

SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Unidad de Adquisiciones
FPV/CCM/CSP/MUT/DGB/dgb
(tt)

**AUTORIZA TRATO DIRECTO PARA
LA PUBLICACIÓN EN EL DIARIO
OFICIAL LA CIRCULAR IF N°469,
DE FECHA 20 DE MAYO DE 2024, Y
APRUEBA CONDICIONES DE
COMPRA.**

RESOLUCIÓN EXENTA N°

699

SANTIAGO, 06 JUN 2024

VISTO: lo dispuesto en la Ley N° 21.640, que aprobó el presupuesto del Sector Público para el año 2024; en el artículo 109 y demás pertinentes del DFL N°1, de 2005, de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del DL N° 2763, de 1979, y de las Leyes N°18.933 y N°18.469; en el DFL N° 1/19.653 de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N°18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; en la Ley N°19.880 que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado; en la Ley N° 19.886 de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios y su Reglamento contenido en el Decreto Supremo N°250, de 2004, del Ministerio de Hacienda, y sus posteriores modificaciones; la Resolución N° 7 de 2019 y N° 14, de 2022, ambas, de la Contraloría General de la República; la Resolución Exenta SS/N° 653, del 3 de septiembre de 2020, sobre delegación de facultades; y la Resolución Exenta RA 882/136, del 20 de julio de 2023, de la Superintendencia de Salud, que renueva nombramiento en el cargo de alta dirección pública, en el cargo de Jefe del Departamento de Administración y Finanzas y,

CONSIDERANDO:

1° Que, mediante la Solicitud de Compras N°308, del 23 de mayo de 2024, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, ha solicitado la publicación en el Diario Oficial la Circular IF N°469, de fecha 20 de mayo de 2024.

2° Que, al momento de la búsqueda del requerimiento indicado en el considerando precedente, el servicio requerido no se encuentra disponible en el Catálogo Electrónico de Convenios Marco de la plataforma de la Dirección de Compras y Contratación Pública www.mercadopublico.cl, según certificación de fecha 3 de junio de 2024, efectuada por la jefatura de la Unidad de Adquisiciones.

3° Que, la Superintendencia de Salud requirió por Oficio Ordinario N°2086, de fecha 23 de mayo de 2024, dirigido al Director del Diario Oficial, la publicación en el mismo, de la ya citada Resolución Circular IF N°469.

4° Que, según lo dispuesto en el artículo 48, letra b) de la Ley N°19.880, que establece las Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, deberán publicarse en el Diario Oficial, los actos administrativos que interesen a un número indeterminado de personas.

5° Que, cabe tener presente por otro lado, lo establecido en la Resolución Exenta N°6.793, de 20 de agosto de 2013, que dispone que el Diario Oficial es un Departamento actualmente dependiente de la Subsecretaría de Interior.

6° Que, en virtud de lo anterior, se estima que existen las circunstancias o características que hacen indispensable recurrir al mecanismo de trato directo, conforme a lo dispuesto en el artículo 8 letra d) de la Ley N°19.886, de 2003, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministros y Prestación de Servicios, y el artículo 10° número 4, de su Reglamento, esto es: *"si solo existe un proveedor del bien o servicio"*.

7° Que, además, existe disponibilidad presupuestaria para la contratación descrita, por lo que dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1° AUTORIZÁSE el trato directo para la publicación en el Diario Oficial de la Circular IF/N° 469, de fecha 20 de mayo de 2024, con la **SUBSECRETARÍA DEL INTERIOR, RUT N° 60.501.000-8**, por la suma total de \$437.940.- (cuatrocientos treinta y siete mil novecientos cuarenta pesos), impuesto incluido, según factura N°192617, de fecha 30 de mayo de 2024.

2° APRUÉBENSE las siguientes condiciones de compra para la contratación que da cuenta el resuelvo anterior y cuyo texto es del siguiente tenor:

**CONDICIONES DE COMPRA
PUBLICACIÓN EN EL DIARIO OFICIAL DE LA CIRCULAR IF/N°469, DE FECHA 20 DE
MAYO DE 2024
SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

1. OBJETIVO

Dar publicidad a la Circular IF/N° 469, de fecha 20 de mayo de 2024.

2. DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

Contratar la publicación de la Circular IF/N°469, de fecha 20 de mayo de 2024, en el Diario Oficial. El documento deberá ser devuelto a esta Institución, en el evento que su emisión no sea electrónica, a fin de permanecer en los archivos de la Superintendencia.

3. PRESUPUESTO Y FORMA DE PAGO

Los gastos de esta actividad serán imputados en el ítem 22-07-001, servicios de publicidad, del presupuesto vigente aprobado para esta Institución.

La facturación de esta publicación deberá ser emitida a:

SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Unidad de Adquisiciones

Nombre: Superintendencia de Salud

Rut: 60.819.000-7

Giro: Fiscalizador

Dirección: Av. Libertador Bernardo O'Higgins N° 1449, Local 12, Torre II, Santiago.

Teléfono: 28369000

Al emitir el documento tributario, deberá enviar el formato XML a dipresrepcion@custodium.com.

El pago de los servicios será realizado por la Tesorería General de la República dentro de los 30 días siguientes a la fecha de emisión de la factura.

3° EMÍTASE la respectiva Orden de compra a través del sistema de información <http://www.mercadopublico.cl>, para la contratación y posterior pago de los servicios de publicación que por este acto se aprueban.

4° IMPÚTESE el gasto al siguiente ítem del presupuesto vigente aprobado para esta Institución:

22-07-001 SERVICIOS PUBLICITARIOS

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE EN SISTEMA DE INFORMACIÓN

"POR ORDEN DEL SUPERINTENDENTE"



RODRIGO SIERRA CONTRERAS
JEFE DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

se *clm*
EPV/CCM/CGP/MUT/DGB/dgb
(tt)

Distribución

- Subdepto. de Finanzas y Contabilidad
- Subdepto. de Administración
- Unidad de Adquisiciones
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Oficina de Partes

SUBSECRETARIA DEL INTERIOR

ACTIVIDADES DE LA ADMINISTRACION

Dr. Torres Boonen #511 - Providencia
Santiago

R.U.T.: 60.501.000-8

FACTURA ELECTRÓNICA

N° 192617

S.I.I - SANTIAGO CENTRO

Señor (es) : SUPERINTENDENCIA DE SALUD	Comuna : Santiago	Cod. Cliente : 60819000
Direccion : AV.L.B.OHIGGINS N°1449 LOCAL 12 TORRE II	Ciudad : Santiago	
R.U.T. : 60.819.000-7	Forma De Pago : Crédito	Contacto : 2497879
Giro : GOBIERNO CENTRAL	Fecha Emis. : 30 MAYO 2024	Fecha Venc. : 29 JUNIO 2024

N°	Cantidad	Unidad	Código	Descripción	Precio	Desc/Recargo	Total
1	1	UN	DONGCIR	CIRCULAR PUBLICADO EL 29/05/2024 **CVE: 2497879	368.017		368.017

Observaciones

Montos Totales		
Monto Neto	\$	368.017
Monto I.V.A.	\$	69.923
Monto Total	\$	437.940

Totales en Otra Moneda		
PESO CL	\$	1
Monto Neto	\$	368.017
Monto I.V.A.	\$	69.923
Monto Total	\$	437.940



Timbre Electrónico SII

Res. del

Verifique documento: www.sii.cl

ACEPTA

Traza

Factura N° 192617

2024-05-30

Datos del documento:

Emisor:

60501000-8 SUBSECRETARIA DEL INTERIOR
dipresrepcion@custodium.com

Receptor:

