



SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Intendencia de Prestadores

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

RESOLUCIÓN EXENTA IP/N° 1824

SANTIAGO, 14 SEP 2018

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 la Ley 19.880; 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 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; en la Resolución Exenta SS/N° 964, de 31 de mayo de 2017, en la Resolución Exenta SS/N°1278, de 8 de octubre de 2015 y en la Resolución Afecta SS/N° 67, de 14 de agosto de 2015;
- 2) La solicitud N° **1.313**, de 1 de mayo de 2018, del Sistema Informático de Acreditación de esta Superintendencia, mediante la cual don **Guillermo Callejas González**, en su calidad de representante legal, solicita la **acreditación** del prestador institucional denominado "**CENTRO DE DIÁLISIS NEFRODIAL ATACAMA**", ubicado en calle Infante N° 1.149, de la ciudad de Copiapó, Región del Atacama, para ser evaluado en función del **Estándar General de Acreditación para Centros de Diálisis**, aprobado por el Decreto Exento N° 34, de 2010, del Ministerio de Salud;
- 3) El Informe de Acreditación emitido con fecha 10 de agosto de 2018 por la Entidad Acreditadora "**ACREDITA SALUD LIMITADA**";
- 4) El Memorándum IP/N° 941-2018, de fecha 12 de septiembre de 2018, de la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia, mediante el cual informa que ha concluido el proceso de fiscalización del informe de acreditación relativo al prestador institucional referido y solicita emitir la presente resolución;

CONSIDERANDO:

- 1°.- Que, mediante el memorándum señalado en el numeral 4) de los Vistos precedentes, la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia, informa que, tras la competente fiscalización, efectuada de conformidad a lo previsto en el Ord. Circular IP/N° 1 de 2017, se ha constatado que el Informe de Acreditación, señalado en el N°3) de los Vistos precedentes, cumple con las exigencias reglamentarias 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;
- 2°.- Que, atendido el mérito de los antecedentes antes referidos, corresponde acceder a lo solicitado por la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia, declarar la adecuación normativa del informe recaído en el presente procedimiento de acreditación y, en consecuencia, ordenar al solicitante de acreditación el pago de la segunda cuota del Arancel correspondiente;

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

RESOLUCIÓN:

1° DECLÁRASE que el informe de acreditación señalado en el N° 3 de los Vistos precedentes, emitido por la Entidad Acreditadora "**ACREDITA SALUD LIMITADA**", respecto del prestador institucional denominado "**CENTRO DE DIÁLISIS NEFRODIAL ATACAMA**", ubicado en calle Infante N° 1.149, de la ciudad de Copiapó, Región del Atacama, cumple con las exigencias del inciso primero del Artículo 27 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud y demás normas que le son aplicables.

2° ORDÉNASE al prestador institucional señalado en el numeral anterior el pago de la segunda cuota del Arancel de Acreditación (80 UTM) a la entidad acreditadora "**ACREDITA SALUD LIMITADA**", en el plazo de 5 días hábiles, contado desde la notificación de la presente resolución, bajo apercibimiento de lo previsto en el inciso 5°, del Artículo 27, del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud.

3° NOTIFÍQUESE la presente resolución por carta certificada al solicitante de acreditación y al representante legal de la Entidad Acreditadora "**ACREDITA SALUD LIMITADA**".

REGÍSTRESE Y ARCHÍVESE



CARMEN MONSALVE BENAVIDES
INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD (S)
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.

BRH/JGM/CCV

Distribución:

- Solicitante de Acreditación (por correo electrónico y carta certificada)
- Representante Legal de la Entidad Acreditadora "**ACREDITA SALUD LIMITADA**" (por correo electrónico y carta certificada)
- Jefe Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud, IP (S)
- Encargada Unidad de Fiscalización en Calidad, IP
- Ing. Eduardo Javier Aedo, Funcionario Registrador, IP
- Abog. Camila Cabeza Vinet., IP
- Abog. Camilo Corral Guerrero., IP
- Expediente Solicitud de Acreditación
- Oficina de Partes
- Archivo