



Intendencia de Prestadores

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

RESOLUCIÓN EXENTA IP/N° 1409

SANTIAGO, 17 OCT. 2014

VISTOS:

- 1) Lo dispuesto en los numerales 11° y 12° del Artículo 4° y en los numerales 1°, 2° y 3° del Artículo 121, del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud; en los Artículos 16, 27, 43 y demás pertinentes del "Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud", aprobado por el D.S. N° 15/2007, del Ministerio de Salud; en el Decreto Exento N°18, de 2009, del Ministerio de Salud, que aprueba el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta; en la Circular IP N° 21, de 3 de septiembre de 2012, que imparte instrucciones a las Entidades Acreditadoras sobre el formato del Informe de Acreditación; la Circular Interna IP/N° 4, de 3 de septiembre de 2012, que instruye sobre la forma de efectuar las inscripciones en el Registro Público de Prestadores Acreditados de esta Intendencia; la Circular Interna IP/N°2, de 2013, que instruye respecto del inicio del período de vigencia de la acreditación de un prestador acreditado; en la Resolución Exenta SS/N° 1972, de 7 de diciembre de 2012, y en la Resolución Afecta SS/N°41 de 26 de marzo de 2014;
- 2) La solicitud con N°289, de 16 de junio de 2014, del Sistema Informático de Acreditación de esta Superintendencia, mediante la cual don **Claudio Back Marcus** y don **Felipe Matta Campbell**, en su calidad de representantes legales, solicitan la acreditación del prestador institucional denominado "**CEDIMED LTDA.**", ubicado en calle Salas N° 173, de la ciudad de Copiapó, III Región de Atacama, para ser evaluado en función del **Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta**, aprobado por el Decreto Exento N° 18, de 2009, del Ministerio de Salud;
- 3) El Informe de Acreditación emitido con fecha 2 de octubre de 2014 por la Entidad Acreditadora "**ACREDITA NORTE CHILE LTDA.**", el cual declara ACREDITADO al prestador institucional señalado en el numeral anterior;
- 4) El texto corregido, fecha 10 de octubre de 2014, del Informe de Acreditación señalado en el numeral 3) precedente, de acuerdo a las instrucciones efectuadas por esta Intendencia;
- 5) El Memorándum IP/N°527-2014, de fecha 17 de octubre de 2014, de la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Acreditación, por el que remite documentos atinentes al proceso de acreditación del prestador arriba señalado, informa sobre el pago de la segunda cuota del arancel correspondiente y recomienda emitir la presente resolución;

CONSIDERANDO:

1°.- Que mediante informe de acreditación referido en el numeral 3) de los Vistos precedentes, relativo a los resultados del procedimiento de acreditación a que dio lugar la solicitud N°289, de fecha 16 de junio de 2014, ejecutado por la Entidad Acreditadora "**ACREDITA NORTE CHILE LTDA.**" respecto del prestador institucional de salud denominado "**CEDIMED LTDA.**", ubicado en calle Salas N° 173, de la ciudad de Copiapó, III Región de Atacama, se declara

ACREDITADO a dicho prestador institucional, en virtud de haber dado cumplimiento a las normas del **Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta**, aprobado por el Decreto Exento N°18, de 2009, del Ministerio de Salud, al haberse constatado que el prestador evaluado cumple con el **100% de las características obligatorias** que le eran aplicables y con el **92,8% del total de las características que fueron evaluadas en ese procedimiento**, todo ello en circunstancias que la exigencia de dicho estándar, para obtener su acreditación, consistía en el cumplimiento del 50% de dicho total;

2°.- Que, mediante el memorándum señalado en el numeral **5)** de los Vistos precedentes, la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Acreditación de esta Intendencia, doña Jeannette González Moreira, reitera que, tras la competente fiscalización efectuada, se ha constatado que el texto corregido del Informe de Acreditación, señalado en el N°**4)** de los Vistos precedentes, cumple con las exigencias reglamentarias y lo dispuesto en la Circular IP N°21, de 2012, sobre el formato y contenidos mínimos de los informes que deben emitir las Entidades Acreditadoras respecto de los procedimientos de acreditación que ejecuten y solicita la emisión de la presente resolución;

3°.- Que, además, señala que se ha constatado el pago de la segunda cuota del arancel de acreditación por parte del solicitante;