60819000-7 SUPERINTENDENCIA DE SALUD
dipresrepcion@custodium.com

Evento		Fecha	Observaciones
ACEPTA (3)			
Emisión	i	2024-05-31 16:31:52	
Timbre y Firma	i	2024-05-31 16:24:55	
Publicado	●	2024-05-31 16:31:45	
SII (2)			
Aceptado por SII	●	2024-05-31 16:31:45	Glosa: DTE Recibido (DOK)
Fecha Recepcion SII	i	2024-05-31 16:27:51	Fecha Consultada en SII (consultarFechaRecepcionSii)
Intercambio (2)			
Procesado por el receptor	●	2024-05-31 16:31:45	Emite: dipresrepcion@custodium.com
Recibido por el receptor	●	2024-05-31 16:31:45	Recibe: dipresrepcion@custodium.com Glosa: DTE Recibido (0)
Controller (8)			
No Aplica Regla RECIBIDOS - [RECLAMA RECIBIDOS NO SII 2 DIAS]	i	2024-05-31 16:31:45	FILTROS: <ul style="list-style-type: none">No Aplica: Fecha Recepción SII 2024-05-31 < a Fecha Recepcion 2024-05-29 ACCIONES: Ninguna
No Aplica Regla RECIBIDOS - [RECLAMA NO RECIBIDOS 72hrs]	i	2024-05-31 16:31:45	FILTROS: <ul style="list-style-type: none">Rut Emisor OK lista no incluidosNo Aplica: Evento Igual A Documento No Recibido En Acepta ACCIONES: Ninguna
Aplica Regla EVENTO_RECIBIDOS - [aceptado_sii]	i	2024-05-31 16:33:41	FILTROS: <ul style="list-style-type: none">No Aplica: Evento Igual A Aceptado Con Reparos Por El SiiAplica: Evento Igual A Aceptado Por El Sii ACCIONES: Ninguna NOTIFICACIONES: efespinoza@superdesalud.gob.cl fpalacios@superdesalud.gob.cl gnunez@superdesalud.gob.cl murrutia@superdesalud.gob.cl notif_SGDTE@dipres.gob.cl

Evento		Fecha	Observaciones
Aplica Regla EVENTO_RECIBIDOS - [documento_no_atrasado]	i	2024-05-31 16:35:33	FILTROS: <ul style="list-style-type: none"> • Aplica: Fecha Recepción SII 2024-05-31 >= a Fecha Recepcion 2024-05-29 ACCIONES: Ninguna NOTIFICACIONES: efespinoza@superdesalud.gob.cl fpalacios@superdesalud.gob.cl gnunez@superdesalud.gob.cl murrutia@superdesalud.gob.cl notif_SGDTE@dipres.gob.cl
Aplica Regla EVENTO_RECIBIDOS - [oc_chilecompra_nk]	i	2024-05-31 16:37:25	FILTROS: <ul style="list-style-type: none"> • Aplica: Referencia No Contiene Orden De Compra (801) ACCIONES: Ninguna NOTIFICACIONES: efespinoza@superdesalud.gob.cl fpalacios@superdesalud.gob.cl gnunez@superdesalud.gob.cl murrutia@superdesalud.gob.cl notif_SGDTE@dipres.gob.cl
Aplica Regla EVENTO_RECIBIDOS - [ok_lista_blanca]	i	2024-05-31 16:39:27	FILTROS: <ul style="list-style-type: none"> • Aplica: Monto Total Mayor A 0 • Aplica: Proveedor Si_Incluye Lista_Blanca ACCIONES: Ninguna NOTIFICACIONES: efespinoza@superdesalud.gob.cl fpalacios@superdesalud.gob.cl gnunez@superdesalud.gob.cl murrutia@superdesalud.gob.cl notif_SGDTE@dipres.gob.cl
Aplica Regla EVENTO_RECIBIDOS - [proceso_completitud]	i	2024-05-31 16:40:23	FILTROS: <ul style="list-style-type: none"> • Aplica: Monto Total Mayor A 0 ACCIONES: Ninguna NOTIFICACIONES: efespinoza@superdesalud.gob.cl fpalacios@superdesalud.gob.cl gnunez@superdesalud.gob.cl murrutia@superdesalud.gob.cl notif_SGDTE@dipres.gob.cl
No Aplica Regla RECIBIDOS - [RECLAMA RECIBIDOS NO SII 2 DIAS]	i	2024-06-02 16:27:51	FILTROS: <ul style="list-style-type: none"> • Aplica: Fecha Recepción SII 2024-05-31 < a Fecha Recepcion 2024-05-31 • No Aplica: Evento Igual A Aceptado Por El Sii Y Rechazado Por El Sii ACCIONES: Ninguna

Formulario de Recepción Conforme

N° de Formulario 3758 Estado ENVIADO FINANZAS Fecha 05-06-2024 10:20:27

ORDEN DE COMPRA	RAZÓN SOCIAL
Código 180 Año 2024	60.501.000-8 DIARIO OFICIAL
BIEN O SERVICIO RECIBIDO	FUNCIONARIO/A SOLICITANTE
Publicacion Diario Oficial Circular IF N°469	SYLVIA CATALINA DE LA PAZ RAMIREZ
FUNCIONARIO/A DERIVADO/A	SOLICITUD DE COMPRA
OSVALDO ALEJANDRO VARAS SCHUDA	Solicitud 308 Año 2024

RECEPCION CONFORME	OBSERVACION GENERAL
<input checked="" type="radio"/> Total <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Rechazo	ok

Detalle Orden de Compra		
Cantidad	Detalle	Valor
1	Publicación en Diario Oficial Circular IF N°469 de 20 de mayo de 2024.	437.940,00
		Total 437.940,00

MERCADO PÚBLICO	ID Ord. Compra:	601-159-SE24	ID Licitación	Sin Licitacion
ACTO ADMIN. APROBATORIO	N° Resolución	S/Num. Res.	Fecha. Resolución	01-01-1900

INFORMES DEL PROVEEDOR (ADJUNTOS)
 NINGUNO PREVISIONALES TÉCNICOS OTROS

DOCUMENTOS Y OBSERVACIONES

Observacion	Funcionario	Archivos
PUBLICACIÓN DIARIO OFICIAL 29/05/2024 AGRADECEREMOS APROBAR O RECHAZAR FACTURA, ADJUNTA EN LA PARTE INFERIOR DEL FORMULARIO	SYLVIA CATALINA DE LA PAZ RAMIREZ SYLVIA CATALINA DE LA PAZ RAMIREZ	

Recibe Conforme Cuota N°	1	Total N° de Cuotas	1	SI ES COMPRA INDICAR 1 DE 1	Mes del Servicio	Mes JUNIO	Año 2024
---------------------------------	---	---------------------------	---	-----------------------------	-------------------------	--------------	-------------

Fecha	Descripción	Nombre Completo	Aprobado
2024-06-05 10:20:28	Derivado a OSVALDO ALEJANDRO VARAS SCHUDA	SYLVIA CATALINA DE LA PAZ RAMIREZ	
2024-06-05 18:23:42	Recepción Conforme Terminada	OSVALDO ALEJANDRO VARAS SCHUDA	
2024-06-06 09:27:16	Ingresa Informacion de factura, derivada a OSVALDO ALEJANDRO	SYLVIA CATALINA DE LA PAZ RAMIREZ	
2024-06-06 13:41:58	VB Factura OK	OSVALDO ALEJANDRO VARAS SCHUDA	
2024-06-06 13:59:04	ENVIADO A FINANZAS	SYLVIA CATALINA DE LA PAZ RAMIREZ	

En caso de no cumplimiento del plazo definido para la entrega de la recepción conforme, el responsable debe adjuntar los antecedentes que respalden el retraso. Se extiende el presente informe para continuar con el proceso de facturación y pago correspondiente a la contratación de los bienes y/o servicios detallados.

