador del Contrato del Prestador, especificándose la razón del reclamo y la identificación del beneficiario afectado (nombres, apellidos, cédula nacional de identidad).

El reclamo podrá efectuarse por el beneficiario a través del sitio Web https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/consulta-reclamo-sugerencia-o-felicitacion o a través del Call Center 6003603000.

El Prestador deberá evaluar el reclamo y emitirá un informe al FONASA, proporcionando todos los antecedentes que sean necesarios para aclarar la situación.

El plazo para la emisión del informe será de cinco (5) días hábiles desde la fecha de la remisión del reclamo al Coordinado del Contrato del Prestador.

El FONASA tendrá un plazo de cinco (5) días hábiles para pronunciarse sobre el mismo, notificando lo que resuelva al beneficiario y al Prestador.

El Prestador tendrá un plazo de cinco días corridos contado desde la notificación de la decisión del FONASA para adoptar las medidas que éste le indique, en los casos que corresponda.

Lo anterior, es sin perjuicio de las eventuales multas que derivan de la naturaleza del reclamo, cuyo procedimiento se regirá por lo dispuesto en el numeral respectivo, y de la facultad del FONASA de auditar o revisar la correcta ejecución del contrato que las partes suscriben.

DECIMOTERCERO. Modificación o término anticipado del contrato.

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

a. Quiebra o estado de notoria insolvencia del prestador, verificada por el Fondo Nacional de Salud, a menos que se mejoren las cauciones entregadas o las existentes sean suficientes para garantizar el cumplimiento del contrato.

b. Disolución de la Sociedad del prestador.

c. Resciliación o mutuo acuerdo total o parcial entre FONASA y el contratado.

d. Disminución notoria, evaluada y certificada por el FONASA de las condiciones contratadas y/o capacidades técnicas del prestador que vaya en desmedro de la calidad del servicio contratado, y no subsanada en el plazo máximo de sesenta (60) días corridos contado desde la constatación del hecho.
En caso de ser subsanadas las observaciones antes descritas, pero posteriormente se verifique nuevamente una disminución notoria, evaluada y certificada por el FONASA de las condiciones contratadas y/o capacidades técnicas del prestador que vaya en desmedro de la calidad del servicio contratado, sólo procederá dar curso al término anticipado del contrato, sin la posibilidad de otorgamiento de un plazo para subsanar las observaciones.

e. Por caso fortuito o fuerza mayor.

f. Por exigirlo el interés público o la seguridad nacional.

g. Incumplimiento de la cláusula vigesimoprimera de confidencialidad.

h. No reponer oportunamente la totalidad de la Garantía de Fiel Cumplimiento del Contrato, dentro de los plazos, como consecuencia la renovación de Contrato, cobro de multas, todo en virtud de lo señalado en la cláusula undécima y duodécima del contrato.

i. En caso que la empresa que obtiene la licitación o celebre el contrato registre saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social con sus actuales trabajadores o con trabajadores contratados en los último dos años, los primeros estados de pago producto del contrato licitado deberán ser destinados al pago de dichas obligaciones, debiendo la empresa acreditar que la totalidad de las obligaciones se encuentran liquidas al cumplirse la mitad del período de ejecución del contrato, con un máximo de seis meses. El respectivo servicio deberá exigir que la empresa contratada proceda a dichos pagos y le presente los comprobantes y planillas que demuestren el total cumplimiento de la obligación.

j. Usar medios ilícitos en el ejercicio de las prestaciones contratadas, tales como inducir pacientes para la atención.

k. Pérdida en cualquier momento de la ejecución del contrato de la o las autorizaciones sanitarias para su instalación y funcionamiento de acuerdo con el servicio ofertado o término de la vigencia de la Autorización Sanitaria, o de la Acreditación de la Superintendencia de salud o certificado de causal de excepción

vigente. En el caso de que el prestador tenga más de una sede autorizada para el cumplimiento del contrato, el término del contrato será parcial circunscrito solo a la sede que haya perdido la autorización.

l. Si los representantes o quienes ejercen labores de dirección y mando del prestador, así como el Coordinador del Contrato a que se refiere la cláusula decimocuarta, no observan los más altos niveles éticos o cometen actos de fraude, corrupción, soborno, extorsión, coerción o colusión.

m. El monto total de las multas exceda el 30% del valor total del contrato.

n. Si la cantidad de errores de codificación supera el 40% de las derivaciones semestrales y estos errores no han sido subsanados dentro de un plazo de treinta días hábiles contado desde la constatación del hecho, mediante las correcciones de las codificaciones auditadas con errores y de los ajustes de los montos cobrados indebidamente.

o. Incumplimiento por parte del prestador de las normas Legales, Reglamentarias y Administrativas que regulan la Modalidad de Atención Institucional.

p. Cambio no autorizado en los servicios entregados.

q. Incumplimiento de lo establecido en las cláusulas referidas a Subcontratación y Cesión del Contrato, respectivamente.