4°.- Que, atendido el mérito de los antecedentes antes referidos, corresponde acceder a lo solicitado por la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Acreditación de esta Intendencia, poner formalmente en conocimiento del solicitante de acreditación el texto del informe de acreditación, señalado en el Considerando 2° precedente, y ordenar la inscripción del prestador institucional antes señalado;

Y TENIENDO PRESENTE las facultades que me confieren las normas legales y reglamentarias precedentemente señaladas, vengo en dictar la siguiente

RESOLUCIÓN:

1° **INSCRÍBASE** al prestador institucional denominado "**CEDIMED LTDA.**", ubicado en calle Salas N° 173, de la ciudad de Copiapó, III Región de Atacama, en el **REGISTRO PÚBLICO DE PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD ACREDITADOS**, de conformidad a lo dispuesto en la Circular Interna IP N° 4, de 3 de septiembre de 2012, que instruye sobre la forma de efectuar las inscripciones en dicho Registro Público.

2° **PÓNGASE EN CONOCIMIENTO** del solicitante de acreditación el texto del informe de la Entidad Acreditadora "**ACREDITA NORTE CHILE LTDA.**" señalado en el No. 4) de los Vistos precedentes.

3° **TÉNGASE PRESENTE** que, para todos los efectos legales, **la vigencia** de la acreditación del prestador institucional señalado en el numeral anterior se extenderá **desde la fecha de la presente resolución, por el plazo de tres años**, sin perjuicio que este plazo pueda prolongarse en los términos señalados en el Artículo 7° del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, si fuere procedente.

4° **NOTIFÍQUESE** al representante legal del prestador institucional señalado en el N°1 precedente **el Oficio Circular IP N°5, de 7 de noviembre de 2011, por el cual se imparten instrucciones relativas al formato y correcto uso que deben dar los prestadores acreditados al certificado de acreditación que esta Superintendencia otorga a dichos prestadores**, así como respecto de su deber de dar estricto cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del Artículo 43 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud. Para los efectos de facilitar el cumplimiento de las instrucciones y deberes reglamentarios relativos al formato oficial y uso del certificado de acreditación, **se**

recomienda a dicho representante legal comunicarse con la Unidad de Comunicaciones de esta Superintendencia, al fono (02)28369351.

5° **DECLÁRASE TERMINADO** el presente procedimiento administrativo y **ARCHÍVENSE** sus antecedentes.

6° **NOTIFÍQUESE** la presente resolución por carta certificada al solicitante de acreditación y al representante legal de la Entidad Acreditadora "ACREDITA NORTE CHILE LTDA.".

REGÍSTRESE Y ARCHÍVENSE



ENRIQUE AYARZA RAMÍREZ
INTENDENTE DE PRESTADORES DE SALUD (TP)
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL INCISO 4° DEL ARTÍCULO 41 DE LA LEY N°19.880, SOBRE BASES DE LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS QUE RIGEN LOS ACTOS DE LOS ÓRGANOS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO, ESTA INTENDENCIA INFORMA QUE CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN PROCEDEN LOS SIGUIENTES RECURSOS: EL RECURSO DE REPOSICIÓN, EL CUAL DEBE INTERPONERSE ANTE ESTA INTENDENCIA, DENTRO DEL PLAZO DE 5 DÍAS, CONTADOS DESDE LA NOTIFICACIÓN DE LA MISMA; Y EL RECURSO JERÁRQUICO, YA SEA EN SUBSIDIO DEL ANTERIOR, O SI SÓLO SE INTERPUSIERE ESTE SEGUNDO RECURSO, PARA ANTE EL SUPERINTENDENTE DE SALUD, DENTRO DEL MISMO PLAZO ANTES SEÑALADO.

CMB/JGM/CCG
Distribución:

- Solicitante de Acreditación (por correo electrónico y carta certificada) (la resolución y el Oficio Circular IP N°5/2011)
- Responsable del procedimiento de acreditación (por correo electrónico) (la resolución, el informe y el Oficio Circular IP N°5/2011)
- Representante Legal de la Entidad Acreditadora "ACREDITA NORTE CHILE LTDA." (por correo electrónico y carta certificada) (solo la resolución)
- Superintendente de Salud (TP)
- Fiscal (TP)
- Encargado Unidad de Comunicaciones Superintendencia
- 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 Javier Aedo, Funcionario Registrador, IP
- Abog. Camilo Corral G., IP
- Expediente Solicitud de Acreditación
- Oficina de Partes
- Archivo



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

MEMORÁNDUM IP / N°527-2014

ANT.: 1. Solicitud de Acreditación N°289

2. ORD. IP N°2507, de fecha 7 de octubre de 2014.

3. ORD. IP N°2535, de fecha 9 de octubre de 2014.

3. Tercera acta de fiscalización de informe, del 10 de octubre de 2014.

MAT.: Emitir Resolución de aceptación de informe de acreditación y ordenar inscripción en el registro de prestadores acreditados.