Numero	Tipo	Archivo
192617	FEA	

VºBº
CONTRAPARTE TÉCNICA
 Documento Aprobado

Re: SOLICITA Disponibilidad Presupuestaria N°308 Publicación Diario Oficial/ 601-159-SE24 📄

Daniel Muñoz a Danko Gutierrez

04/06/2024 08:47

Subdepto. de Finanzas y Contabilidad, "Unidad de Adquisiciones"

Muy buenos días.

Adjunto lo solicitado

ORDEN DE COMPRA	CUENTA	RUT	PROVEEDOR	REQUERIMIENTO	COMPROMISO	VALOR COMPROMETIDO
601-159-SE24	2207001	60501000-8	SUBSECRETARIA DEL INTERIOR	11	394	\$ 437.940

Saludos

Daniel Muñoz Matus

Subdepartamento Finanzas y Contabilidad
Departamento de Administración y Finanzas

Superintendencia de Salud | Ministerio de Salud | Gobierno de Chile
(t) +562 2836 9306

*Piensa en tu compromiso y responsabilidad con el medio ambiente antes de imprimir este correo.
La información transmitida por esta vía es de carácter privado y confidencial.*

Danko Gutierrez

Hola, buenas tardes. Favor dar disponibilidad presu...

03/06/2024 16:39:05

De: Danko Gutierrez/Superintendencia de Salud
Para: Daniel Muñoz/Superintendencia de Salud@superdesalud, Subdepto. de Finanzas y Contabilidad
cc: "Unidad de Adquisiciones" <Unidad_de_Adquisiciones@superdesalud.gob.cl>
Fecha: 03/06/2024 16:39
Asunto: SOLICITA Disponibilidad Presupuestaria N°308 Publicación Diario Oficial/ 601-159-SE24

Hola, buenas tardes.

Favor dar disponibilidad presupuestaria N°308 y asignar folio SIGFE para la orden de compra N° **601-159-SE24**

Se adjunta orden de compra y solicitud de compra.

[anexo 601-159-SE24.pdf eliminado por Daniel Muñoz/Superintendencia de Salud] [anexo SOL 308.pdf eliminado por Daniel Muñoz/Superintendencia de Salud]

Danko Gutiérrez Benítez.

Analista de Compras

Unidad de Adquisiciones

Departamento de Administración y Finanzas

Solicitud de Compra

Datos Solicitud

N° Solicitud: 308	Prioridad: Simple		
Emitido por:	PAOLA ANDREA CARDENAS PAVEZ		
Unidad Emisora:	605 INTENDENCIA DE FDOS.Y SEGUROS PREVISIONALES DE SALUD		
Fecha Emisión:	23-05-2024		
Motivo:	Publicación en Diario Oficial Circular IF N°469 de 20 de mayo de 2024.		
Tipo Moneda:	Pesos Chileno (CLP)		
Fecha Asignación:	24-05-2024 17:03		
Observación presupuestaria: (uso exclusivo presupuesto)	publicacion diario oficial		
		V° B° Finanzas Certificación de Disponibilidad Presupuestaria. <input checked="" type="checkbox"/>	

Detalle:

#	Cantidad	Bien o Servicio	Valor	Total	Ítem Presupuestario
1	1	Publicación en Diario Oficial Circular IF N°469 de 20 de mayo de 2024.	1	1	22007001
Total 1 CLP					

Observaciones

Fecha	Nombre Responsable	Observacion	Archivo
24-05-2024 17:02	MARCELA PAZ URRUTIA TOLEDO	Estimado Danko, favor gestionar requerimiento de acuerdo a lo que se informa. Una vez valorizado el servicio, solicitar CDP n° 308 al Subdepto. de Finanzas y dejarlo en carpeta del proceso. Corresponde generar TD proveedor único. Es PAC, muchas gracias.	

Seguimientos

Fecha	Emisor	Estado
24-05-2024 17:03	MARCELA PAZ URRUTIA TOLEDO	ASIGNADO A EJECUTIVO DE COMPRAS DANKO ALEJANDRO GUTIERREZ BENITEZ
23-05-2024 16:05	RODRIGO MANUEL SIERRA CONTRERAS	DERIVADO PARA REVISION A MARCELA PAZ URRUTIA TOLEDO
23-05-2024 11:50	FEE GRACIELA PALACIOS VILLEGAS	DERIVADO PARA REVISION A RODRIGO MANUEL SIERRA CONTRERAS
23-05-2024 10:46	OSVALDO ALEJANDRO VARAS SCHUDA	DERIVADO PARA REVISION A FEE GRACIELA PALACIOS VILLEGAS

SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales
Subdepartamento de Regulación

CIRCULAR IF/N°

469

Santiago,

20 MAY 2024

INTRODUCE AJUSTES AL FORMULARIO DE CONSTANCIA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE GES Y AL PROCESO DE NOTIFICACIÓN

En ejercicio de las atribuciones conferidas a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, especialmente las contenidas en los artículos 110 N° 2, 114 y 115 N° 1, ambos del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud; lo dispuesto en los artículos 24 y 29 de la Ley N° 19.966; en el artículo 8 bis de la Ley N° 21.258; y en los artículos 24 y 25 del Decreto N° 136, de 2005, del citado Ministerio, se imparten las siguientes instrucciones.

I. INTRODUCCIÓN

El 13 de febrero del presente año, se publicó en el Diario Oficial la Ley N° 21.656, que incorporó a la Ley N°21.258 (Ley del Cáncer) un nuevo artículo 8° bis, que consagra el derecho al olvido oncológico, con el objetivo de garantizar que en Chile las personas que hayan padecido y sobrevivido al cáncer, no sufran discriminación financiera luego de superada la enfermedad.

Por su parte mediante Circular IF/N° 461, de fecha 29 de febrero de 2024, esta Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, impartió instrucciones relativas al Formulario de Constancia de Información al Paciente GES, agregando nuevos casilleros al campo denominado "INFORMACIÓN MÉDICA", con el fin de registrar cada una de las intervenciones sanitarias contempladas en un problema de salud garantizado, cuyos hitos pudiesen ser de utilidad para una eventual aplicación de los plazos establecidos por la mencionada Ley 21.656.

Posteriormente, con fecha 15 de abril del año en curso, se dictó por esta Intendencia la Circular IF/N° 464, que instruyó a las isapres dar aplicación en el ámbito del contrato de salud a lo dispuesto en el artículo 8° bis de la Ley 21.258.

Al respecto, atendido que la finalidad tenida a la vista por este Organismo, al momento de dictar la Circular IF/N° 461, en lo que se refiere a la emisión del formulario cada vez que existiera un cambio de intervención sanitaria, fue la de determinar los hitos que pudieran ser de utilidad en la aplicación del derecho al olvido oncológico consagrado en la citada Ley, es que resulta necesario ajustar la normativa, con el objeto de facilitar su aplicación práctica y que cumpla efectivamente con su propósito inicial.

En ese sentido, se ha estimado pertinente modificar las instrucciones previamente emitidas, estableciendo la obligación del profesional de la salud, de emitir el formulario para los cambios de intervención sanitaria, únicamente para los casos de problemas de salud garantizados de patologías oncológicas, esto con el fin de no generar una

sobrecarga de tareas administrativas en la Red sanitaria, producto de la extensión de dicha exigencia a problemas de salud respecto de los cuales no es aplicable el mencionado derecho al olvido.