r. No acompañar a los Estados de Pago, la documentación que acredite el cumplimiento de las obligaciones laborales y previsionales de los trabajadores, según la cláusula decimoquinta.

s. Incumplimiento grave de las obligaciones contraídas por el prestador. Para estos efectos, se entenderá por incumplimiento grave, la no ejecución o la ejecución parcial por parte del prestador, de una o más de sus obligaciones que importe una vulneración a los elementos esenciales del contrato, y que genere a FONASA un perjuicio en el cumplimiento de sus funciones.

t. Antecedentes falsos o fraudulentos de certificaciones solicitadas en las Bases técnicas y Administrativas de esta contratación, emitidas por SEREMI, Superintendencia de Salud, u otra entidad que corresponda.

u. Si FONASA constatara hechos de discriminación por sexo, religión, edad, situación socioeconómica, patología asociada u otros.

Verificada cualquiera de estas situaciones, el contrato respectivo terminará una vez ejecutoriada la resolución fundada que así lo disponga, y el Fondo Nacional de Salud hará efectiva la garantía de fiel cumplimiento del contrato sin más trámite, salvo que la causal invocada sea la señalada en las letras c, e y f.
En todos los casos señalados anteriormente, no operará indemnización alguna para el prestador.

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.

El incumplimiento de estas obligaciones por parte del prestador dará derecho a dar por terminado el respectivo contrato, pudiendo llamarse a una nueva licitación en la que la empresa referida no podrá participar.

1. Procedimiento de término anticipado del contrato.

Para la aplicación de todas las causales de término anticipado previamente señaladas, salvo las de los literales c, e y f, procederá el procedimiento de aplicación de sanciones regulado en la cláusula duodécima denominada "Procedimiento de Aplicación de Multas".

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

De concurrir cualquiera de las causales arriba aludidas, excepto la de los literales c, e y f, además del término anticipado del contrato, procederá el cobro de la garantía de fiel cumplimiento por parte del FONASA.

DECIMOCUARTO. Administración del Contrato.

14.1 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 de departamento de Administración de convenios o quien este designe, o quien le subrogue o reemplace en caso de ausencia o impedimento legal.

Las funciones del administrador del contrato incluirán, entre otras:

a. Cautelar el cumplimiento de las obligaciones del contrato
b. Coordinar las acciones pertinentes entre el FONASA y el coordinador del prestador.
c. Monitorear y gestionar el cumplimiento de los plazos establecidos para otorgamiento de las prestaciones contratadas, de acuerdo con lo establecido en las bases y en el contrato.
d. Evaluar periódicamente los resultados provenientes de la prestación del servicio.
e. Actuar como representante del FONASA ante el prestador, ante todo evento.
f. Monitorear la actividad y recursos ejecutados por el prestador.
g. Supervisar e informar los servicios prefacturados, como condición necesaria para su facturación y pago.
h. Resolver ante el prestador, inconvenientes producidos por el servicio o la falta de prestación de este.
i. Firmar ordinarios u oficios dirigidos al prestador que digan relación con la situación contractual del servicio.
j. Gestionar el procedimiento de aplicación de multas, suspensión de derivaciones, modificación y/o término anticipado, por no cumplimiento de las obligaciones del prestador establecidas en el contrato.
k. Monitorear el resultado de la resolución en el caso de aplicación de multas.
l. Exigir y verificar el estricto cumplimiento del contrato, en todos sus aspectos, en coordinación con la División de Contraloría de Prestadores del FONASA.
m. Supervisar la adecuada aplicación del mecanismo de facturación y pago de los servicios convenidos.
n. Aprobar los servicios facturados, como condición necesaria para su pago.
o. Coordinar y ejecutar sanciones y aplicación de multas por incumplimiento al Contrato.
p. Informar los descargos en el caso de aplicación de multas.
q. Cautelar el cumplimiento de las obligaciones del contrato.
r. Exigir la oportuna y correcta entrega de la garantía de Fiel Cumplimiento del Contrato en los casos que proceda en los casos que corresponda.

Para verificar el correcto cumplimiento del contrato, el Administrador podrá requerir al prestador, toda la información que estime necesaria, 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.

14.2. Coordinador del contrato:

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

a. Representar al prestador, en la discusión de las materias relacionadas con la ejecución del contrato.
b. Establecer procedimientos para el control de la información manejada por las partes.
c. Coordinar las acciones que sean pertinentes para la operación de este contrato.
d. Monitorear y gestionar el cumplimiento de los plazos establecidos en el contrato.
e. Actuar como representante del prestador ante el FONASA a todo evento.
f. Resolver cualquier problema que se suscite durante la vigencia del contrato.

g. Coordinar las acciones que sean pertinentes para la operación de este contrato.
h. Y, en general, ejercer cualquier función que tienda a cumplir fielmente el contrato celebrado con el FONASA.

Todo cambio, relativo a la designación del Coordinador, deberá ser informado al Administrador del Contrato, por el Representante Legal, dentro de los 5 días hábiles siguientes de efectuado el cambio.

