

# SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Intendencia de Prestadores de Salud  
Subdepartamento de Fiscalización en Calidad  
Subdepartamento de Sanciones y Apoyo Legal

## RESOLUCIÓN EXENTA IP/N° 4015

SANTIAGO, 06 AGO 2025

### 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 N°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 Decreto Supremo N°15/2007; el Decreto Exento N°18, de 2009, que aprueba el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta; modificado por el Decreto Exento N°5, de 2019; todos del Ministerio de Salud; en la Circular IP N°40, de 2019, que imparte instrucciones a las entidades acreditadoras sobre los procesos de acreditación en que los prestadores institucionales estén en situación de ser acreditados con observaciones; en la Circular IP N°48, de 2020, que imparte instrucciones a las entidades acreditadoras sobre el formato y elaboración del informe de acreditación; en la Circular Interna IP/N°4, de 2012, que instruye sobre la forma de efectuar las inscripciones en el Registro Público de Prestadores Acreditados de esta Intendencia; y en la Resolución RA 882/20/2024, de 15 de enero de 2024;
- 2) La solicitud de acreditación N°6.429, de 7 de mayo de 2024, mediante la cual don Gerardo Alfredo Espíndola Rojas, representante legal del prestador institucional **"CENTRO DE SALUD FAMILIAR E.U. IRIS VÉLIZ HUME"**, ubicado en Avenida Las Torres N°2.699, ciudad de Arica, Región de Arica y Parinacota, pide someter a dicho prestador a un procedimiento de acreditación, 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 7 de octubre de 2024, por la entidad acreditadora **"AMH CALIDAD SALUD LIMITADA"**;
- 4) El texto corregido del informe señalado en el numeral anterior, de fecha 19 de marzo de 2025, emitido por la entidad antes señalada;
- 5) La Resolución Exenta IP/N°1.765, de 1 de abril de 2025, que declaró que el prestador institucional **"CENTRO DE SALUD FAMILIAR E.U. IRIS VÉLIZ HUME"**, se encontraba en situación de ser acreditado con observaciones, solicitándole acompañar un plan de corrección y un cronograma de cumplimiento dentro del plazo reglamentario establecido;
- 6) El plan de corrección, de 15 de abril de 2025, presentado por el prestador a la entidad acreditadora **"AMH CALIDAD SALUD LIMITADA"**;
- 7) El informe de evaluación del plan de corrección de la entidad acreditadora, versión corregida, de 24 de julio de 2025;

- 8) El informe de acreditación corregido, de fecha 8 de julio de 2025, que declara al prestador institucional "CENTRO DE SALUD FAMILIAR E.U. IRIS VÉLIZ HUME", Acreditado con Observaciones;
- 9) El informe de fiscalización, de 4 de agosto de 2025, y el acta de fiscalización, de 22 de julio de 2025, que aprueban los informes señalados en los numerales 7) y 8) precedentes, respectivamente;
- 10) El correo electrónico de la Jefa del Subdepartamento de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia, de 4 de agosto de 2025, por el que da cuenta del cumplimiento de lo indicado en el Decreto Exento N°5, de 2019 del Ministerio de Salud y lo instruido en la Circular IP N°40, de 2019, para los prestadores en situación de ser acreditados con observaciones, y recomienda emitir la presente resolución, trasladando todos los documentos pertinentes a este proceso;

#### **CONSIDERANDO:**

- 1º.- Que, según lo indicado en el correo electrónico referido en el numeral 10) de los Vistos precedentes, la entidad acreditadora "AMH CALIDAD SALUD LIMITADA", aprobó el Plan de Corrección presentado por el prestador institucional denominado "CENTRO DE SALUD FAMILIAR E.U. IRIS VÉLIZ HUME".
- 2º.- Que, atendido el mérito de los antecedentes antes referidos, corresponde declarar **Acreditado con observaciones** al prestador "CENTRO DE SALUD FAMILIAR E.U. IRIS VÉLIZ HUME", en virtud de las normas del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta, al haberse constatado que dicho prestador cumple con el **90% (9/10) de las características obligatorias** que le eran aplicables, incumpliendo REG 1.1; además de cumplir con el **75% de las características totales** que le eran aplicables y que fueron evaluadas.
- 3º.- Que, atendido el mérito de los antecedentes se debe ordenar la inscripción del "CENTRO DE SALUD FAMILIAR E.U. IRIS VÉLIZ HUME" en el Registro Público de Prestadores Institucionales de Salud Acreditados;