Asimismo, se ajustará el Formulario, eliminando cierta información que se considera prescindible, con el fin de optimizar su llenado por parte de los y las profesionales de la salud, siempre asegurando que cumpla con su finalidad de informar debidamente a las personas beneficiarias.

Finalmente, con el propósito de facilitar a los prestadores de salud la conservación de los formularios que hubiesen sido llenados manualmente y de garantizar su disponibilidad ante eventuales fiscalizaciones que pudiera realizar este Organismo, se establecerá de manera expresa la posibilidad de almacenar de forma digital dichos documentos.

II. OBJETIVO

Ajustar el procedimiento de notificación al paciente GES, estableciendo la obligación de la persona profesional de la salud, de emitirlo para los cambios de intervención sanitaria, únicamente en aquellos casos de patologías oncológicas con el fin de facilitar la determinación de hitos que pudiesen ser de utilidad para la aplicación del derecho al olvido oncológico consagrado en la Ley N° 21.258 (Ley del Cáncer). Asimismo, se establece expresamente la autorización a los prestadores de salud de almacenar digitalmente los formularios que hubiesen sido llenados de forma manual.

III. MODIFICA LA CIRCULAR IF/N°77, DEL 25 DE JULIO DE 2008, QUE CONTIENE EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE BENEFICIOS.

1.- En el Capítulo VI "de las Garantías Explícitas en Salud GES", Título IV "Normas Especiales para Prestadores", se modifica el numeral 1. "Obligación de los Prestadores de Entregar Información Relacionada con las GES", quedando de la siguiente manera:

"1. Obligación de los Prestadores de informar a las personas beneficiarias de su derecho a las GES

1.1.- Obligación de informar

En conformidad a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes, los prestadores de salud deben informar, tanto a sus pacientes beneficiarios del Fonasa como de las isapres, de las siguientes circunstancias:

a) Que se ha confirmado un problema de salud contenido en las Garantías Explícitas en Salud (GES).

En el caso de las patologías oncológicas, se deberá informar, todas las intervenciones sanitarias que contemple el problema de salud garantizado, al inicio de dicha intervención, a través de la emisión de un nuevo formulario.

b) El momento a partir del cual tienen derecho a tales garantías; y

c) Que para tener derecho a las prestaciones garantizadas deberán atenderse a través de la Red de Prestadores que les corresponda.

1.1.1.-Obligación de contar con un Procedimiento de notificación de las GES

Requisitos mínimos que debe contener el Procedimiento de Notificación GES de uso obligatorio para todos los prestadores públicos y privados.

Todo establecimiento de salud, privado y público, debe desarrollar y mantener un procedimiento escrito **que detalle el proceso de notificación al paciente de un problema de salud garantizado. Dicho procedimiento debe contener como mínimo lo siguiente:**

- Título.
- Número y fecha de la versión.
- Nombre y firma de las personas que revisaron y aprobaron el procedimiento.
- Nombre de quién realiza el control del procedimiento.
- Distribución.
- Objetivo y alcance.
- Definiciones, terminología y referencias.
- Responsable de cada actividad o tarea.
- Flujo del proceso: Problemas de Salud que corresponde notificar en el establecimiento; responsable de la notificación según Problema de Salud; oportunidad para realizar la notificación GES; registro de la notificación al paciente; entrega del formulario GES e información al paciente sobre la gestión a realizar una vez notificado; almacenamiento de copia; respaldo de gestión, etc.
- Anexos con los Problemas de Salud vigentes.
- Controles periódicos del procedimiento.
- Indicadores. Se debe crear como mínimo un indicador que sea medido a lo más cada tres meses.
- El procedimiento escrito debe ser difundido por el Establecimiento de Salud a todos sus funcionarios.
- El procedimiento debe contener al menos un control mínimo para la notificación oportuna y correcta.
- Los prestadores deberán realizar capacitaciones en temáticas GES, que incluyan el proceso de notificación al paciente GES, con una frecuencia mínima anual, pudiendo ser impartida por personal interno o externo y que forme parte del Programa de Capacitación del Centro de Salud.
- Los prestadores deberán realizar actividades de difusión de las garantías dirigidas a los usuarios, pudiendo apoyarse en los medios impresos y/o tecnológicos que les parezcan pertinentes. Por ejemplo, se pueden utilizar las infografías publicadas en el sitio web de la Superintendencia de Salud.

1.2.- Constancia escrita en el "Formulario de Constancia de Información al Paciente GES"

a) Generalidades

Del cumplimiento de la obligación de informar señalada en el punto 1.1 precedente, el prestador dejará constancia en el "Formulario de Constancia de Información al Paciente GES", en adelante "el Formulario", contenido en el Anexo N° 3 del presente Capítulo, el que se encuentra disponible en la página Web de la Superintendencia de Salud.

El Formulario podrá ser confeccionado por el prestador en soporte de papel o en formato electrónico y ambos deben contener los mismos datos.

El Formulario como documento electrónico debe cumplir con los atributos de autenticidad, integridad, no repudio, confidencialidad y seguridad.

El Formulario debe contener la información completa sobre los datos personales del paciente GES que permitan contactarlo para efectos de hacer el seguimiento que corresponda, respecto de la patología que lo afecta.

El Formulario deberá ser firmado en dos ejemplares, por el prestador de salud y por la persona beneficiaria o por quien la represente, y una copia del instrumento le será entregada a esta última en el mismo acto, la que deberá indicar claramente el día y la hora de notificación.

Tratándose de un Formulario electrónico, una vez suscrito se deberá entregar a la persona beneficiaria o a su representante, una copia del mismo, a través de un medio idóneo.

El formato del Formulario no podrá ser alterado ni contener distintivos del prestador.

El citado documento deberá llenarse con la misma fecha que el profesional determinó la intervención sanitaria correspondiente y todos los campos consultados deberán ser debidamente llenados.

b) Conservación

El prestador debe conservar las copias de los Formularios que queden en su poder, ya sea que se hayan emitido en forma física o electrónica, a fin de ponerlas a disposición de esta Superintendencia al momento de la fiscalización del cumplimiento de las instrucciones impartidas en este Título.

Los prestadores de salud deberán conservar dichos documentos por un período de a lo menos quince años, siendo estos responsables de la reserva de su contenido, en los términos establecidos en los artículos 12 y 13 de la Ley 20.584.

En el caso de Formularios emitidos en formato papel, los prestadores de salud podrán mantener copias digitales de los mismos, para efectos de acreditar el cumplimiento de la obligación de informar.

c) Contenido y llenado del Formulario

El campo "NOMBRE SOCIAL" del Formulario se refiere al nombre con el cual se identifica la persona, dada su identidad de género (trans o intersex), de forma independiente a su nombre legal (registrado en la cédula de identidad). Si la persona trans o intersex no pide voluntariamente ser identificada con su nombre social, se le debe preguntar cómo prefiere ser inscrita y tratada.

El campo denominado "INFORMACIÓN MÉDICA", contiene la identificación del Problema de Salud GES y la casilla de "Confirmación", información que deberá ser llenada por la persona profesional de la salud, cuando se efectúe la confirmación de uno o más problemas de salud contenidos en las Garantías Explícitas en Salud.

Tratándose de problemas de salud garantizados que correspondan a patologías oncológicas, la persona profesional de la salud emitirá el formulario cada vez que la persona beneficiaria inicie y cambie de intervención sanitaria, registrando el nombre del problema de salud y marcando la casilla que corresponda a dicha intervención, en el apartado "PROBLEMA DE SALUD GES ONCOLÓGICO", contenido en el campo "INFORMACIÓN MÉDICA".