Fonasa utilizará el **correo electrónico** que el prestador consignó en sus oferta en el Anexo N° 2 "Datos del Oferente" o en su defecto el consignado en el portal www.mercadopublico.cl, 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 de aplicación de multas que establece la cláusula duodécima en el caso que sea procedente su aplicación.

El prestador deberá indicar el nombre de los ejecutivos designados como las contrapartes técnicas del FONASA para realizar las comunicaciones relacionadas con la administración de los servicios de prestaciones de salud.

DECIMOQUINTO. Cumplimiento de Obligaciones Laborales y Previsionales.

El prestador deberá acreditar mensualmente los pagos de remuneraciones, imposiciones tributarias, previsionales, y aportes de seguridad social en general, de su personal mediante los documentos que el FONASA solicite, los que serán: planillas de cotizaciones y pago de remuneraciones de los trabajadores, certificados emitidos por la Inspección del Trabajo y/o Dirección del Trabajo, Formulario F-30-1 (Certificado de Cumplimiento de Obligaciones Laborales y Previsionales).

En el caso que el prestador no acredite el cumplimiento fiel, oportuno e íntegro de los pagos antes señalados, el FONASA podrá retener los dineros adeudados a sus trabajadores y pagárselos a éstos o a la institución previsional acreedora, conforme a lo establecido en el Código del Trabajo, sin perjuicio de hacer efectivo el término anticipado del contrato según establece la cláusula decimotercera.

Del mismo modo el prestador deberá acreditar el cumplimiento de las obligaciones laborales y previsionales respecto de los subcontratistas de la empresa con sus trabajadores. En caso de que los subcontratistas no acrediten el cumplimiento fiel, oportuno e íntegro de dichas obligaciones, el FONASA podrá retener los dineros adeudados a sus trabajadores y pagárselos a éstos o a la institución previsional acreedora, conforme a lo establecido en el Código del Trabajo y previo al pago de las facturas al proveedor.

El prestador deberá cumplir estrictamente con las normas laborales y previsionales que regulen su actividad y calidad de empleador, razón por la que todos sus trabajadores dependientes no podrán tener ninguna relación o vínculo laboral con el FONASA.

El prestador no debe registrar saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social con sus actuales trabajadores, o con trabajadores contratados en los últimos dos años, de manera que los primeros estados de pago de este contrato deberán destinarse al pago de dichas obligaciones, si existieren, debiendo acreditar que la totalidad de las obligaciones se encuentran liquidadas al cumplirse la mitad del período de ejecución del contrato, con un máximo de seis meses. El incumplimiento de esta obligación facultará al FONASA a terminar anticipadamente el contrato.

Todo personal que contrate el prestador, y cuya dependencia sea directa con motivo de la ejecución de los servicios materia del presente contrato, no tendrá en caso alguno, relación laboral, ni vínculo de subordinación o dependencia con el FONASA, sino que exclusivamente con el prestador, quien seguirá siendo el único responsable de las obligaciones contraídas en virtud de este contrato.

Sin perjuicio de lo anterior, y cada vez que el FONASA lo requiera, el prestador estará obligado a informar respecto del estado de cumplimiento de las obligaciones laborales y previsionales que a este último les corresponda a sus trabajadores.

DECIMOSEXTO. Aumento o disminución del servicio.

El FONASA, por exigirlo el interés público, podrá requerir al adjudicatario la prestación de servicios adicionales, siempre que se relacionen directamente con el mismo y signifiquen una mejora a los servicios contratados y siempre que existan las disponibilidades presupuestarias suficientes.

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

El prestador deberá necesariamente presentar una caución que garantice el fiel cumplimiento de las obligaciones emanadas del aumento del monto del contrato debiendo para tal efecto consignar una Garantía de Fiel Cumplimiento, tomada a la vista, en carácter irrevocable, y extendida a favor del Fondo Nacional de Salud, por un monto equivalente al 5% del valor total del aumento del contrato, impuesto incluido, cuya glosa debe indicar **"COMPRA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES DE SALUD GES Y, COMPRA DE PRESTACIONES DE SALUD NO GES QUIRÚRGICAS, DERIVADOS A PRESTADORES PRIVADOS, A TRAVÉS DE MECANISMO DE PAGO: POR GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNOSTICO (GRD)"** y cuyo vencimiento debe exceder en 90 días hábiles a la vigencia del contrato.

Del mismo modo el FONASA permitirá, previa evaluación de los antecedentes pertinentes, una disminución de los servicios consistente en la eliminación de una o más resoluciones de problemas de salud contratadas por cierre total o parcial de éstos en el prestador para lo cual ambas partes deberán suscribir el acuerdo respectivo que dé cuenta de la resciliación parcial del contrato.

A su vez si durante la ejecución del contrato el prestador presenta una apertura de nuevos servicios con mejora en su capacidad técnica y manifiesta su voluntad de incorporar nuevas prestaciones integrales de problemas de salud GES y NO GES quirúrgicos no ofertadas en el proceso de licitación por no disponer de capacidad técnica para ofertarla(as), debe ofrecer al administrador del Contrato su incorporación, adjuntando los siguientes antecedentes:

1. Formulario Oferta Técnica Resolución Integral Problema de salud GES según **Anexo N° 6,** En el cual el oferente adscriba su oferta a una o más problemas de salud GES, para el otorgamiento de servicios de salud.