SANTIAGO, 17 de octubre 2014

**DE: JEANNETTE GONZÁLEZ MOREIRA
ENCARGADA DE FISCALIZACIÓN EN ACREDITACIÓN**

**A: CAMILO CORRAL GUERRERO
ABOGADO INTENDENCIA DE PRESTADORES**

Adjunto remito a usted, Ordinario indicado en el asunto y documentos atinentes al proceso de acreditación del prestador institucional CEDIMED LTDA., efectuado por la Entidad ACREDITA NORTE CHILE LTDA. Con esos documentos se da por cumplido lo instruido en la Circular IP/ N°21 de 2012, que imparte instrucciones a las entidades acreditadoras autorizadas, con respecto al informe de acreditación y adicionalmente el cumplimiento de los plazos normativos del proceso, determinados por el D.S. N°15, de 2007, del Ministerio de Salud.

En el informe final, la Entidad ACREDITA NORTE CHILE LTDA., determina que, el prestador evaluado cumple con el **100%** de las características obligatorias que le son aplicables y un **92,8%** de cumplimiento general, para todas las características aplicables, por lo tanto el Prestador Institucional Privado CEDIMED LTDA., **ACREDITA.**

OK 17/10/2014

El informe de acreditación fue entregado a esta Intendencia por ACREDITA NORTE CHILE LTDA., con fecha 2 de octubre de 2014. Una vez que el citado informe de acreditación del Prestador, fue fiscalizado y aprobado en su versión corregida, por la Unidad de Fiscalización en Acreditación de la IP, se procedió a efectuar el cobro de la segunda cuota del arancel de acreditación al CEDIMED LTDA, a través de la emisión y envío de la Resolución Exenta IP N°1405, de fecha 16 de octubre de 2014.

En el Sistema Informático de Acreditación, se verifica que la Entidad Acreditadora con fecha 16 de octubre de 2014, ha registrado el pago correspondiente a la 2° cuota del arancel de acreditación del prestador evaluado.

En virtud de lo anterior, solicito a usted, tenga a bien emitir Resolución de aceptación del informe de acreditación y ordenar la modificación del registro de prestadores acreditados de esta Superintendencia.

Sin otro particular, saluda atentamente,



A handwritten signature in blue ink that reads "Jeannette González Moreira".

JEANNETTE GONZÁLEZ MOREIRA
ENCARGADA DE FISCALIZACIÓN EN ACREDITACIÓN

Adjunta:

- ✓ Informe de acreditación (Corregido) de ACREDITA NORTE CHILE LTDA. / CEDIMED LTDA, de fecha 10 de octubre de 2014.
- ✓ ORD. IP N°2507, de fecha 7 de octubre de 2014.
- ✓ ORD. IP N°2535, de fecha 9 de octubre de 2014.
- ✓ Tercera acta de fiscalización aprueba el informe de acreditación, ACREDITA NORTE CHILE LTDA. / CEDIMED LTDA, de fecha 10 de octubre de 2014.
- ✓ Comprobante de pago del arancel de acreditación.

DISTRIBUCIÓN:

- Abogado IP Camilo Corral G.
- Expediente IP
- Archivo



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

TERCERA ACTA DE FISCALIZACIÓN APRUEBA INFORME DE ACREDITACIÓN

Entidad Acreditadora:	ACREDITA NORTE CHILE LIMITADA
Representante legal Entidad:	Luz Velásquez Betancur
Prestador evaluado:	CEDIMED LTDA.
Evaluación en terreno:	25 de agosto de 2014
Emisión informe de acreditación:	02 de octubre de 2014
1° Acta de fiscalización del informe:	07 de octubre de 2014
ORD. N°2507 (Instruye corrección del informe):	07 de octubre de 2014
Informe corregido:	09 de octubre de 2014
2° Acta de fiscalización del informe:	09 de octubre de 2014
ORD. N°2535 (Instruye corrección del informe):	09 de octubre de 2014
Informe corregido:	10 de octubre de 2014
3° Acta de fiscalización del informe:	10 de octubre de 2014

I. ANÁLISIS DE LAS CORRECCIONES INSTRUIDAS

Con respecto a las correcciones que se le instruyó efectuara la Entidad Acreditadora, en el informe presentado se observa que la Entidad corrigió las observaciones representadas en la primera y segunda actas de fiscalización del informe.