Al respecto, aun cuando la sospecha figure en algunos problemas de salud incluida en la intervención sanitaria de "Diagnóstico" como por ejemplo en el problema de salud N°8, "Cáncer de mama en personas de 15 años y más", si el problema de salud la considera como hito garantizado, deberá registrarse e informarse en la casilla "Sospecha".

A modo ilustrativo, la intervención sanitaria de "Confirmación y Etapificación" del problema de salud N° 70 "Cáncer colorectal" en personas de 15 años y más, se informará en las casillas de "Confirmación" y "Etapificación" de manera simultánea.

Por otra parte, en el caso de los problemas de salud N° 28 "Cáncer de próstata en personas de 15 años y más"; N°83 "Cáncer renal en personas de 15 años y más"; y N°84 "Mieloma múltiple en personas de 15 años y más", se informará la "Etapificación" únicamente en la casilla respectiva.

La etapa de "Tamizaje" no requerirá de notificación a través del Formulario, como ocurre en el caso del problema de salud N°3 "Cáncer cervicouterino en personas de 15 años y más". Sin embargo, en este caso, si el resultado del examen "tamizaje" determina una sospecha del problema de salud, se informará la "sospecha" únicamente en la casilla respectiva.

d) Uso en teleconsulta

En la modalidad de teleconsulta, en el campo "TOMÉ CONOCIMIENTO (firma o huella dactilar del paciente o representante)" del Formulario, el profesional deberá registrar el medio a través del cual el paciente o su representante tomó conocimiento para su trazabilidad.

En caso de indicarse las casillas "correo electrónico" o "carta certificada", para efectos de acreditar el cumplimiento de la obligación de notificar, los prestadores, junto con el formulario emitido, deberán conservar la copia del correo electrónico remitido o la certificación respectiva. De igual manera, en caso de utilizarse un medio alternativo, habrá de dejarse constancia de aquello en la casilla "otros", debiendo el prestador estar en condiciones de acreditar, en cualquier momento y a través de un medio idóneo, la realización de la notificación.

En caso de corresponder dicho medio alternativo a un sistema de tipo electrónico, deberá ceñirse a las exigencias y disposiciones generales contenidas en este Título, respecto del formulario electrónico.

1.3.- Personas facultadas para confeccionar y firmar el Formulario

a) Las personas facultadas para firmar el Formulario serán el o la persona beneficiaria a quien se le notifica un problema de salud GES o su representante. También serán las facultadas para firmar el resto de etapas que se le notifiquen, en el caso de las patologías oncológicas.

Por su parte, podrá firmar la persona que notifica dicha patología, esta última en representación del establecimiento de salud, clínica, hospital o consultorio, y que puede ser el o la médico tratante, enfermera o enfermero u otra persona autorizada por el establecimiento de salud para la respectiva notificación.

b) El Formulario en soporte en papel deberá ser suscrito mediante la firma manuscrita del prestador o de la persona que actúe en su representación y la firma manuscrita o huella dactilar del paciente o quien lo represente.

El Formulario electrónico deberá ser suscrito por el prestador de salud y por el paciente o por quien lo represente mediante una firma electrónica, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 19.799."

2. En el Capítulo VI "de las Garantías Explícitas en Salud GES", Anexo N°3, se modifica el Formulario de Constancia de Información al Paciente GES, quedando de la siguiente manera:

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES
(Artículo 24°, Ley 19.966)

DATOS DEL PRESTADOR

INSTITUCIÓN (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.): _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____
NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA: _____
RUN: _____

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE LEGAL: _____
NOMBRE SOCIAL: _____
RUN: _____ PREVISIÓN: _____ FONASA _____ ISAPRE
DOMICILIO _____ COMUNA _____ REGIÓN _____
N° TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

INFORMACIÓN MÉDICA

PROBLEMA DE SALUD GES: _____
 Confirmación

PROBLEMA DE SALUD GES ONCOLÓGICO: _____
 Sospecha Confirmación Etapificación Tratamiento Seguimiento Rehabilitación

TIPO ATENCIÓN

Presencial Teleconsulta

CONSTANCIA:

Tomó conocimiento que tengo derecho a acceder a las Garantías Explícitas en Salud, en la medida que me atienda en la red de Prestadores que asigne el Fonasa o la Isapre, según corresponda.

FECHA Y HORA DE NOTIFICACIÓN: _____

INFORMÉ PROBLEMA SALUD GES
(Firma de persona que notifica)

TOMÉ CONOCIMIENTO
(Firma o huella dactilar del paciente o representante)

En la modalidad de **TELECONSULTA**, en ausencia de firma o huella, se registrará el medio a través del cual el paciente o su representante tomó conocimiento:

Correo electrónico carta certificada otros (indicar) _____

En caso que la persona que tomó conocimiento no sea el paciente, identificar:

NOMBRE: _____ RUN: _____
N° TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

IMPORTANTE:

Tenga presente que si no se cumplen las garantías usted puede reclamar ante Fonasa o la Isapre, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, usted puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

IV. VIGENCIA

Las disposiciones de la presente Circular entrarán en vigencia a partir del día 3 de junio de 2024.

V. DISPOSICIÓN TRANSITORIA

Sin perjuicio de la vigencia establecida en el numeral anterior, se autoriza a los prestadores de salud a seguir utilizando el formato de formulario que hubieren implementado en cumplimiento de lo instruido por las Circulares IF/N° 451 de fecha 13 de diciembre de 2023 y 461 de fecha 2 de febrero de 2024, hasta el día 31 de diciembre de 2024.


OSVALDO VARAS SCHUDA
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD




KBM/SAQ/CTU

Distribución:

- Ministerio de Salud *
- Directores de Servicios de Salud
- Seremis de Salud
- Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Asociación de Clínicas- Asociación de Clínicas y Prestadores de Salud Privados A.G.
- Director Fondo Nacional de Salud .
- Asociación de Isapres .
- Gerentes Generales de Isapres *
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Subdepto. de Fiscalización de Beneficios
- Unidad de Gestión de Garantías en Salud
- Subdepto. de Regulación
- Oficina de Partes

Correlativo 9.287-2024



Rut : 60.819.000-7
Dirección : Av. Libertador Bdo O'Higgins N°1449
Demandante : Torre 2, Piso 5, Stgo
Teléfono : 56-2-8369470

Demandante : SUPERINTENDENCIA DE SALUD
Unidad de Compra : Superintendencia de Salud
Fecha Envío OC. : 10-06-2024 16:08:49
Estado : Recepcion Conforme

ORDEN DE COMPRA N°: 601-159-SE24

SEÑOR (ES) : SUBSECRETARIA DEL INTERIOR
RUT : 60.501.000-8

NOMBRE ORDEN DE COMPRA : Publicacion Diario Oficial Circular IF N°469
FECHA ENTREGA PRODUCTOS :
DIRECCION DE ENVIO FACTURA : Av. Libertador Bdo O'Higgins N°1449 Santiago Centro Región Metropolitana de Santiago
Torre 2, Piso 5, Stgo
DIRECCION DE DESPACHO : Av. Libertador Bdo O'Higgins N°1449 Santiago Centro Región Metropolitana de Santiago
Torre 2, Piso 5, Stgo
METODO DE DESPACHO : Despachar a Dirección de envío
FORMA DE PAGO : 30 días contra la recepción conforme de la factura

Código	Producto	Cantidad / Unidad	Especificaciones Comprador	Especificaciones Proveedor	Precio Unitario	Descuento	Cargos	Valor Total
55101505	Publicaciones	1 Unidad no definida			368.017,00	0,00	0,00	368.017
					Orden de Compra Si solo existe un proveedor del bien o servicio	Neto	\$	368.017
						Dcto.	\$	0
						Cargos	\$	0
						Subtotal	\$	368.017
						19% IVA	\$	69.923
						Total	\$	437.940

Disponibilidad Presupuestaria: Esta orden de compra cuenta con disponibilidad presupuestaria. Folio ingresado 394 proporcionado por SIGFE.