2. Formulario Problema de salud / intervención Quirúrgicas NO GES, según Anexo **N° 6.A.**

3. Formulario Cartera de Servicios, según **Anexo N° 6.B.**

4. Formulario Servicios de Apoyo en Convenio, según **Anexo N° 6.C**. Deberá adjuntar copia de los convenios o equivalentes y resoluciones sanitarias de autorización y funcionamiento o de acreditación de cada uno de los servicios de apoyo en convenio. En caso de que los servicios de apoyo sean propios el oferente deberá igualmente completar el formulario **Anexo N° 6.C**. con la indicación de que dichos servicios de apoyo son "propios".

5. Formulario Acreditación según **Anexo N° 6.D**. En caso de contar con acreditación o Certificado de causal de excepción vigente otorgado por la Superintendencia de Salud; sin perjuicio, de que se deben ser adjuntadas las copias respectivas, según sea el caso.

Deben presentarse todos los formularios contenidos en los Anexos indicados, de acuerdo con las prestaciones integrales de problemas de salud GES y NO GES quirúrgicos ofertados por el establecimiento.

El FONASA aceptará la oferta mediante oficio ordinario suscrito por el Director del FONASA con cuyo mérito se entenderá incorporada la(s) nueva(s) prestaciones integrales de problemas de salud GES y NO GES quirúrgicos.

De existir observaciones a la incorporación por parte del FONASA, el prestador deberá subsanarla en un plazo de 10 días hábiles so pena de dar por desistida la solicitud de incorporación.

DECIMOSÉPTIMO. Facultad para Subcontratar.

El prestador podrá subcontratar uno o más servicios de apoyo necesarios tales como Laboratorio Clínico, Imagenología, Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, Farmacia y/o Botiquín, Medicina Transfusional y/o Banco de Sangre, Central de Esterilización, Medicina Nuclear, Anatomía Patológica para el cumplimiento de los objetivos de la licitación; de tal manera que queda expresamente prohibida la subcontratación de los servicios contratados que de acuerdo con las bases deben ser propios.

Debe someterse a análisis y autorización del Fondo Nacional de Salud toda subcontratación propuesta por el prestador, tanto al presentar su Propuesta como posteriormente durante la vigencia del contrato.

Para estos efectos se deberá informar previamente al Administrador del contrato indicando expresamente servicio a subcontratar, prestador al cual subcontrata el servicio, duración o período por el cual realizará la subcontratación.

El Subcontratista deberá estar inscrito en el registro de proveedores de la Dirección de Compras y Contrataciones Públicas, para que el Fondo Nacional de Salud pueda autorizar su subcontratación.

Asimismo, para los casos de convenio para servicios de apoyo diagnóstico de imagenología y laboratorio, los prestadores deberán estar acreditados a partir del 30/06/2019 o, en subsidio, certificar la causal de excepción que corresponda.

La autorización que otorgue el Fondo Nacional de Salud el prestador para subcontratar se efectuará mediante carta remitida el prestador suscrito 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 no debe haber sido objeto de sanciones por el FONASA en su modalidad de libre elección (MLE); asimismo, sólo puede referirse a una parcialidad del contrato y no libera el 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 el caso de que el prestador utilice los servicios de terceros de naturaleza no sanitaria –como por ejemplo, arriendo de computadores u otros equipos, o de especialistas de cualquier índole– será el único 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.

DECIMOCTAVO. Prohibición de Cesión.

El contratante no podrá, en caso alguno, ceder o transferir en forma alguna, total o parcialmente, los derechos y obligaciones que nacen del desarrollo de la presente compra y, en especial, los establecidos en el contrato definitivo, según lo establecido en el artículo 14 de la ley N°19.886, esto, sin perjuicio de lo señalado en lo referente a

servicios de apoyo. La infracción de esta prohibición dará derecho al FONASA a poner término anticipado al contrato.

Lo anterior es sin perjuicio de la transferencia que se pueda efectuar con arreglo a las normas del derecho común de los documentos justificativos de los créditos que emanen del respectivo contrato.

DECIMONOVENO. **Condiciones generales.**

El prestador suministrará todos los materiales, accesorios, herramientas, 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.

Se deja expresa constancia que no habrá vínculo laboral, ni relación de dependencia o subordinación de ninguna especie entre el personal que el prestador emplee en la ejecución de los servicios y el Fondo Nacional de Salud.

VIGÉSIMO. **Mecanismos de control de cumplimiento contractual.**

Para 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 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.

FONASA realizará revisiones de los casos inliers (casos con pago por Mecanismo GRD de Hospitalización, Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) y Hospitalización Diurna), previo a la visación de la factura según el procedimiento interno que tenga para tales efectos y de acuerdo con los siguientes criterios:

a) Egresos fallecidos en menos de 24 horas.
b) Egresos con Peso Relativo mayor o igual a 5.
c) Egresos con uso de Ajustes de Tecnología.

