

EJÉRCITO DE CHILE
COMANDO DE SALUD
Hospital Militar de Santiago

EJEMPLAR N° 1 / 2 / HOJA N° 1 / 8 /
RESOLUCIÓN EXENTA N° 409 / 2012 /

**MATERIA: APRUEBA CONVENIO
DE INSCRIPCIÓN EN EL ROL DE
LA MODALIDAD DE LIBRE
ELECCIÓN/ENTIDAD ASISTENCIAL
DE SALUD CON BONO
ELECTRÓNICO.**

SANTIAGO, 13 DIC 2012

**RESOLUCIÓN DEL DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL MILITAR DE
SANTIAGO**

VISTOS:

- a. Lo dispuesto en el D.F.L. N° 1/19.653, que Fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado de la Ley N° 18.575, “Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado”.
- b. Lo establecido en La Ley N° 18.476 que dicta “Normas respecto a los Hospitales de las Instituciones de la Defensa Nacional” y las facultades que me confiere el D.S. (G) N° 618 del 16 de Noviembre de 1994, en relación con el Decreto Supremo SSFFAA MDN N° 192 de 09.MAR.2012.
- c. La Resolución Exenta N° 454/2012 del HMS, de fecha 18 de Junio de 2012.
- d. La Resolución Exenta 3G/N° 6270 del 24 de Octubre de 2012.
- e. El Convenio de Inscripción en el Rol de la Modalidad de Libre Elección/Entidad Asistencial de Salud con Bono Electrónico, celebrado entre FONASA y el HMS.

CONSIDERANDO:

1. Que, por Resolución N° 454/2012 de la letra c) de los “Vistos”, el HMS dispone celebrar el convenio con FONASA sobre la inscripción en el rol de la modalidad de libre elección/entidad asistencial de salud con bono electrónico.
2. Que, mediante Resolución Exenta 3G/N° 6270 de la letra d) de los “Vistos”, FONASA autoriza la actualización del convenio con emisión electrónica en modalidad de libre elección, con el Hospital Militar de Santiago.
3. Que, el **HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO** y **FONASA**, suscribieron un convenio de inscripción en el rol de la modalidad de libre elección/entidad asistencial de salud con bono electrónico.



**CONVENIO DE INSCRIPCION EN EL ROL DE LA MODALIDAD
DE LIBRE ELECCION
ENTIDAD ASISTENCIAL DE SALUD CON BONO ELECTRONICO**

En la ciudad de. **SANTIAGO.**, entre el FONDO NACIONAL DE SALUD, persona jurídica de derecho público, creado por Decreto Ley N° 2.763 de 1979, RUT N° 61.603.000-0, representado por:

Nombre: **SOLEDAD MENA NORIEGA**

RUT: ... **8.412.902-K**

Cargo: **JEFE DEPTO. COMERCIALIZACION**

ambos domiciliados en **MONJITAS 665 SANTIAGO**, en adelante el Fondo, por una parte y por la otra:

Razón Social: **HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO**

RUT: **61.101.030-3**

Nombre Representante Legal: **ERICK STRÖMBÄCK CERDA**

RUT Representante Legal: **5.940.784-8**

ambos domiciliados en **AV. LARRAIN 9100 LA REINA SANTIAGO RM**, en adelante el Prestador, se celebra el presente convenio para otorgar prestaciones de salud a los beneficiarios del Régimen, en la Modalidad de Libre Elección.

PRIMERO:

La celebración del presente convenio incorpora al Prestador en el grupo **NIVEL III** del Rol de profesionales y entidades asistenciales de salud de la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud, las prestaciones y Sucursales o Lugares de Atención que se detallan en la Resolución que aprueba este convenio.

SEGUNDO:

Se entienden incorporadas al convenio, las disposiciones establecidas en el D.F.L. N°1/2005 que Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N°18.933 y N°18.469; el D.S. N° 369 de 1985, que aprobó el Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud, ambos decretos del Ministerio de Salud; las actuales y posteriores disposiciones del Arancel de Prestaciones de Salud; las Normas Técnico-Administrativas para la aplicación de dicho Arancel; las instrucciones que imparta el Ministerio de Salud y todas aquellas normas e instrucciones emanadas del Fondo Nacional de Salud, dictadas en uso de sus facultades de tuición, administración y fiscalización consagradas en los artículos 143° DFL N°1/2005 y artículo 45° del D.S. N° 369 de 1985.