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

#### **RESOLUCIÓN:**

- 1º. **INSCRÍBASE** al prestador institucional denominado "CENTRO DE SALUD FAMILIAR E.U. IRIS VÉLIZ HUME" en el Registro de Prestadores Institucionales de Salud Acreditados de esta Superintendencia, de conformidad con 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.
- 2º. **PÓNGASE** en conocimiento del solicitante de acreditación el texto fiscalizado, corregido y final de los informes de la entidad acreditadora "AMH CALIDAD SALUD LIMITADA", señalados en el N°7) y N°8) de los Vistos precedentes.
- 3º. **TÉNGASE** presente que, para todos los efectos legales, **la vigencia** de la acreditación del prestador institucional señalado en el numeral primero anterior se extenderá **desde la fecha de la presente resolución, hasta la presentación de su nueva solicitud de evaluación**, de acuerdo a lo señalado en el siguiente numeral.



**4º. PREVÉNGASE** al solicitante de la presente acreditación, que su nueva solicitud para la evaluación del Plan de Corrección, el que ya se encuentra ejecutado, de acuerdo a las fechas establecidas en el cronograma del PC del prestador, deberá ser solicitada dentro del plazo de **10 días hábiles**, contado desde la notificación de la presente resolución, a saber, **20 de agosto de 2025**. De no cumplir con el ingreso de la solicitud en la fecha indicada se le declarará como no acreditado, procediendo esta Intendencia a cancelar su inscripción, de conformidad a lo establecido en el artículo 29 del Reglamento.

**5º. ADVIÉRTASE** al solicitante de acreditación, que toda modificación que se produzca en los datos que deben figurar en su inscripción en el Registro de Prestadores Institucionales de Salud Acreditados, deberá ser informada a la brevedad a esta Intendencia.

**6º. AGRÉGUENSE** por el Funcionario Registrador de esta Intendencia una copia de la presente resolución en la inscripción del prestador institucional antes señalado en el Registro de Prestadores Institucionales Acreditados de esta Superintendencia.

**7º. NOTIFÍQUESE**, la presente resolución al representante legal del prestador institucional "CENTRO DE SALUD FAMILIAR E.U. IRIS VÉLIZ HUME" y a la representante legal de la entidad acreditadora "AMH CALIDAD SALUD LIMITADA".

**8º. DECLÁRASE** terminado el presente procedimiento administrativo y **ARCHÍVENSE** sus antecedentes.

**REGÍSTRESE EN ARCHÍVENSE**



**CAMILO CORRAL GUERRERO**  
**INTENDENTE DE PRESTADORES DE SALUD (S)**  
**SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

**Adjunta:**

- Texto corregido del Informe de evaluación del plan de corrección, de fecha 24 de julio de 2025
- Texto corregido del informe de acreditación, de fecha 8 de julio de 2025

EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL INCISO 4º DEL ARTÍCULO 41 DE LA LEY Nº19.880, 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, CONTADO 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.

**SIF/Nº316-2025**

**IGM/CCV/DMA**

**Distribución:**

- Representante Legal Centro De Salud Familiar E.U. Iris Véliz Hume
- Responsable de la solicitud de acreditación
- Representante Legal AMH Calidad Salud Limitada
- Agencia Región de Arica y Parinacota
- Jefa Subdepartamento de Fiscalización en Calidad, IP
- Coordinadoras Subdepartamento de Fiscalización en Calidad, IP
- Jefa Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud, IP
- Encargado Unidad de Gestión en Acreditación, IP
- Funcionario Registrador, IP
- Subdepartamento de Sanciones y Apoyo Legal, IP
- Expediente Solicitud de Acreditación
- Archivo