Con el fin de realizar la validación de los datos codificados por el prestador que cuente con el sistema de codificación de GRD, FONASA realizará auditorias de casos inliers codificados durante el periodo de convenio de los beneficiarios atendidos por el prestador y según el procedimiento interno que FONASA tenga para tales efectos, y de acuerdo con la planificación anual de la División de Contraloría de Prestadores. Esto con el fin de generar una relación coordinada en el desarrollo del mecanismo de pago y de su correcta utilización.

El FONASA realizará, previo a la visación de la factura, auditorías de los casos Outlier según el procedimiento interno que FONASA tenga para tales efectos, y de acuerdo con la planificación anual de la División de Contraloría de Prestadores. Para los casos descritos anteriormente el Prestador está obligado a poner a disposición del Fondo Nacional de Salud, toda la información que se requiera para estos efectos: Ficha clínica completa tanto de registros médicos como de enfermería, registro de indicaciones médicas, resultados de exámenes y procedimientos, protocolos operatorios, y certificado de defunción si corresponde.

Frente a la solicitud realizada por el gestor comercial de información requerida para la Auditorías de casos Outlier, el prestador tendrá 10 días hábiles para adjuntar dicha documentación, so pena de la multa establecida en la cláusula undécima. De igual forma, el FONASA estará facultado para suspender derivaciones durante la ejecución del convenio y ante hechos generados en el contexto de una revisión, reclamo y/o fiscalización.

VIGÉSIMO PRIMERO. **Confidencialidad de la Información.**

La información y todos los antecedentes que el prestador obtenga con motivo de este proceso licitatorio, 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. Igual obligación le asistirá al oferente o 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 y/o personal involucrado, no podrán disponer de ese material ni usarlo de forma alguna, sin la autorización por escrito del administrador del Contrato.

El prestador se compromete a guardar y asegurar la confidencialidad de toda la información, documentación y datos del FONASA, de que tome conocimiento o maneje durante el desarrollo del servicio en relación con datos personales de los asegurados del FONASA, en conformidad a lo establecido en la Ley Nº 19.628 de "Protección de Datos de Carácter Personal". De manera alguna podrá utilizar dicha información, sea total o parcial, para otros fines que los expresamente establecidos en la presente contratación.

Además, deberán proteger la información proporcionada de manera tal, que se impida por todos los medios, el acceso a personas no autorizadas expresamente por el FONASA, debiendo tomar las medidas necesarias y razonables para que el personal con acceso permitido a la información incluidos los subcontratistas y consultores en su caso, cumplan con la obligación contraída respecto al uso y protección de la misma.

La divulgación, fuga o filtración por cualquier medio, de la totalidad o parte de la información, facultará al FONASA, según corresponda, para poner término anticipado al contrato, mediante el respectivo acto administrativo, notificada al prestador INFRACTOR; hacer efectiva la Garantía de Fiel y Oportuno Cumplimiento del contrato de conformidad a los términos de las presentes contratación y ejercer las acciones legales que correspondan, haciéndose responsable solidariamente el prestador de las acciones de sus empleados, consultores y/o subcontratistas de acuerdo con las normas que rigen la responsabilidad por el hecho ajeno. En el evento de que dicha responsabilidad no sea aplicable, el prestador será solidariamente responsable de las acciones de sus empleados, consultores y subcontratistas.

Todo lo anterior, es sin perjuicio de las normas contempladas en la Ley N° 20.285 sobre Transparencia y Acceso a la Información Pública.

El prestador no podrá utilizar para ninguna finalidad ajena a la ejecución de los servicios licitados, la documentación, los antecedentes y, en general, cualquier información, que haya conocido o a la que haya accedido, en virtud de la ejecución de la licitación y contrato, o de cualquier actividad relacionada con éste.

El prestador, así como su personal dependiente, que de una u otra manera se hayan vinculado a la ejecución de los servicios licitados, en cualquiera de sus etapas, deberán guardar confidencialidad sobre los antecedentes vinculados con el desarrollo de dichos servicios.

La responsabilidad del respectivo proveedor en este ámbito será solidaria respecto de la de sus representantes, personeros, empleados y subcontratistas.

El proveedor debe dar garantías respecto al resguardo de la confidencialidad de la información, reservándose el FONASA el derecho de ejercer las acciones legales que correspondan, de acuerdo con las normas legales vigentes.

De acuerdo con lo anterior:

1) El prestador se obliga en forma irrevocable a que toda la información que el FONASA le haya proporcionado o le proporcione con motivo de los servicios contratados por este Convenio, tendrá el carácter confidencial, cualquiera sea la forma o formato a través del cual se exprese dicha información, sea que se contenga en documentos, memorandos, escritos de otra naturaleza, discos, cintas, archivos computacionales o cualquier otra forma.