El Prestador que cuenta con profesionales socios persona natural o jurídica y que otorguen prestaciones de salud contenidas en el Arancel del Régimen de la Ley 18.469, los que se individualizan en el Formulario N° 1D "Registro de Socios", para celebrar el presente convenio deberán estar inscritos en el Rol de Prestadores del Fondo y no encontrarse sancionado(s) con suspensión o cancelación de la inscripción.

TERCERO:

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

Forma parte integrante del convenio, la documentación legal y técnica exigida por el Fondo en los formularios correspondientes y acompañada por el prestador con su solicitud de inscripción, como igualmente la nómina de prestaciones de salud que haya

sido previamente autorizada por el Fondo de acuerdo a la capacidad sanitaria y resolutive del prestador, al personal, los equipos, la infraestructura, las instalaciones, los servicios médicos o médico quirúrgicos, los servicios de apoyo diagnóstico o terapéutico, unidades de hospitalización regulares, de camas especializadas o unidades críticas, entre otros, lo que será comunicado al prestador mediante resolución exenta firmada por el representante de FONASA formalizando el presente convenio.

CUARTO:

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

QUINTO:

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

SEXTO:

Constituye obligación del prestador, proporcionar a los afiliados y beneficiarios del DFL N°1/2005 las prestaciones de salud que su capacidad técnica y de infraestructura le permitan, otorgándolas en forma oportuna y adecuada a los conocimientos y experiencia de su equipo profesional, reconociendo y respetando los derechos consustanciales del usuario.

Asimismo, el prestador deberá entregar a los beneficiarios toda la información y facilidades necesarias para ser atendidos por profesionales inscritos en la Modalidad de Libre Elección que los propios beneficiarios elijan.

SEPTIMO:

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

OCTAVO:

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

NOVENO:

El Prestador inscrito queda obligado por la sola inscripción, a aceptar como máxima retribución por sus servicios, los valores del arancel correspondiente al respectivo nivel quedándole prohibido recibir pagos adicionales de cualquier naturaleza, salvo la excepción que establece el artículo 53 del DS 369/1985 del Ministerio de Salud, para prestaciones, tales como, días cama y derecho de pabellón.

DECIMO:

En retribución por las atenciones que efectivamente otorgue a los beneficiarios, el Prestador tiene derecho a cobrar órdenes de atención emitidas por el Fondo y aquellas de emisión electrónica en prestadores en convenio, en las que se identificarán las

prestaciones de salud, su codificación, los valores y nominadas al Prestador y al beneficiario que recibió las atenciones.

Las prestaciones de salud serán otorgadas por los profesionales y/o entidades informados al Fondo en la nómina que respalda técnicamente la ejecución de las prestaciones solicitadas en el presente convenio, siempre y cuando exista una autorización escrita otorgada por cada uno de los profesionales y/o representantes legales de las entidades.

Las órdenes de atención tienen una vigencia administrativa de 90 días desde su fecha de emisión, excepto aquellas que correspondan a emisión electrónica en prestador con convenio, en cuyo caso tendrán vigencia por un día.

UNDECIMO:

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

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

El Fondo pagará al prestador:

- las órdenes de atención que éste, presente a cobranza que contemplen los requisitos y datos exigidos por las normas técnico administrativas, se ajusten a las instrucciones del Fondo y contengan la firma y timbre del representante de la entidad.
- las órdenes de atención correspondientes a prestaciones singularizadas en este convenio y que efectivamente se hayan efectuado a beneficiarios de la Ley, que cuenten con el respaldo de los registros clínicos y que correspondan a prestaciones que efectivamente requiera el beneficiario.

El Fondo no pagará al prestador:

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

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

DUODECIMO:

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

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

DECIMO TERCERO:

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

En caso que se verifique por el Fondo que el Prestador no se ajusta en sus procedimientos a las normas establecidas en el presente convenio, el Director del Fondo o en quien delegue la facultad podrá, previa calificación del caso, resolver la suspensión transitoria del presente convenio y de la inscripción pertinente, fijando un plazo para que dentro de él, el Prestador regularice su situación. La suspensión será formalizada por resolución fundada y la notificación al Prestador se hará por carta certificada.