Fuente Financiamiento: 394

Observaciones:

Publicación Diario Oficial Circular IF N°469.
Contraparte Técnica: Osvaldo Varas.

Derechos del Proveedor del Mercado Público

- Derecho a entender los resultados de cada proceso.
- Derecho a participar en mercado público igualmente y sin discriminaciones arbitrarias.
- Derecho a exigir el pago convenido en el tiempo y forma establecido en las bases de licitación.
- Derecho a impugnar los actos de los organismos compradores del sistema.
- A difundir y publicitar sus productos y servicios entre los organismos compradores, previo o no relacionados con procesos de compra o contratación en desarrollo.
- Derecho a inscribirse en el registro oficial de contratistas de la Administración del Estado, Chile Proveedores y a no entregar documentación que se encuentre acreditada en éste.

Para revisar en detalle sus derechos como proveedor visite <https://www.mercadopublico.cl/Portal/MP2/secciones/leyes-y-reglamento/derechos-del-proveedor.html>

ORD.: N° 2086
ANT.: CIRCULAR IF/N°469

MAT.: SOLICITA PUBLICACIÓN.
SANTIAGO 23 MAY 2024

A: DIRECTOR DIARIO OFICIAL

DE: JEFE DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Mediante el presente documento, **solicito a Ud. la publicación en el Diario Oficial la Circular IF/N°469 de fecha 20 de mayo de 2024.**

Se adjunta el documento en comento original.

El pago de esta publicación debe ser contra factura, con lo siguientes datos:

- ✓ Nombre: Superintendencia de Salud.
- ✓ Rut: 60.819.000-7
- ✓ Giro: Fiscalizador
- ✓ Dirección: Av. Libertador Bernardo O'Higgins N° 1449, local 12, Torre II, Santiago
- ✓ Teléfono: 28369000
- ✓ Enviar archivo XML de la factura al mail: dipresrepcion@custodium.com

Saluda atentamente a usted.

"POR ORDEN DEL SUPERINTENDENTE"



RODRIGO SIERRA CONTRERAS
JEFE DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

deb

Distribución:

- Depto. de Administración y Finanzas
- Oficina de Partes
- Diario Oficial

LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y RESOLUCIONES DE ORDEN GENERAL

Núm. 43.862

Miércoles 29 de Mayo de 2024

Página 1 de 6

Normas Generales

CVE 2497879

MINISTERIO DE SALUD

Superintendencia de Salud / Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud

INTRODUCE AJUSTES AL FORMULARIO DE CONSTANCIA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE GES Y AL PROCESO DE NOTIFICACIÓN

(Circular)

Núm. IF 469.- Santiago, 20 de mayo de 2024.

En ejercicio de las atribuciones conferidas a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, especialmente las contenidas en los artículos 110 N° 2, 114 y 115 N° 1, ambos del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud; lo dispuesto en los artículos 24 y 29 de la ley N° 19.966; en el artículo 8 bis de la ley N° 21.258, y en los artículos 24 y 25 del decreto N° 136, de 2005, del citado Ministerio, se imparten las siguientes instrucciones.

I. INTRODUCCIÓN

El 13 de febrero del presente año se publicó en el Diario Oficial la ley N° 21.656, que incorporó a la ley N° 21.258 (Ley del Cáncer) un nuevo artículo 8° bis, que consagra el derecho al olvido oncológico, con el objetivo de garantizar que en Chile las personas que hayan padecido y sobrevivido al cáncer, no sufran discriminación financiera luego de superada la enfermedad.

Por su parte, mediante circular IF/N° 461, de fecha 29 de febrero de 2024, esta Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud impartió instrucciones relativas al Formulario de Constancia de Información al Paciente GES, agregando nuevos casilleros al campo denominado "Información Médica", con el fin de registrar cada una de las intervenciones sanitarias contempladas en un problema de salud garantizado, cuyos hitos pudiesen ser de utilidad para una eventual aplicación de los plazos establecidos por la mencionada ley 21.656.

Posteriormente, con fecha 15 de abril del año en curso, se dictó por esta Intendencia la circular IF/N° 464, que instruyó a las isapres dar aplicación, en el ámbito del contrato de salud, a lo dispuesto en el artículo 8° bis de la ley 21.258.

Al respecto, atendido que la finalidad tenida a la vista por este Organismo, al momento de dictar la circular IF/N° 461, en lo que se refiere a la emisión del formulario cada vez que existiera un cambio de intervención sanitaria, fue la de determinar los hitos que pudieran ser de utilidad en la aplicación del derecho al olvido oncológico consagrado en la citada ley, es que resulta necesario ajustar la normativa, con el objeto de facilitar su aplicación práctica y que cumpla efectivamente con su propósito inicial.

En ese sentido, se ha estimado pertinente modificar las instrucciones previamente emitidas, estableciendo la obligación del profesional de la salud, de emitir el formulario para los cambios de intervención sanitaria, únicamente para los casos de problemas de salud garantizados de patologías oncológicas, esto con el fin de no generar una sobrecarga de tareas administrativas en la Red sanitaria, producto de la extensión de dicha exigencia a problemas de salud respecto de los cuales no es aplicable el mencionado derecho al olvido.

Asimismo, se ajustará el Formulario, eliminando cierta información que se considera prescindible, con el fin de optimizar su llenado por parte de los y las profesionales de la salud, siempre asegurando que cumpla con su finalidad de informar debidamente a las personas beneficiarias.

CVE 2497879

Director: Felipe Andrés Peroti Díaz
Sitio Web: www.diarioficial.cl

Mesa Central: 600 712 0001 Email: consultas@diarioficial.cl
Dirección: Dr. Torres Boonen N°511, Providencia, Santiago, Chile.

Finalmente, con el propósito de facilitar a los prestadores de salud la conservación de los formularios que hubiesen sido llenados manualmente y de garantizar su disponibilidad ante eventuales fiscalizaciones que pudiera realizar este Organismo, se establecerá de manera expresa la posibilidad de almacenar de forma digital dichos documentos.

II. OBJETIVO

Ajustar el procedimiento de notificación al paciente GES, estableciendo la obligación de la persona profesional de la salud, de emitirlo para los cambios de intervención sanitaria, únicamente en aquellos casos de patologías oncológicas con el fin de facilitar la determinación de hitos que pudiesen ser de utilidad para la aplicación del derecho al olvido oncológico consagrado en la ley N° 21.258 (Ley del Cáncer). Asimismo, se establece expresamente la autorización a los prestadores de salud de almacenar digitalmente los formularios que hubiesen sido llenados de forma manual.

III. MODIFICA LA CIRCULAR IF/N° 77, DEL 25 DE JULIO DE 2008, QUE CONTIENE EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE BENEFICIOS.

1.- En el Capítulo VI "De las Garantías Explícitas en Salud GES", Título IV "Normas Especiales para Prestadores", se modifica el numeral 1. "Obligación de los Prestadores de Entregar Información Relacionada con las GES", quedando de la siguiente manera:

"1. Obligación de los Prestadores de informar a las personas beneficiarias de su derecho a las GES

1.1.- Obligación de informar

En conformidad a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes, los prestadores de salud deben informar, tanto a sus pacientes beneficiarios del Fonasa como de las isapres, de las siguientes circunstancias:

a) Que se ha confirmado un problema de salud contenido en las Garantías Explícitas en Salud (GES).