2) El prestador solo utilizará la información confidencial con el fin de alcanzar los objetivos del respectivo servicio contratado y no divulgará, publicará ni permitirá la publicación de todo o parte de la información confidencial. Asimismo, adoptará las medidas que sean pertinentes para que su personal solo tenga acceso a la información confidencial que sea estrictamente necesaria para el cumplimiento de las obligaciones asumidas en el en el respectivo contrato. Lo anterior en conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada.
   Al momento de la terminación, por cualquier causa, de la presente contratación, el proveedor deberá restituir, según lo indique el comprador, toda copia, resumen o extracto de ésta, contenida en cualquier documento de trabajo, memorandos u otros escritos, discos, cintas, o archivos computacionales, sin retener copias, resúmenes o extractos de la misma en ninguna forma.

3) En el evento que por orden judicial o de autoridad competente, el prestador se viere obligado a divulgar todo o parte de la información confidencial, deberá notificar previamente y de inmediato de esta circunstancia al comprador.

La divulgación, por cualquier medio, de la totalidad o parte de la información referida por parte del proveedor durante la vigencia de la presente contratación, o después de su finalización, dará lugar al comprador a entablar las acciones judiciales que correspondan contra el proveedor responsable, sin perjuicio de la responsabilidad solidaria por los actos en infracción de esta obligación que hayan ejecutado sus empleados y quienes resulten responsables.

Esta obligación de confidencialidad no cesa por haber terminado sus actividades en ese campo tanto el prestador como las personas que participaron en la licitación y ejecución del contrato.

<u>VIGÉSIMO SEGUNDO.</u> Declaración de la Empresa y Constancia.

En este mismo acto y para los efectos de lo dispuesto en el artículo 4° de la Ley Nº 19.886, el prestador viene en declarar bajo juramento que no se encuentra afecta a ninguna de las inhabilidades previstas en la aludida norma, no teniendo entre sus socios a una o más personas que tengan la calidad de funcionarios directivos de FONASA, ni que estén unidas a ellos por los vínculos de parentesco descritos en la letra b) del artículo 54 de la ley Nº 18.575, Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; ni constituir una sociedad de personas de las que aquéllos o éstas formen parte, ni una sociedad comandita por acciones o anónimas cerradas en la que aquéllos o éstas sean accionistas, ni una sociedad anónima abierta en que aquéllos o éstas sean dueños de acciones que representen el 10% o más del capital, ni gerentes, administradores, representantes o directores de cualquiera de las sociedades antedichas. Como, asimismo, que no ha sido condenada prácticas antisindicales o por infracción a los derechos fundamentales del trabajador; como tampoco, han sido condenados dentro de los dos años anteriores al momento de la presentación de la oferta, por delitos concursales establecidos en el Código Penal, conforme con lo señalado en el inciso primero del artículo 4° de la ley N° 19.886. Declara además, que no se encuentra condenada a la pena de prohibición temporal o perpetua de celebrar actos y contratos con los organismos del Estado, por los delitos previstos en los artículos 136, 139, 139 bis y 139 ter de la Ley General de Pesca y Acuicultura, en el artículo 27 de la Ley Nº 19.913, en el artículo 8° de la Ley Nº 18.314 y en los artículos 240, 250, 251 bis, 287 bis, 287 ter, 456 bis A y 470, numerales 1° y 11, del Código Penal, conforme a lo dispuesto en el artículo 8º número 2 y 10 del artículo primero de la Ley N° 20.393 sobre Responsabilidad Penal de las Personas Jurídicas. Finalmente, declara que no ha sido condenada por las conductas previstas en la letra a) del artículo 3º del decreto ley Nº 211, con la pena de prohibición de contratar a cualquier título con órganos de la administración centralizada o descentralizada del Estado, con organismos autónomos o con instituciones, organismos, empresas o servicios en los que el Estado efectúe aportes, con el Congreso Nacional y el Poder Judicial, así como la prohibición de adjudicarse cualquier concesión otorgada por el Estado, hasta por el plazo de cinco años contado desde que la sentencia definitiva quede ejecutoriada; de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 26, letra d), del decreto ley Nº 211 de 1978 sobre Defensa de la Libre Competencia.

En este mismo acto, el prestador declara no registrar deudas fiscales.

Asimismo, declara que no presenta condenas en el Registro de "Empresas Condenadas Por Prácticas Antisindicales", que lleva la Dirección del Trabajo, por prácticas de tal naturaleza, dentro de los dos años anteriores.

Declara que no registra saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social con sus actuales trabajadores o con trabajadores contratados en los últimos 2 años, que no ha sido inhabilitada, por sentencia ejecutoriada, para contratar con el Estado en conformidad a lo dispuesto en el artículo 33 de la ley N°21.595, ley de delitos económicos, que el o los comparecientes personalmente no han sido inhabilitado para contratar con el Estado por sentencia ejecutoriada en conformidad a lo dispuesto en el artículo 33 de la ley N°21.595, ley de delitos económicos y que no se encuentra inhabilitado para contratar con el Estado algún socio, accionista miembro o participe con poder de influir en la administración de la persona jurídica que represento, en conformidad a lo dispuesto en el artículo 33 de la ley N°21.595, ley de delitos económicos.