DECIMO CUARTO:

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

- a) No presentar cobranza de prestaciones de salud por más de 12 meses.
- b) Disolución de la sociedad inscrita;
- c) Cancelación de la personalidad jurídica;
- d) Declaración de quiebra.
- e) Por inhabilidad legal sobreviniente.
- f) Incapacidad física o mental legalmente declarada
- g) Falta de la autorización sanitaria cuando corresponda.

DECIMO QUINTO:

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

- a) Presentación para cobro o cobro indebido de órdenes de atención y programas; de honorarios adicionales por sobre el valor establecido para el grupo de Rol correspondiente; y de recargo improcedentes;
- b) Prescripción para la emisión de órdenes de atención o emisión de programas médicos, con fines distintos a los señalados en la Ley;
- c) Incumplimiento de las normas legales, reglamentarias y arancelarias que rigen la Modalidad de Libre Elección; y regulan la aplicación de su Arancel, incluyendo en ellas las Resoluciones dictadas por el Ministerio y publicadas en el Diario Oficial.

DECIMO SEXTO:

Si se acredita una o más de las infracciones señaladas en la cláusula anterior, el Fondo notificará al Prestador para que dentro del quinto día hábil, formule sus descargos. Transcurrido dicho plazo, con los descargos o sin ellos, el Director del Fondo o en quien delegue la facultad, dictará una resolución fundada en la que absolverá o aplicará al prestador las medidas de sanción establecidas en el Libro II del DFL 1/2005 del Ministerio de Salud.

- a) Amonestación;
- b) Suspensión hasta por 180 días de ejercicio en la Modalidad de Libre Elección;
- c) Cancelación de la inscripción,
- d) Multa a beneficio fiscal hasta por 500 Unidades de Fomento, la que podrá acumularse a cualquiera de las otras sanciones.

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

Dejase establecido que el no pago de las multas facultará al Fondo para la suspensión del contrato

DECIMO SEPTIMO:

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

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

DECIMO OCTAVO:

El convenio, es un acuerdo de voluntades destinado a crear derechos y obligaciones, acuerdo que debe ser de interés y beneficio para ambos contratantes y cuya suscripción no es obligatoria para el Fondo ni para el profesional prestador, por tanto las partes podrán poner término a este convenio a saber:

- a) En cuanto al prestador entidad, mediante comunicación escrita enviada al Fondo, a lo menos con 30 días de anticipación.
- b) En cuanto al Fondo, mediante carta certificada enviada al prestador entidad, con 30 días de antelación, sin expresión de causa.

DECIMO NOVENO:

El Prestador que suscribe el presente Convenio con FONASA, será responsable civil y penalmente frente a cualquier accidente, daño o perjuicio que pudiera ocasionar con motivo del otorgamiento a asegurados del FONASA de las prestaciones inscritas

VIGESIMO:

El Fondo autoriza al prestador para incorporarse al Sistema de Emisión Electrónica de Bonos de Atención de Salud (BAS), sistema de venta que se realiza el día de la atención, en el mismo lugar y para el prestador elegido por el beneficiario para su atención, previo a lo cual se requiere la validación con lectura biométrica de la huella digital de los beneficiarios señalados en el libro II del DFL 1/2005, de Salud.

VIGESIMO PRIMERO:

A la emisión electrónica de BAS en prestador, así como a la emisión tradicional en sucursal o entidad delegada del Fondo, les es aplicables la normativa de la Modalidad de Libre Elección contenida en el Libro Segundo del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, D.S. N° 369, de 1985 del Ministerio de Salud, la R.E. del Fondo N° 135, 2002 y sus modificaciones y las Normas Técnico Administrativas dictadas por el Ministerio de Salud, para la aplicación del arancel de prestaciones de la Modalidad de Libre Elección.

VIGESIMO SEGUNDO:

El convenio permite emitir Bonos de Atención de Salud al nombre y RUT del prestador individualizado y al nombre y RUT del beneficiario validado con su huella.

