

## Intendencia de Prestadores

Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

# RESOLUCIÓN EXENTA IP/N° 773

SANTIAGO, 20 AGO. 2013

### VISTOS:

- 1) Lo dispuesto en los numerales 2° y 3° del artículo 121 del DFL N°1, de 2005, de Salud; en el Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, aprobado por el D.S. N°15, de 2007, de Salud; en la Ley N°19.880; y, lo instruido en las Circulares IP/N°1, de 2007, que establece el procedimiento para la tramitación de las solicitudes de autorización de Entidades Acreditadoras e IP/N°3, de 2009, sobre la Forma de efectuar las inscripciones en el Registro Público de Entidades Acreditadoras, modificada por la Circular IP N°4, de 2009; en la Resolución Exenta SS/N°1972, de 7 de diciembre de 2012 y en la Resolución Afecta SS/N°57, de 4 de julio de 2012;
- 2) La presentación de la representante legal de la Entidad Acreditadora "**Acredita Norte Chile Limitada**", doña Luz Argenis Velásquez Betancur, ingresada a esta Intendencia mediante correo electrónico recibido con fecha 29 de julio de 2013, a las 11:48 horas, desde el correo inscrito de dicha representante legal;

### CONSIDERANDO:

- 1°.- Que mediante la presentación señalada en el N°2 de los Vistos precedentes, la representante legal de la Entidad Acreditadora "Acredita Norte Chile Limitada" informa el cambio de oficina de dicha entidad, la que ahora queda ubicada en calle 14 de febrero N°2293, sector centro Antofagasta;
- 2°.- Que, atendida la información antes referida, corresponde ordenar la modificación de su inscripción, sin perjuicio del ulterior ejercicio de las potestades fiscalizadoras de esta Intendencia, tendientes a velar por el mantenimiento de las condiciones de infraestructura física de dicha Entidad Acreditadora que aseguren su correcto funcionamiento;

**Y TENIENDO PRESENTE** las facultades que me confieren las normas legales y reglamentarias antes señaladas,

### RESUELVO:

- 1° **TÉNGASE PRESENTE** lo informado por la representante legal de la Entidad Acreditadora "**Acredita Norte Chile Limitada**", con N°24 de inscripción en el

Registro de Entidades Acreditadoras, en su presentación señalada en el N°2 de los Vistos precedentes y **HA LUGAR** a lo solicitado. En consecuencia, **MODIFÍQUESE** dicha inscripción en el sentido de sustituir el domicilio de dicha entidad acreditadora, por el de "**calle 14 de febrero N°2293, sector centro, Antofagasta**".

**2° PREVIÉNESE** a la Entidad Acreditadora "**Acredita Norte Chile Limitada**" que el cambio referido en el numeral anterior no puede implicar falta de mantención de las condiciones de infraestructura física de dicha Entidad Acreditadora que asegure su correcto funcionamiento, bajo apercibimiento de ejercerse a su respecto las facultades de fiscalización y sanción de esta Intendencia.

**3° TÉNGASE PRESENTE, asimismo,** que el cambio anterior no significa un cambio de domicilio de la representante legal de la Entidad Acreditadora antes señalada, por lo que las notificaciones a dicha entidad continuarán efectuándose válidamente en el domicilio de su representa legal que actualmente figura en la inscripción de dicha entidad en el Registro de Entidades Acreditadoras.

**4° PRACTÍQUESE** por el Funcionario Registrador de esta Intendencia la modificación de la inscripción ordenada en el numeral 1° precedente, dentro del plazo de quinto día hábil, desde que la presente resolución le sea intimada.

**5° AGRÉGUESE** por el Funcionario Registrador de esta Intendencia, una copia electrónica de la presente resolución en la inscripción de la Entidad Acreditadora señalada en el numeral 1° precedente.

**6° NOTIFÍQUESE** la presente resolución a los representantes legales de las entidades precedentemente señaladas por carta certificada.

