



### **Intendencia de Prestadores**

Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud  
Unidad de Fiscalización en Acreditación

## **ORD. CIRCULAR IP/ N° 1**

**ANT:** Art. 24 del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, aprobado por el D.S. N°15, de 2007, del Ministerio de Salud.-

**MAT:** Remite formato para declaración sobre las relaciones comerciales que la entidad, sus propietarios, socios y evaluadores tuvieren con prestadores institucionales de salud, sus representantes o administradores, así como de toda actividad de asesoría o capacitación en salud que, respecto de estas instituciones, hubieren ejecutado durante el año anterior.-

**SANTIAGO,**

10 ENE. 2014

**DE: MARÍA SOLEDAD VELÁSQUEZ URRUTIA  
INTENDENTA DE PRESTADORES**

**A: REPRESENTANTES LEGALES DE ENTIDADES ACREDITADORAS**

Como es de su conocimiento, en virtud de lo que actualmente dispone el Artículo 24 del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud por el D.S. N° 12, de 2012, del Ministerio de Salud, **en el mes de enero y julio de cada año** las entidades acreditadoras deben presentar ante esta Intendencia **"una declaración sobre las relaciones comerciales que la entidad, sus propietarios, socios y evaluadores tuvieren con prestadores institucionales de salud, sus representantes o administradores, así como de toda actividad de asesoría o capacitación en salud que, respecto de estas instituciones, hubieren ejecutado durante el año anterior"**.

Asimismo, la disposición antes referida dispone que esta Intendencia debe establecer el formato de la antedicha declaración, pudiendo, además, solicitar las aclaraciones que considere necesarias.

Por el presente acto, remitimos a las entidades que Uds. representan el formato de la antes referida **Declaración de Intereses**, así como su "**Formulario Anexo Declaración de Intereses para las Entidades Acreditadoras 2014**" (FDI-2014) y el **Instructivo N°2** para el correcto llenado del formulario, dejándose sin efecto el Instructivo N°1, de enero de 2013.

La Declaración de Intereses que se adjunta deberá ser **suscrita ante Notario Público por el representante legal de la Entidad Acreditadora e ingresada en cualquiera de las Oficinas de esta Superintendencia**, a más tardar, el día **28 de febrero de 2014**.


Junto con la antedicha Declaración deben acompañarse, **en soporte papel, el Formulario Anexo** a dicha Declaración **debidamente llenado conforme al Instructivo N°2** que se adjunta, debiendo **dicho representante legal firmar cada una de las páginas del formulario**.

Paralelamente al presente Oficio Circular, el Formulario Anexo a la Declaración de Intereses **será enviado a Uds. a sus correos electrónicos debidamente inscritos ante esta Intendencia**, en un archivo Excel. Una vez completado, debe ser enviado por el representante legal de la entidad, **desde el antes referido correo electrónico, a más tardar, el día 28 de febrero de 2014, al correo electrónico [acreditación@superdesalud.gob.cl](mailto:acreditación@superdesalud.gob.cl)**, sin perjuicio de su ingreso en formato papel, junto con la Declaración de Intereses, según se dispone en el párrafo anterior.

Se previene a Uds. que el incumplimiento de las obligaciones antes señaladas generará las responsabilidades y sanciones correspondientes, de conformidad con las normas del Título VI del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud.

Asimismo, se recuerda a Uds. que, en uso de sus facultades fiscalizadoras destinadas a evitar los conflictos de interés entre las Entidades Acreditadoras y los prestadores que les corresponda evaluar, esta Intendencia solicitará a Uds. las aclaraciones e informaciones adicionales que estime necesarias.

Les saluda atentamente,

  
*Soledad Velásquez*  
**MARÍA SOLEDAD VELÁSQUEZ URRUTIA**  
**INTENDENTA DE PRESTADORES**  
**SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

**Adjunto:**

- Formato Texto Declaración de Intereses
- Formulario Anexo
- Instructivo N°2 para el correcto llenado del Formulario Anexo



**JGM//HOG**

**Distribución:**

- Representantes Legales de Entidades Acreditadoras (por carta certificada y correo electrónico)
- Jefa (S) Subdepto. de Gestión de Calidad en Salud
- Encargada Unidad de Fiscalización en Acreditación IP
- Encargado Unidad de Admisibilidad y Autorización IP
- Funcionarios Analistas IP
- Ing. Eduardo Javier Aedo IP
- Abog. H. Ocampo, IP
- Oficina de Partes
- Archivo



**DECLARACIÓN DE INTERESES  
DE LA ENTIDAD ACREDITADORA, SUS PROPIETARIOS, SOCIOS Y  
EVALUADORES A QUE SE REFIERE EL INCISO CUARTO DEL ARTÍCULO 24  
DEL REGLAMENTO DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES  
INSTITUCIONALES DE SALUD, APROBADO POR EL D.S. N°15, DE 2007,  
DEL MINISTERIO DE SALUD**

En la ciudad de ....., con fecha .....,  
yo, ....., R.U.N. N°.....,  
representante legal de la Entidad Acreditadora  
".....", con N° ..... de inscripción en  
el Registro Público de Entidades Acreditadoras, y en representación de ella, en  
cumplimiento a lo dispuesto en el inciso cuarto del Artículo 24 del Reglamento del  
Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, aprobado por el  
D.S. N° 15, de 2007, del Ministerio de Salud, vengo en formular la siguiente  
declaración:

**1º** Declaro formalmente que todas las **relaciones comerciales** que la Entidad Acreditadora que represento mantuvo durante el año 2013 **con prestadores institucionales de salud, con los representantes de estos últimos o con sus administradores**, así como las relaciones comerciales que los propietarios de dicha Entidad Acreditadora, sus socios y sus evaluadores, mantuvieron durante el año 2013 con tales prestadores, sus representantes o sus administradores, son únicamente las que se señalan **en el formulario anexo a la presente declaración**, encontrándose cada una de sus páginas firmadas por este representante y debidamente completadas, de acuerdo al **Instructivo N°2** dictado al respecto por la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud y en el formato dispuesto por ese organismo. Por tanto, declaro formalmente que durante el año 2013 no ha existido ninguna otra clase de vinculación que implique un interés o efecto económico, incluyendo en ello toda clase de prestaciones de servicios, ya sean civiles, comerciales, profesionales o laborales, entre la Entidad que represento, sus propietarios, socios o evaluadores con prestadores institucionales de salud, sus representantes o sus administradores, sino solamente las que se declaran **en el formulario anexo a la presente declaración**.

**2º** Declaro formalmente que todas las **actividades de asesoría o capacitación en salud** que la Entidad que represento, sus propietarios, sus socios y sus evaluadores,

**hubieren contratado o ejecutado durante el año 2013, en favor de prestadores institucionales de salud**, a título oneroso o gratuito, son únicamente las actividades que se señalan **en el formulario anexo a la presente declaración**, encontrándose cada una de sus páginas firmadas por este representante y debidamente completadas, de acuerdo al **Instructivo N°2** dictado al respecto por la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud y en el formato dispuesto por ese organismo.

**3°** Declaro formalmente que toda la información contenida en la documentación adjunta es verídica y exacta.

**4°** Declaro, por último, que conozco los deberes que impone el Artículo 24 del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, aprobado por el D.S. N° 15, de 2007, del Ministerio de Salud, así como que su incumplimiento acarrea las responsabilidades y sanciones que la ley y dicho reglamento contemplan.

Firma: .....

R.U.N. N°.....