La operación y funcionamiento del sistema, se regirá por las condiciones establecidas en la R.E. N° 135, del 22 de enero de 2002, sus modificaciones y sus respectivos anexos; dictada por el Fondo Nacional de Salud y las condiciones establecidas en Formulario N° 1E "Anexo Prestaciones Bono Electrónico" que forma parte del convenio.

Sólo podrán referirse a prestaciones de salud, que se encuentren autorizadas al prestador en el convenio de Inscripción que se singulariza en la comparecencia y dentro de la codificación permitida para este sistema de emisión electrónica. El prestador deberá facilitar la función de supervisión y auditoría que realice el Fondo Nacional de Salud.

Para una mejor operación de las condiciones establecidas en este convenio, cada parte designará un coordinador de su dependencia.

VIGESIMO TERCERO:

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

VIGESIMO CUARTO:

Para el otorgamiento de los servicios de emisión electrónica, el prestador suscribirá con la empresa proveedora del sistema, un contrato de arrendamiento de equipos y sistemas computacionales. La relación contractual descrita, no constituye ningún tipo de responsabilidad para FONASA.

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

VIGESIMO QUINTO:

Al momento de solicitar su atención en el lugar acreditado en este sistema, los afiliados y beneficiarios deben registrar su huella dactilar electrónicamente para validar su calidad de beneficiario consignada en las bases de datos del Fondo Nacional de Salud.

Por la compra de Bonos de Atención de Salud los afiliados y beneficiarios deberán contribuir al financiamiento del valor de las prestaciones, mediante pago directo en el centro de venta y en la proporción y forma que señale la legislación vigente, por lo que el prestador será responsable de recaudar los copagos que correspondan, en la compra de Bonos emitidos por dicho centro.

Las anulaciones de BAS, se aceptarán sólo dentro del mismo día de emisión y cuando se trate de bonos mal emitidos o prestaciones no realizadas. Asimismo, en aquellos casos cuando el beneficiario por cualquier circunstancia decida no acceder a la atención; para lo cual se hará la anulación del bono devolviendo al beneficiario el importe que pagó.

El Fondo, para el cobro de los BAS emitidos por el prestador sólo pagará el monto de la bonificación que corresponda según legislación vigente (FAM), es decir la diferencia entre el valor total de la prestación y el aporte realizado por el beneficiario (co-pago)

VIGESIMO SEXTO:

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

- a) Incumplimiento de lo establecido en las cláusulas del convenio.
- b) Cuando en proceso de fiscalización, constate comportamientos que transgredan la normativa contenida en el Libro Segundo del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, D.S. N° 369, de 1985 del Ministerio de Salud, la R.E. N° 135, 2002 y sus modificaciones del Fondo y las Normas Técnicas y Administrativas dictadas para la aplicación del arancel de prestaciones de la Modalidad de Libre Elección por el Ministerio de Salud.
- c) Cuando al prestador se le haya aplicado alguna(s) de las sanciones que establece el inciso 9 del artículo 143 del Libro II del DFL 1/2005 del Ministerio de Salud.

VIGESIMO SEPTIMO:

El presente convenio tiene una duración indefinida y entra en vigencia a contar de la fecha de la total tramitación de la Resolución del Fondo que lo apruebe. No obstante, los beneficios materia de este Convenio empezarán a regir el primer día del mes subsiguiente al de la fecha de la referida Resolución.

VIGESIMO OCTAVO

El presente convenio se firma en tres originales, quedando dos copias para el Fondo Nacional de Salud y otra para el Prestador. Las partes dejan expresa constancia que este convenio no crea vínculos de carácter funcionario o laboral entre ellas.

VIGESIMO NOVENO

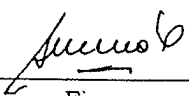
Previa lectura ratifican y firman:

Representante de FONASA:

Nombre: **SOLEDAD MENA NORIEGA**.....

RUT: **8.412.902-K**..... Resolución: **N° 2484**

Cargo: **JEFE DEPTO. COMERCIALIZACION**..... Fecha: **03.05.11**


Firma



Representante del Prestador

Nombre Representante Legal: **ERICK STRÖMBÄCK CERDA**

RUT Representante Legal: **5.940.784-8**.....

Fecha:.....