En el caso de las patologías oncológicas, se deberán informar todas las intervenciones sanitarias que contemple el problema de salud garantizado, al inicio de dicha intervención, a través de la emisión de un nuevo formulario.

b) El momento a partir del cual tienen derecho a tales garantías, y

c) Que para tener derecho a las prestaciones garantizadas deberán atenderse a través de la Red de Prestadores que les corresponda.

1.1.1.- Obligación de contar con un Procedimiento de notificación de las GES

Requisitos mínimos que debe contener el Procedimiento de notificación GES de uso obligatorio para todos los prestadores públicos y privados.

Todo establecimiento de salud, privado y público, debe desarrollar y mantener un procedimiento escrito que detalle el proceso de notificación al paciente de un problema de salud garantizado. Dicho procedimiento debe contener como mínimo lo siguiente:

- Título.
- Número y fecha de la versión.
- Nombre y firma de las personas que revisaron y aprobaron el procedimiento.
- Nombre de quien realiza el control del procedimiento.
- Distribución.
- Objetivo y alcance.
- Definiciones, terminología y referencias.
- Responsable de cada actividad o tarea.

- Flujo del proceso: Problemas de Salud que corresponde notificar en el establecimiento; responsable de la notificación según Problema de Salud; oportunidad para realizar la notificación GES; registro de la notificación al paciente; entrega del formulario GES e información al paciente sobre la gestión a realizar una vez notificado; almacenamiento de copia; respaldo de gestión, etc.

- Anexos con los Problemas de Salud vigentes.
- Controles periódicos del procedimiento.
- Indicadores. Se debe crear como mínimo un indicador que sea medido a lo más cada tres meses.

• El procedimiento escrito debe ser difundido por el Establecimiento de Salud a todos sus funcionarios.

• El procedimiento debe contener al menos un control mínimo para la notificación oportuna y correcta.

• Los prestadores deberán realizar capacitaciones en temáticas GES, que incluyan el proceso de notificación al paciente GES, con una frecuencia mínima anual, pudiendo ser impartida por personal interno o externo y que forme parte del Programa de Capacitación del Centro de Salud.

• Los prestadores deberán realizar actividades de difusión de las garantías dirigidas a los usuarios, pudiendo apoyarse en los medios impresos y/o tecnológicos que les parezcan pertinentes. Por ejemplo, se pueden utilizar las infografías publicadas en el sitio web de la Superintendencia de Salud.

1.2.- Constancia escrita en el "Formulario de Constancia de Información al Paciente GES"

a) Generalidades

Del cumplimiento de la obligación de informar señalada en el punto 1.1 precedente, el prestador dejará constancia en el "Formulario de Constancia de Información al Paciente GES", en adelante "el Formulario", contenido en el Anexo N° 3 del presente Capítulo, el que se encuentra disponible en la página web de la Superintendencia de Salud.

El Formulario podrá ser confeccionado por el prestador en soporte de papel o en formato electrónico y ambos deben contener los mismos datos.

El Formulario como documento electrónico debe cumplir con los atributos de autenticidad, integridad, no repudio, confidencialidad y seguridad.

El Formulario debe contener la información completa sobre los datos personales del paciente GES que permitan contactarlo para efectos de hacer el seguimiento que corresponda, respecto de la patología que lo afecta.

El Formulario deberá ser firmado en dos ejemplares, por el prestador de salud y por la persona beneficiaria o por quien la represente, y una copia del instrumento le será entregada a esta última en el mismo acto, la que deberá indicar claramente el día y la hora de notificación.

Tratándose de un Formulario electrónico, una vez suscrito se deberá entregar a la persona beneficiaria o a su representante, una copia del mismo, a través de un medio idóneo.

El formato del Formulario no podrá ser alterado ni contener distintivos del prestador.

El citado documento deberá llenarse con la misma fecha que el profesional determinó la intervención sanitaria correspondiente y todos los campos consultados deberán ser debidamente llenados.

b) Conservación

El prestador debe conservar las copias de los Formularios que queden en su poder, ya sea que se hayan emitido en forma física o electrónica, a fin de ponerlas a disposición de esta Superintendencia al momento de la fiscalización del cumplimiento de las instrucciones impartidas en este Título.

Los prestadores de salud deberán conservar dichos documentos por un período de a lo menos quince años, siendo éstos responsables de la reserva de su contenido, en los términos establecidos en los artículos 12 y 13 de la ley 20.584.

En el caso de Formularios emitidos en formato papel, los prestadores de salud podrán mantener copias digitales de los mismos, para efectos de acreditar el cumplimiento de la obligación de informar.

c) Contenido y llenado del Formulario

El campo "Nombre Social" del Formulario se refiere al nombre con el cual se identifica la persona, dada su identidad de género (trans o intersex), de forma independiente a su nombre legal (registrado en la cédula de identidad). Si la persona trans o intersex no pide voluntariamente ser identificada con su nombre social, se le debe preguntar cómo prefiere ser inscrita y tratada.

El campo denominado "Información Médica" contiene la identificación del Problema de Salud GES y la casilla de "Confirmación", información que deberá ser llenada por la persona profesional de la salud, cuando se efectúe la confirmación de uno o más problemas de salud contenidos en las Garantías Explícitas en Salud.

Tratándose de problemas de salud garantizados que correspondan a patologías oncológicas, la persona profesional de la salud emitirá el formulario cada vez que la persona beneficiaria inicie y cambie de intervención sanitaria, registrando el nombre del problema de salud y marcando la casilla que corresponda a dicha intervención, en el apartado "Problema de Salud GES Oncológico", contenido en el campo "Información Médica".

Al respecto, aun cuando la sospecha figure en algunos problemas de salud incluida en la intervención sanitaria de "Diagnóstico" como por ejemplo en el problema de salud N° 8, "Cáncer de mama en personas de 15 años y más", si el problema de salud la considera como hito garantizado, deberá registrarse e informarse en la casilla "Sospecha".

A modo ilustrativo, la intervención sanitaria de "Confirmación y Etapificación" del problema de salud N° 70 "Cáncer colorrectal" en personas de 15 años y más, se informará en las casillas de "Confirmación" y "Etapificación" de manera simultánea.

Por otra parte, en el caso de los problemas de salud N° 28 "Cáncer de próstata en personas de 15 años y más"; N° 83 "Cáncer renal en personas de 15 años y más"; y N° 84 "Mieloma múltiple en personas de 15 años y más", se informará la "Etapificación" únicamente en la casilla respectiva.

La etapa de "Tamizaje" no requerirá de notificación a través del Formulario, como ocurre en el caso del problema de salud N° 3 "Cáncer cervicouterino en personas de 15 años y más". Sin embargo, en este caso, si el resultado del examen "tamizaje" determina una sospecha del problema de salud, se informará la "sospecha" únicamente en la casilla respectiva.

d) Uso en teleconsulta

En la modalidad de teleconsulta, en el campo "Tomé Conocimiento (firma o huella dactilar del paciente o representante)" del Formulario, el profesional deberá registrar el medio a través del cual el paciente o su representante tomó conocimiento para su trazabilidad.

En caso de indicarse las casillas "correo electrónico" o "carta certificada", para efectos de acreditar el cumplimiento de la obligación de notificar, los prestadores, junto con el formulario emitido, deberán conservar la copia del correo electrónico remitido o la certificación respectiva. De igual manera, en caso de utilizarse un medio alternativo, habrá de dejarse constancia de aquello en la casilla "otros", debiendo el prestador estar en condiciones de acreditar, en cualquier momento y a través de un medio idóneo, la realización de la notificación.