II. CONCLUSIÓN

El análisis de las correcciones hechas al informe, por parte de la Entidad ACREDITA NORTE CHILE LIMITADA permite dar por aceptado el informe de acreditación correspondiente al Prestador Institucional CEDIMED LTDA.

Profesional Analista Unidad de Fiscalización en Acreditación IP

Sylvia Jorquera Solís

Firma:

Encargada de Unidad de Fiscalización en Acreditación IP

Jeannette González Moreira

Firma:

V°B° tercera acta de fiscalización del informe: 10 de octubre de 2014





Gobierno
de Chile

MINISTERIO
DE SALUD

www.gob.cl

supersalud.gob.cl

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

2507

ORD. IP / N°

ANT.: Informe de Acreditación de
fecha 02/10/2014, emitido por
ACREDITA NORTE CHILE
LIMITADA/CEDIMED

MAT.: 1. Informa resultado de la
fiscalización del informe.

2. Instruye lo que indica bajo
apercibimiento.

SANTIAGO,

07. OCT. 2014

**DE: CARMEN MONSALVE BENAVIDES
JEFA SUBDEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

**A: LUZ VELÁSQUEZ BETANCUR
REPRESENTANTE LEGAL ACREDITA NORTE CHILE LIMITADA
AVENIDA ANTILHUE N°1202 -EDIFICIO DON IGNACIO -DEPTO. 317 -
ANTOFAGASTA -II REGIÓN**

Por el presente, adjunto para su conocimiento el Acta de Fiscalización emitida por esta Intendencia, con respecto al Informe de Acreditación presentado por la Entidad que usted representa y que corresponde a la evaluación del Prestador Institucional CEDIMED. El análisis consignado en dicha acta deja en evidencia errores, inconsistencias e incumplimientos a la normativa vigente, Circular IP N°21 de septiembre de 2012.

En consecuencia, se le instruye para que corrija el informe de acreditación en el plazo de 02 días hábiles a contar de la fecha de notificación del presente Ordinario, conforme al artículo 39, N°2 del reglamento del Sistema de Acreditación.

Se hace presente que, el informe requerido precedentemente, se enmarca dentro de las facultades fiscalizadoras de esta Intendencia, conforme al Artículo 126 del DFL N° 1 del 2005 y del citado reglamento y que su eventual incumplimiento podrá tenerse presente en lo que legal y administrativamente corresponda del desempeño de la función acreditadora para la que fue autorizada por esta Intendencia de Prestadores.

Sin otro particular, le saluda atentamente,

"Por orden del Intendente de Prestadores de Salud"



CARMEN MONSALVE BENAVIDES
JEFA SUBDEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Adjunta:

- ✓ Primera Acta de fiscalización del informe de acreditación, ACREDITA NORTE CHILE LIMITADA /CEDIMED, de fecha 07 de octubre de 2014.

JGM/SJS

DISTRIBUCIÓN:

- Representante Legal Acredita Norte Chile Limitada
- Expediente IP
- Archivo



MINISTERIO DE SALUD

www.gob.cl

supersalud.gob.cl

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

PRIMERA ACTA DE FISCALIZACIÓN DEL INFORME DE ACREDITACIÓN

Entidad Acreditadora (EA):
Representante legal EA:
Prestador evaluado:

ACREDITA NORTE CHILE LIMITADA
Luz Velásquez Betancur
CEDIMED

Evaluación en terreno: 25 de agosto de 2014
Emisión informe de acreditación: 02 de octubre de 2014
1° Acta de fiscalización del informe: 07 de octubre de 2014

I. ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS

ÁMBITO	CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN DE LAS OBSERVACIONES
Dignidad del Paciente	DP 1.1 Existe una definición de derechos explícitos, que se incorporan a las obligaciones jurídicas que la institución adquiere para con cada uno de sus pacientes, y que es informada por medios constatables a los pacientes que se atienden en el establecimiento.	Se requiere que corrija el nombre de la "Carta de derechos y deberes", ya que está descrita como: Carta de deberes y derechos.
Dignidad del Paciente	DP 1.2 El prestador institucional desarrolla actividades relacionadas con la gestión de reclamos.	Ítem Hallazgos: ✓ 2° EM, el documento está descrito dos veces. Debe eliminar el repetido. ✓ 3° EM, en el punto de verificación toma de muestras debe eliminar el adjetivo calificativo, "pequeña", de la sala de espera (Eso corresponde a un juicio). Ítem Consideraciones y fundamentos: Registra "Cumple: SI", y en Conclusiones señala: "No Cumple". <i>Debe corregir.</i>
Dignidad del Paciente	DP 2.1 Se utilizan documentos destinados a obtener el consentimiento informado del paciente en forma previa a la ejecución de los procedimientos de mayor riesgo.	Ítem Consideraciones y fundamentos: Registra "Cumple: SI", y en Conclusiones señala: "No Cumple". <i>Debe corregir.</i>
Gestión Clínica	GCL 2.2 Se realiza vigilancia de los eventos adversos (EA) asociados a la atención.	Ítem Hallazgos: 3° EM, la descripción del punto de verificación API es inconsistente con el resultado que registra en Consideraciones y fundamentos. Señala que no hay eventos centinela y, no obstante, registra "1". <i>Debe corregir lo que corresponda.</i>
Gestión Clínica	GCL 3.1 El prestador institucional cuenta con una estructura organizacional que es responsable de liderar las acciones de prevención y control de las IIH.	Ítem Hallazgos: Falta la descripción del 2° y 3° EM del en este ítem. En Consideraciones y fundamentos registra que no aplica. <i>Debe fundamentar esta determinación.</i>
Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	AOC 1.2 Se aplican procedimientos para asegurar la notificación oportuna de situaciones de riesgo, detectadas a través de exámenes diagnósticos en las áreas de Anatomía Patológica, Laboratorio e Imagenología.	Ítem Hallazgos: 1° EM, se solicita que describa los resultados críticos definidos por el prestador y que requieren de notificación.

ÁMBITO	CARACTERÍSTICA		DESCRIPCIÓN DE LAS OBSERVACIONES
Competencias del Recurso Humano	RH 1.2	Los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.	Ítem Consideraciones y fundamentos: En porcentaje obtenido registra "10", y en cumple "100%". <i>Debe corregir.</i>
Competencias del Recurso Humano	RH 2.2	El prestador institucional cuenta con programas de orientación que enfatizan aspectos específicos del funcionamiento de la Unidad relacionados con la seguridad de los pacientes y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la Unidad.	Ítem Hallazgos: 2° EM, en los puntos de verificación APE y APF es inconsistente con el resultado que registra en Consideraciones y fundamentos . Registra que no hay ingresos y otorga puntaje "1". <i>Debe revisar y corregir lo que corresponda.</i>
Competencias del Recurso Humano	RH 3.1	El prestador institucional incluye en su programa de capacitación la reanimación cardiopulmonar destinada al personal que participa en atención directa de pacientes.	Ítem Hallazgos: 1° EM, la descripción del documento no da cuenta de que el programa de capacitación incluya la reanimación cardiopulmonar.
Competencias del Recurso Humano	RH 4.1	El prestador institucional ejecuta un programa de control de riesgos a exposiciones.	Ítem Hallazgos: Debe completar el cuadro "Puntos de verificación que no aplican y ¿Por qué?", ubicado bajo el nombre de la característica. Consideraciones y fundamentos: No registra el resultado del 2° EM, del punto de verificación dirección. <i>Debe revisar el puntaje asignado a la característica.</i>
Registros	REG 1.1	El prestador institucional cuenta con ficha clínica única.	Ítem Hallazgos: 2° EM, en la metodología no hace referencia a cuál es el listado que le entregó el centro médico.
Servicios de Apoyo – Laboratorio Clínico	APL 1.3	El Laboratorio aplica procedimientos explícitos y evalúa sistemáticamente los procesos de las etapas analítica y post analítica.	Ítem Hallazgos: 4° EM, repite el punto de verificación Microbiología y no señala las otras áreas. <i>Debe revisar y completar.</i>
Servicios de Apoyo – Laboratorio Clínico	APL 1.4	El Laboratorio participa en un Programa de Control de Calidad Externo acorde a la normativa vigente.	Ítem Hallazgos: 2° EM, señala que no hay resultados insatisfactorios y en Consideraciones y fundamentos otorga puntaje "1". <i>Debe revisar.</i>
Servicios de Apoyo – Farmacia	APF 1.2	Existe una estructura organizacional de carácter técnico que define la adquisición de medicamentos e insumos.	Ítem Hallazgos: 4° y 5° EM, debe borrar la frase "Se respaldan los documentos en fotografías". No se requiere que describa la forma de respaldo que utilizó la EA.
Servicios de Apoyo – Farmacia	APF 1.4	Farmacia estandariza procedimientos relacionados con medicamentos y evalúa su cumplimiento en las diferentes Unidades Clínicas.	Ítem Hallazgos: 2° EM, describe indicador para punto de verificación Farmacia y la pauta de cotejo no lo solicita. <i>Debe corregir.</i> 4° EM, debe borrar la frase "Se respalda con fotografías la revisión de botiquines".
ITEM CONCLUSIONES	Revisar porcentaje de cumplimiento de las características que producto de la corrección del informe, sufran modificación.		
OBSERVACIONES GENERALES	Debe eliminar del formato de informe todas aquellas características que no le aplican al prestador, las que se encuentran consignadas en la páginas 2 y 3 del documento.		