Finalmente, declara que no se encuentra afecto a ninguna de las inhabilidades previstas en el artículo 35 quáter de la ley N° 19.886 -agregado por la Ley N° 21.634.

VIGÉSIMO TERCERO. Interpretación e información.

Las Bases Administrativas, las Bases Técnicas y el contrato se interpretarán en forma armónica, de manera que exista entre todos ellos la debida correspondencia. Todos los documentos relativos a la licitación y contratación se interpretarán siempre en el sentido de la más perfecta elaboración y ejecución de la propuesta, de acuerdo con las reglas de la ciencia y la técnica aplicables según sea el caso particular de que se trate. En caso de discrepancia en la interpretación, primará lo dispuesto en las Bases Técnicas o Administrativas por sobre lo establecido en la oferta del prestador.

Cualquier falta, descuido u omisión del prestador en la obtención de información y estudio de los documentos relativos al proceso de licitación y contratación, no los exime de la responsabilidad de apreciar adecuadamente los costos necesarios para la elaboración y desarrollo de su propuesta o prestación del servicio. Por lo tanto, serán de su cargo todos los costos en que incurran para corregir faltas, errores, descuidos u omisiones resultantes de su análisis e interpretación de la información disponible o que se obtenga.

VIGÉSIMO CUARTO. Pacto de integridad.

El prestador declara que, por el sólo hecho de participar en contratación, acepta expresamente el presente Pacto de Integridad, obligándose a cumplir con todas y cada una de las estipulaciones contenidas en el mismo, sin perjuicio de las que se señalen en las bases de licitación y demás documentos integrantes. Especialmente, el prestador acepta el suministrar toda la información y documentación que sea considerada necesaria y exigida de acuerdo con el presente contrato, asumiendo expresamente los siguientes compromisos:

i. El prestador se obliga a no ofrecer ni conceder, ni intentar ofrecer o conceder, sobornos, regalos, premios, dádivas o pagos, cualquiera fuese su tipo, naturaleza y/o monto, a ningún funcionario público en relación con su oferta, con el proceso de licitación pública, ni con la ejecución de el o los contratos que eventualmente se deriven de la misma, ni tampoco a ofrecerlas o concederlas a terceras personas que pudiesen influir directa o indirectamente en el proceso licitatorio, en su toma de decisiones o en la posterior adjudicación y ejecución del o los contratos que de ello se deriven.

ii. El prestador se obliga a no intentar ni efectuar acuerdos o realizar negociaciones, actos o conductas que tengan por objeto influir o afectar de cualquier forma la libre competencia, cualquiera fuese la conducta o acto específico, y especialmente, aquellos acuerdos, negociaciones, actos o conductas de tipo o naturaleza colusiva, en cualquiera de sus tipos o formas, así como *dumping* (vender a precios inferiores al costo).

iii. El prestador se obliga a revisar y verificar toda la información y documentación, que deba presentar para efectos del presente proceso licitatorio, tomando todas las medidas que sean necesarias para asegurar la veracidad, integridad, legalidad, consistencia, precisión y vigencia de esta.

iv. El prestador se obliga a ajustar su actuar y cumplir con los principios de legalidad, ética, moral, buenas costumbres y transparencia en el presente proceso licitatorio.

v. El prestador manifiesta, garantiza y acepta que conoce y respetará las reglas y condiciones establecidas en las bases de licitación, sus documentos integrantes y él o los contratos que de ellos se derivase.

vi. El prestador se obliga y acepta asumir, las consecuencias y sanciones previstas en las bases de licitación y el contrato, así como en la legislación y normativa que sean aplicables a la misma.

vii. El prestador reconoce y declara que la oferta presentada en el proceso licitatorio es una propuesta seria, con información fidedigna y en términos técnicos y económicos ajustados a la realidad, que aseguren la posibilidad de cumplir con la misma en las condiciones y oportunidad ofertadas.

viii. El prestador se obliga a tomar todas las medidas que fuesen necesarias para que las obligaciones anteriormente señaladas sean asumidas y cabalmente cumplidas por sus empleados y/o dependientes y/o asesores y/o agentes y en general, todas las personas con que éste o éstos se relacionen directa o indirectamente en virtud o como efecto de la licitación, incluidos sus subcontratistas, haciéndose plenamente responsable de las consecuencias de su infracción, sin perjuicio de las responsabilidades individuales que también procediesen y/o fuesen determinadas por los organismos correspondientes.

ix. El prestador se obliga a no utilizar, durante la ejecución del contrato información privilegiada obtenida con ocasión de este o con ocasión de cualquier servicio que haya o se encuentre prestando a algún organismo regido por la Ley de Compras.

x. El prestador deberá abstenerse de participar en cualquier proceso de compras en el cual tenga algún conflicto de interés.

xi. El prestador se compromete a no infringir los derechos humanos de terceros y a hacerse responsable respecto de las eventuales infracciones a dichos derechos, en la medida que le sean imputables, de acuerdo con lo señalado en los Principios Rectores de Derechos Humanos y Empresas elaborados por Naciones Unidas y aprobados por Chile.