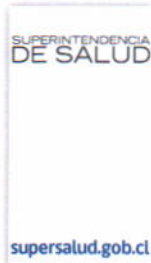
#### **REGÍSTRESE Y ARCHÍVESE**



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

*[Handwritten signature]*  
**CMB/BRH/HOG**  
**Distribución.**

- Representante Legal de la Entidad Acreditadora "Acredita Norte Chile Limitada" (por correo electrónico y por carta certificada)
- Jefa Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Encargado Unidad de Admisibilidad y Autorización IP
- Encargada Unidad de Fiscalización en Acreditación IP
- Ing. Eduardo J. Aedo, Funcionario Registrador (S) IP
- Abog. Hugo Ocampo IP
- Oficina de Partes
- Archivo



Intendencia de Prestadores de Salud  
Unidad de Admisibilidad y Autorización

**MEMO N°: 226**

**ANT.: NO TIENE.**

**MAT.: MODIFICACIÓN DIRECCIÓN ENTIDAD ACREDITADORA ACREDITA NORTE CHILE LTDA.**

**SANTIAGO, 29 de Julio de 2013**

**DE: BENEDICTO ROMERO HERMOSILLA  
ENCARGADO UNIDAD DE ADMISIBILIDAD Y AUTORIZACIÓN IP**

**A: HUGO OCAMPO GARCÉS  
ABOGADO ASESOR SUBDEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD**

Por medio del presente memorándum, informo a Usted que la Entidad Acreditadora ACREDITA NORTE CHILE LTDA., a través de su Representante Legal, comunica en solicitud de correo electrónico de fecha 29.07.2013, cambio de dirección de sus dependencias a: 14 de febrero N° 2293, sector centro, Antofagasta.

Sin otro particular, le saluda atentamente,

  
**BENEDICTO ROMERO HERMOSILLA  
ENCARGADO UNIDAD DE ADMISIBILIDAD Y AUTORIZACIÓN IP**



**DISTRIBUCIÓN:**

- Sr. Hugo Ocampo G., Abogado Asesor Sub departamento de Gestión en Calidad
- Secretaría Intendencia de Prestadores
- Encargado Unidad de Admisibilidad y Autorización IP
- Archivo Memorándums



*Memo N° 226*

Para:

**INTENDENCIA DE PRESTADORES**

**SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

**SANTIAGO**

**ASUNTO:**

**NOTIFICACION DE CAMBIO DE DOMICILIO**

Estimados, por la presente notifico a ustedes el cambio de domicilio de la oficina de ACREDITA NORTE CHILE LTDA, quedando ahora ubicada en el siguiente domicilio:

**14 de febrero 2293, sector centro, Antofagasta.**

Agradezco me indiquen si debo realizar otro trámite a parte de esta notificación, de lo contrario solicito el favor me puedan cambiar el domicilio en el registro de la página web de la Superintendencia de Salud.

Mil gracias por su atención.

Atte.

LUZ VELASQUEZ B.  
Rut: 23.272.511 - 7  
Directora Técnica  
Acredita Norte Chile Ltda.

LUZ ARGENIS VELASQUEZ B.  
DIRECTORA TÉCNICA  
ACREDITA NORTE CHILE LTDA  
TELÉFONO RED FIJA 2-436555  
CELULARES 61401887- 62810392  
ANTOFAGASTA



NOTIFICACIÓN CAMBIO DE DOMICILIO

Acredita Norte Chile

para:

consultasacreditacion@superdesalud.gob.cl, bromero@superdesalud.gob.cl

29-07-2013 11:48

cc:

"jhgonzalez@superdesalud.gob.cl"

Ocultar detalles

De: Acredita Norte Chile <acreditanortechile@hotmail.cl>

Para: "consultasacreditacion@superdesalud.gob.cl"

<consultasacreditacion@superdesalud.gob.cl>, "bromero@superdesalud.gob.cl"

<bromero@superdesalud.gob.cl>

cc: "jhgonzalez@superdesalud.gob.cl" <jhgonzalez@superdesalud.gob.cl>

1 Attachment



NOTIFICACION DE CAMBIO DE DOMICILIO-SIS004.pdf

Estimados Superintendencia de Salud.

Reciban un cordial saludo.

Por el presente, envío archivo con notificación del cambio de domicilio de la oficina de Acredita Norte Chile Ltda, el traslado se realizó el sábado en la tarde.

El nuevo domicilio está en archivo adjunto, resaltando además que la oficina continua cumpliendo con los requisitos de planta física con los que fue autorizada, incluso mejoró.

Agradezco me informen si debo realizar otro tramite adicional o si es suficiente notificarlo por esta vía.

Quedo a espera de su respuesta.

Cordialmente.

LUZ ARGENIS VELASQUEZ B.  
DIRECTORA TÉCNICA  
ACREDITA NORTE CHILE LTDA  
TELÉFONO RED FIJA 2-436555  
CELULARES 61401887- 62810392  
ANTOFAGASTA.