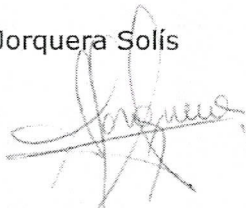
II. CONCLUSIÓN

La revisión y análisis de cada uno de los acápite del informe y sus componentes, da cuenta de inconsistencias que no permiten dar por aceptado el Informe de Acreditación correspondiente al Prestador Institucional CEDIMED.

Profesional Analista Unidad de Fiscalización en Acreditación IP

Sylvia Jorquera Solís

Firma:



Encargada de Unidad de Fiscalización en Acreditación IP

Jeannette González Moreira

Fecha VºBº - primera acta de fiscalización del informe: 7 de octubre de 2014

Firma:





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

ORD. IP / N° 2535

ANT.: 1. Informe de Acreditación de fecha 02/10/2014, emitido por ACREDITA NORTE CHILE LIMITADA/CEDIMED.

2. ORD. IP/N°2507, de fecha 07 de octubre de 2014.

MAT.: Instruye lo que indica bajo apercibimiento.

SANTIAGO, 09 OCT. 2014

**DE: BENEDICTO ROMERO HERMOSILLA
JEFE SUBDEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD (S)
SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

**A: LUZ VELÁSQUEZ BETANCUR
REPRESENTANTE LEGAL ACREDITA NORTE CHILE LIMITADA
AVENIDA ANTILHUE N°1202 -EDIFICIO DON IGNACIO -DEPTO. 317 -
ANTOFAGASTA -II REGIÓN**

Por el presente, adjunto para su conocimiento la segunda Acta de Fiscalización emitida por esta Intendencia, con respecto al Informe de Acreditación presentado por la Entidad que usted representa y que corresponde a la evaluación del Prestador Institucional CEDIMED. El análisis consignado en dicha acta deja en evidencia errores, inconsistencias e incumplimientos a la normativa vigente, Circular IP N°21 de septiembre de 2012.

En consecuencia, se le instruye para que corrija el informe de acreditación en el plazo de 01 día hábil a contar de la fecha de notificación del presente Ordinario, conforme al artículo 39, N°2 del reglamento del Sistema de Acreditación.

Se hace presente que, el informe requerido precedentemente, se enmarca dentro de las facultades fiscalizadoras de esta Intendencia, conforme al Artículo 126 del DFL N° 1 del 2005 y del citado reglamento y que su eventual incumplimiento podrá tenerse presente en lo que legal y administrativamente corresponda del desempeño de la función acreditadora para la que fue autorizada por esta Intendencia de Prestadores.

Sin otro particular, le saluda atentamente,

"Por orden del Intendente de Prestadores de Salud"



A large, stylized handwritten signature in black ink, which appears to read "Benedito Romero Hermosilla".