Firma



2. ANÓTESE, COMUNÍQUESE.



DISTRIBUCIÓN:

1. DCOM
2. AS. JUR. (ARCH.)
2 Ejs, 8 Hjs.



1 E

**FORMULARIO ANEXO PRESTACIONES
CONVENIO CON BONO ELECTRONICO
ENTIDAD ASISTENCIAL**

A.-IDENTIFICACION ENTIDAD:		N° RUT <input style="width: 150px;" type="text" value="61.101.030"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="3"/>
HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO			
NOMBRE - RAZÓN SOCIAL _____			
HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO			
NOMBRE DE FANTASÍA _____			
LUGAR DE ATENCION			
AV. LARRAIN	9100	LA REINA	SANTIAGO
Calle	N°	Depto.	Comuna Región

B.-ARANCEL DE PRESTACIONES EN VENTA ELECTRONICA

La emisión electrónica de bonos de atención de salud (BAS), vendidos en virtud del contrato suscrito entre las partes, solo podrán referirse a prestaciones de salud autorizadas en el convenio de inscripción vigente suscrito por el prestador para atender en la modalidad de libre elección (MLE) y en el marco las prestaciones de salud otorgadas en forma ambulatoria para los grupos de arancel y codificaciones explícitas que se detallan a continuación:

Grupo	Glosa Grupo	Prestaciones actual emisión Desde - Hasta	No Autorizado en Emisión electrónica	V°B° fonasa
1	Atención Abierta	0101001 AL 0101020	004-005-006-007-008-009	
2	Atención Cerrada	No Autorizada	No Autorizada	
3	Ex. de Laboratorio	0301001 AL 0309040		
4	Imagenología	0401001 AL 0401151 0403001 AL 0403017 0404002 AL 0404019 0405001 AL 0405098	0402001 AL 0402050	
5	Medicina Nuclear y Radioterapia	050110 AL 0501135	0502001 AL 0506003	
6	Kinesiología y Fisioterapia	0601001 AL 0601030	0601031	
7	Medicina Transfusional	0702001 AL 0702014	08-009-010	
8	Anatomía Patológica	0801001 AL 0801008	06-009-010	
9	Psiquiatría	0901005, 009 y 010	001-002-003-004-006.	
	Psicología Clínica	0902001 AL 0902003 y 0902010 AL 0902020		
10	Endocrinología	1001001 AL 1001012	1101013 AL 1101025	

13	Otorrinolaringología	1301001 AL 1301044	Subgrupo 02
		1303001 AL 1303005	
14	Procedimiento en Tiroides	1401001	Subgrupo 02
15	Cirugía Plástica	No Autorizada	No Autorizada
16	Dermatología	1601110 AL 1601126	Subgrupo 02
17	Cardiología	1701001 AL 1701009 1701015 AL 1701018 1701030, 037, 045 y 1701055	1701010 AL 1701014 1701019 AL 1701051 Subgrupos 03-04
		1707001 AL 1707038 1707050 AL 1701053	1707054 y 1707055
18	Gastroenterología	1801001 AL 1801007 1801010 AL 1801016 1801021 AL 1801024, 1801033, 1801037, 1801041 y 1801043	1801008 y 1801009 1801017 AL 1801020 1801025 AL 1801036 1801038-1801042. Subgrupos 02, 03.
19	Urología	1901001 AL 1901013 1901018 AL 1901022 1901030	1901014 AL 1901016 1901023 AL 1901029 Subgrupo 02
20	Ginecología y Obst.	2001001 AL 2001010 2001014 AL 2001016 2001020 AL 2001022	2001012 AL 2001013 Subgrupos 02,03,04
21	Ortopedia y Traumat.	2101001 AL 2101002 2105001 AL 2105013	2101003 Subgrupos 04- 06- 07
22	Anestesia	No Autorizada	No Autorizada
23-24	Prótesis y Traslados	No Autorizada	No Autorizada
25	P.A.D.	No Autorizada	No Autorizada
26	Enfermería Nutricionista	2601001	
		2602001	
28	P.A.E.	No Autorizada	No Autorizada

C.-FIRMAS DE SOLICITUD Y AUTORIZACION

PATRICIO SIERRALTA STANDEN

Nombre Director Medico

Firma D.M.

Fecha

ERICK STRÖMBÄCK CERDA

Nombre Representante Legal

Firma R.L.

Fecha