En caso de corresponder dicho medio alternativo a un sistema de tipo electrónico, deberá ceñirse a las exigencias y disposiciones generales contenidas en este Título, respecto del formulario electrónico.

1.3.- Personas facultadas para confeccionar y firmar el Formulario

a) Las personas facultadas para firmar el Formulario serán el o la persona beneficiaria a quien se le notifica un problema de salud GES o su representante. También serán las facultadas para firmar el resto de etapas que se le notifiquen, en el caso de las patologías oncológicas.

Por su parte, podrá firmar la persona que notifica dicha patología, esta última en representación del establecimiento de salud, clínica, hospital o consultorio, y que puede ser el o la médico tratante, enfermera o enfermero u otra persona autorizada por el establecimiento de salud para la respectiva notificación.

b) El Formulario en soporte en papel deberá ser suscrito mediante la firma manuscrita del prestador o de la persona que actúe en su representación y la firma manuscrita o huella dactilar del paciente o quien lo represente.

El Formulario electrónico deberá ser suscrito por el prestador de salud y por el paciente o por quien lo represente mediante una firma electrónica, en cumplimiento de lo establecido en la ley 19.799."

2. En el Capítulo VI "De las Garantías Explícitas en Salud GES", Anexo N° 3, se modifica el Formulario de Constancia de Información al Paciente GES, quedando de la siguiente manera:

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES (Artículo 24°, Ley 19.966)	
DATOS DEL PRESTADOR	
INSTITUCIÓN (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.): _____ DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA: _____ RUN: _____	
ANTECEDENTES DEL PACIENTE	
NOMBRE LEGAL: _____ NOMBRE SOCIAL: _____ RUN: _____ PREVISIÓN: _____ FONASA _____ ISAPRE _____ DOMICILIO _____ COMUNA _____ REGIÓN _____ N° TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____	
INFORMACIÓN MÉDICA	
PROBLEMA DE SALUD GES: _____ <input type="checkbox"/> Confirmación	
PROBLEMA DE SALUD GES ONCOLÓGICO: _____ <input type="checkbox"/> Sospecha <input type="checkbox"/> Confirmación <input type="checkbox"/> Etapificación <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/> Rehabilitación	
TIPO ATENCIÓN	
<input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Teleconsulta	
CONSTANCIA:	
Tomo conocimiento que tengo derecho a acceder a las Garantías Explícitas en Salud, en la medida que me atienda en la red de Prestadores que asigne el Fonasa o la Isapre, según corresponda.	
FECHA Y HORA DE NOTIFICACIÓN: _____	
_____ INFORMÉ PROBLEMA SALUD GES (Firma de persona que notifica)	_____ TOMÉ CONOCIMIENTO (Firma o huella dactilar del paciente o representante)
En la modalidad de TELECONSULTA , en ausencia de firma o huella, se registrará el medio a través del cual el paciente o su representante tomó conocimiento:	
Correo electrónico <input type="checkbox"/> carta certificada <input type="checkbox"/> otros (indicar) _____	
En caso que la persona que tomó conocimiento no sea el paciente, identificar:	
NOMBRE: _____ RUN: _____ N° TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____	
IMPORTANTE:	
Tenga presente que si no se cumplen las garantías usted puede reclamar ante Fonasa o la Isapre, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, usted puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.	

IV. VIGENCIA

Las disposiciones de la presente circular entrarán en vigencia a partir del día 3 de junio de 2024.

V. DISPOSICIÓN TRANSITORIA

Sin perjuicio de la vigencia establecida en el numeral anterior, se autoriza a los prestadores de salud a seguir utilizando el formato de formulario que hubieren implementado en cumplimiento de lo instruido por las circulares IF/N° 451, de fecha 13 de diciembre de 2023, y 461, de fecha 2 de febrero de 2024, hasta el día 31 de diciembre de 2024.

Oswaldo Varas Schuda, Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.



Re: Envía Revisión de resolución que autoriza TD para la publicación en el Diario Oficial la circular IF N° 469. 📎

Carolina Canessa a Danko Gutierrez

04/06/2024 09:47

C
C Marcela Urrutia

Hola Danko, adjunto resolución con unas pequeñas correcciones
Saludos
Carola



2024-06-4 TD publicacion Diario Oficial .docx

Carolina Canessa Méndez

Abogada

Departamento de Administración y Finanzas

Superintendencia de Salud | Ministerio de Salud | Gobierno de Chile

(t) +562 2836 9198

Piensa en tu compromiso y responsabilidad con el medio ambiente antes de imprimir este correo.

La información transmitida por esta vía es de carácter privado y confidencial.

Danko Gutierrez

Hola Carolina, buenas tardes. Solicito su ayuda en l...

03-06-2024 17:10:28

De: Danko Gutierrez/Superintendencia de Salud
Para: Carolina Canessa/Superintendencia de Salud@superdesalud
cc: Marcela Urrutia/Superintendencia de Salud@superdesalud
Fecha: 03-06-2024 17:10
Asunto: Envía Revisión de resolución que autoriza TD para la publicación en el Diario Oficial la circular IF N° 469.

Hola Carolina, buenas tardes.

Solicito su ayuda en la revisión de la resolución que autoriza TD para la publicación en el Diario Oficial la circular IF N° 469.

P:\Administracion\ADQUISICIONES\ORDENES DE COMPRA\ÓRDENES DE COMPRA 2024\6.- Junio\601-159-SE24 Publicacion Diario Oficial Circular IF N° 469

Desde ya, muchas gracias.

[anexo TD Diario Oficial .docx eliminado por Carolina Canessa/Superintendencia de Salud] [anexo SOL 308.pdf eliminado por Carolina Canessa/Superintendencia de Salud] [anexo Certificado no disponible en CM.pdf eliminado por Carolina Canessa/Superintendencia de Salud]

Danko Gutiérrez Benítez.

Analista de Compras

Unidad de Adquisiciones

Departamento de Administración y Finanzas

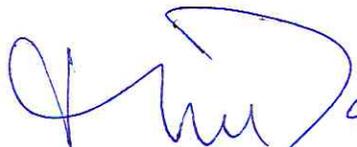
CERTIFICADO DE CONSULTA CATÁLOGO ELECTRÓNICO

La Jefa de la Unidad de Adquisiciones que suscribe, certifica que, a la fecha de emisión del presente documento, no existe disponibilidad en el Catálogo Electrónico de Convenios Marco dispuesto por la DCCP del siguiente bien y/o servicio:

- **PUBLICACIÓN DIARIO OFICIAL**

Se extiende el presente Certificado para efectos de verificar haber dado cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 14 del D.S. N°250, de 2004, del Ministerio de Hacienda, que aprueba el Reglamento de la Ley N°19.886 de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.

Santiago, 3 de junio de 2024.



MARCELA URRUTIA TOLEDO
JEFA UNIDAD DE ADQUISICIONES

Resultados de búsqueda para: 'Publicación Diario Oficial'

El producto/servicio buscado no es parte de esta licitación. Asegúrese que la compra se encuentre dentro de los alcances definidos en el Convenio Marco



Dirección ChileCompra
Ministerio de Hacienda,
Gobierno de Chile
Monjías 392 Piso 8, Santiago
Términos y Condiciones

Sitios Relacionados
Datos Abiertos
Aisl Mercado Público

Servicio al Usuario
640 2000 600
+56 2 2429 7709

Síguenos en
f t in y