BENEDICTO ROMERO HERMOSILLA
JEFE SUBDEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD (S)
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Adjunta:

- ✓ Segunda Acta de fiscalización del informe de acreditación, ACREDITA NORTE CHILE LIMITADA/CEDIMED LTDA., de fecha 09 de octubre de 2014.

Handwritten initials "JGM/SJS" in black ink.

DISTRIBUCIÓN:

- Representante Legal Acredita Norte Chile Limitada
- Expediente IP
- Archivo





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

SEGUNDA ACTA DE FISCALIZACIÓN DEL INFORME DE ACREDITACIÓN

Entidad Acreditadora (EA): ACREDITA NORTE CHILE LIMITADA
Representante legal EA: Luz Velásquez Betancur
Prestador evaluado: CEDIMED LTDA.

Evaluación en terreno: 25 de agosto de 2014
Emisión informe de acreditación: 02 de octubre de 2014
1° Acta de fiscalización del informe: 07 de octubre de 2014
ORD. IP N°2507 (Instruye corrección del informe): 07 de octubre de 2014
Informe corregido: 09 de octubre de 2014
2° Acta de fiscalización del informe: 09 de octubre de 2014

I. ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS

ÁMBITO	CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN DE LAS OBSERVACIONES
Dignidad del Paciente	DP 1.1	Existe una definición de derechos explícitos, que se incorporan a las obligaciones jurídicas que la institución adquiere para con cada uno de sus pacientes, y que es informada por medios constatables a los pacientes que se atienden en el establecimiento. Falta corrección del nombre de la "Carta de derechos y deberes", en el segundo recuadro.
Competencias del Recurso Humano	RH 4.1	El prestador institucional ejecuta un programa de control de riesgos a exposiciones. Consideraciones y fundamentos: 2° EM en punto de verificación Dirección, asigna puntaje 1; y en API, asigna 0, lo que es inconsistente. <i>Debe revisar el puntaje asignado a la característica y corregir lo que corresponda.</i>
ITEM CONCLUSIONES	Revisar porcentaje de cumplimiento de la característica RH 4.1 si producto de la corrección del informe, sufre alguna modificación.	
OBSERVACIONES GENERALES	Debe eliminar del formato de informe todas aquellas características que no le aplican al prestador, las que se encuentran consignadas en la páginas 2 y 3 del documento. <i>La instrucción precedente se refiere a que las características que no aplican al prestador y que están consignadas en la tabla presentada en la página 2 y 3, las borre del formato de informe en los acápite de desarrollo, Hallazgos y Consideraciones y Fundamentos y solo deje las características que se evaluaron efectivamente.</i> No se solicita que borre la tabla, todo lo contrario, esta debe quedar, pues es donde se explicitan las características que no le aplicaron al prestador y que por lo tanto no aparecen en el desarrollo del informe.	

II. CONCLUSIÓN

La revisión y análisis de cada uno de los acápite del informe corregido y sus componentes, da cuenta de la persistencia de errores e inconsistencias que no permiten dar por aceptado el informe de acreditación correspondiente al Prestador Institucional CEDIMED LTDA.

Profesional Analista Unidad de Fiscalización en Acreditación IP

Sylvia Jorquera Solís

Firma:

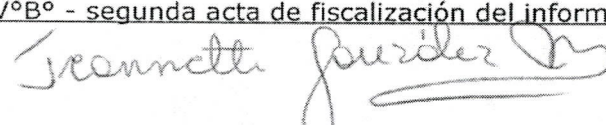


Encargada de Unidad de Fiscalización en Acreditación IP

Jeannette González Moreira

Fecha V°B° - segunda acta de fiscalización del informe: 9 de octubre de 2014

Firma:



Registro de Pagos

Número de solicitud: 289 Prestador: CEDIMED LTDA
 Estado: **Pagado** Arancel a Cancelar: 100,00 UTM (80,00 UTM Arancel + 20,00 UTM Recargo por Distancia)
 Pagado: 100,00
 Saldo: 0,00

Factura	Fecha Registro del Pago	Fecha Factura	Importe (UTM)	Devolución	Fecha Registro de Devolución	Fecha Devolución	Devolver	Eliminar
0117	18/07/2014	18/07/2014	60,00	<input type="checkbox"/>				
135	16/10/2014	16/10/2014	40,00	<input type="checkbox"/>				

Ingresar Pago

Nº Factura: Fecha Factura: Importe (UTM):