VIGÉSIMO QUINTO. Comportamiento Ético.

Sin perjuicio de lo señalado en lo relativo al Pacto de Integridad, el prestador, sus dependientes y en general quienes directa o indirectamente entreguen los servicios contratados en la especialidad respectiva en la presente propuesta, no podrán ofrecer obsequios, ofertas especiales al personal adscrito a una Entidad contratante, ejercer presiones de cualquier tipo a los encargados de Convenio y personas que tengan relación con la administración de la contratación, así como con funcionarios de los Comités de cada hospital, o cualquier regalía que pudiere implicar un conflicto de intereses presente o futuro entre el prestador y el Fondo Nacional de Salud, debiendo observar el más alto estándar ético.

Asimismo, el prestador a través de su personal administrativo, técnico ni ninguna persona que esté ligada al proveedor, no pueden bajo ningún motivo tomar contacto con pacientes ni familiares o tutores que no hayan sido derivados a sus centros de atención.

Esto será regulado a través del ítem multas y sin efecto de lo anterior, el FONASA puede tomar las acciones legales pertinentes.

VIGÉSIMO SEXTO. **Propiedad Intelectual.**

El producto del trabajo que eventualmente desarrolle el prestador o sus dependientes, con ocasión del contrato, tales como obras audiovisuales, videogramas, informes u otros, serán de propiedad del FONASA quien se reserva el derecho de disponer de ellos libremente, sin limitaciones de ninguna especie, no pudiendo, por tanto, el prestador realizar ningún acto respecto de ellos, ajeno al contrato, sin autorización previa y expresa de FONASA; lo anterior, es sin perjuicio del tratamiento de datos personales que corresponda con ocasión de la aplicación de ley Nº 19.628 de "Protección de Datos de Carácter Personal.

VIGÉSIMO SÉPTIMO. **Jurisdicción y competencia.**

Las eventuales diferencias que existieren durante la vigencia del contrato que se suscribirá, que no pueda ser resuelta de común acuerdo entre las partes, serán conocidas por los Tribunales Ordinarios de Justicia con sede en la comuna y ciudad de Santiago, prorrogándose competencia para ante sus tribunales.

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.

VIGÉSIMO OCTAVO. **Otras regulaciones.**

Se deja expresa constancia que no habrá vínculo laboral, ni relación de dependencia o subordinación de ninguna especie entre el personal que el prestador emplee en la ejecución de los servicios y el Fondo Nacional de Salud.

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

VIGÉSIMO NOVENO. **Ejemplares del Contrato.**

El presente contrato se firma en 3 (tres) ejemplares del mismo tenor y fecha, quedando 2 (dos) en poder de FONASA y uno en poder del Prestador.

TRIGÉSIMO. **Personerías.**

La personería de don **Camilo Cid Pedraza** para representar a FONASA en la presente contratación, consta en Decreto Supremo N° 16 de fecha 21 de abril de 2022, del Ministerio de Salud.

Asimismo, la personería de don (a) **Reiner Quezada Gomez**, para representar al Prestador, consta en Escritura Pública de fecha 25 de agosto 2022, de la Séptima Notaría de Rancagua, Repertorio N° 1771-2022.

Los documentos antes citados no se insertan por ser conocidos de las partes.

2° IMPÚTESE el gasto que irrogue la presente Resolución Exenta a la Partida 16: Ministerio de Salud; Capitulo 02: Fondo Nacional de Salud; Programa 01: Fondo Nacional de Salud; Subtitulo 24, Ítem 01, Asignación 010, Convenio de Provisión de Prestaciones Médicas del presupuesto del Fondo Nacional de Salud para el año 2024 y para los años siguientes con los recursos que se consulten para aquello en las respectivas leyes de presupuesto y siempre que se cumplan las condiciones establecidas para el desembolso.

3° DÉJASE CONSTANCIA de que el Gestor documental de Fonasa, denominado "Cero Papel", no permite mantener el formato del documento contenido en el presente acto administrativo, por lo que es necesario aprobarlo por la vía física, en virtud de la excepción contemplada en el resuelvo tercero, de la Resolución Exenta 4.3D/N° 3.493, de fecha 31 de agosto de 2017, del Fondo Nacional de Salud".

4° PUBLÍQUESE la presente Resolución una vez que esté totalmente tramitada, en el portal www.mercadopublico.cl con el fin de dar cumplimiento a la normativa vigente sobre la materia.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y ARCHÍVESE

CAMILO CID PEDRAZA
DIRECTOR NACIONAL
FONDO NACIONAL DE SALUD

JFD/NDR/CBG
DISTRIBUCIÓN

- Dirección Nacional
- División Gestión Comercial
- División Jurídica
- División Administración
- Departamento Modelos de Financiamiento
- Departamento Asesoría Jurídico Administrativa
- Departamento Compras y Contrataciones
- Oficina de Partes

E43735/2024