



## Intendencia de Prestadores

Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

# RESOLUCIÓN EXENTA IP/N° 1298

SANTIAGO, 12 DIC. 2013

### VISTOS:

1) Lo dispuesto en los numerales 1°, 4° y 5° del artículo 121 del DFL N° 1/2005 de Minsal; Ley 19.880/2003 de Bases de Procedimientos Administrativos; Decreto Supremo N° 15/ 2007 del Minsal, que aprueba el Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud; Decreto Supremo N° 18/2009 de Minsal, que Aprueba los Estándares Generales que indica el Sistema Nacional de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud; Circular IP N°3/2009, sobre formas de efectuar las inscripciones en el Registro Público de Entidades Acreditadoras; Circular IP N° 21/2012, que Imparte Instrucciones a las Entidades Acreditadoras sobre el Formato de Informe de Acreditación; Circular Interna N°4/2012 que instruye sobre la forma de efectuar las inscripciones en el Registro Público de Prestadores Acreditados de la Intendencia de Prestadores; Circular Interna N°2/2013, Instruye sobre el inicio del período de vigencia de un prestador Institucional acreditado en el Registro de Prestadores Institucionales de Salud de la Superintendencia de Salud; Resolución Exenta SS/N° 1972, de 7 de diciembre de 2012 y en la Resolución Afecta SS/N° 57, de 4 de julio de 2012; Resolución N° 1600/2008 de la Contraloría General de la República;

2) La solicitud ingresada a esta Superintendencia con N°151 del Sistema Informático del Sistema de Acreditación de esta Superintendencia, de fecha 22 de agosto de 2013, mediante la cual don Álvaro Ortiz Vera, en su calidad de **Alcalde de la Municipalidad de Concepción**, solicita someter al procedimiento de acreditación al prestador institucional de salud denominado "**CENTRO DE SALUD FAMILIAR JUAN SOTO FERNÁNDEZ**", ubicado en calle Zañartu N°850, sector Costanera, comuna y ciudad de Concepción, Región del Bío Bío, para ser evaluado en dicho procedimiento 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, entregado con fecha 28 de noviembre de 2013 por la Entidad Acreditadora "**ACREDITASUR LIMITADA**", con inscripción N°21 del Registro Público de Entidades Acreditadoras, que declara **Acreditado al prestador institucional de Atención Abierta, de Baja Complejidad, denominado "CENTRO DE SALUD FAMILIAR JUAN SOTO FERNÁNDEZ"**.

4) Primer Acta de Fiscalización del Informe de Acreditación antes referido, de fecha 02 de diciembre de 2013, elaborado por la competente funcionaria del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud de esta Intendencia, doña Katty Alfaro Silva.

5) El Oficio de Fiscalización IP N°3155, de 03 diciembre de 2013, dirigido a la representante legal de la Entidad Acreditadora "**ACREDITASUR LIMITADA**", doña María Elena Cordero Diez;

6) Informe corregido entregado por la Entidad Acreditadora "**ACREDITASUR LIMITADA**", de fecha 05 de diciembre del 2013.-

7) Segunda Acta de Fiscalización del Informe antes referido, de fecha 05 de diciembre de 2013, elaborado por la competente funcionaria del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud de esta Intendencia, doña Katty Alfaro Silva.

8) El Memorándum IP N° 385, de fecha 06 de diciembre de 2013, de la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Acreditación de esta Intendencia, doña Jeannette González Moreira;

#### **CONSIDERANDO:**

1°.- Que, mediante el memorándum N°385/2013, señalado en los Vistos precedentes, se acompaña el texto final y corregido del informe referido en el numeral 3) de los Vistos precedentes, emitido por la Entidad Acreditadora "**ACREDITASUR LIMITADA**", relativos a los resultados del proceso de acreditación a que dio lugar la solicitud N° 151 del Sistema Informático del Sistema de Acreditación de esta Superintendencia, de fecha 22 de agosto de 2013, ejecutado respecto del prestador institucional de salud denominado "**CENTRO DE SALUD FAMILIAR JUAN SOTO FERNÁNDEZ**", en el cual la **Entidad Acreditadora declara a dicho prestador institucional como ACREDITADO**, 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°18/2009, del Ministerio de Salud, habiéndose constatado en el procedimiento de acreditación que dicho establecimiento de salud cumple con el 100% de las características obligatorias aplicables del referido Estándar y con el 89,1% de las características totales aplicables y evaluadas en el procedimiento.

2°.- Que, además, mediante el mismo memorándum señalado en el considerando anterior, la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Acreditación de esta Intendencia, doña Jeannette González Moreira, acompaña Actas señalada en el numeral 4) y 7) de esos mismos Vistos, relativas a fiscalización efectuada respecto del informe señalado en el numeral 3) de los Vistos precedentes y que se concluye que se ha constatado que la entidad acreditadora ha dado cumplimiento a los instruido mediante 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;

3°.- Que, asimismo, se ha constatado que la entidad acreditadora "**ACREDITASUR LIMITADA**", ha dado cumplimiento al plazo establecido en el inciso segundo del artículo 22 del Decreto Supremo N°15, de 2007, del Ministerio de Salud.

4°.- Que, atendiendo el mérito de los antecedentes precedentemente señalados y a lo informado mediante el Memorandum IP N°385, de 06 de diciembre de 2013, antes referido, por la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Acreditación de esta Intendencia, corresponde: **"ordenar la incorporación del prestador institucional "CENTRO DE FAMILIAR SALUD JUAN SOTO FERNÁNDEZ", en el Registro Público de Prestadores Institucionales Acreditados;**

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

### **RESOLUCIÓN:**

**1° PÓNGANSE EN CONOCIMIENTO** del solicitante de acreditación los informes de la Entidad Acreditadora **"ACREDITASUR LIMITADA"** señalados en el N° 3) y 6) de los Vistos precedentes relativos al procedimiento de acreditación iniciado por la **solicitud N°151**, de fecha 22 de agosto de 2013, del Sistema Informático de Acreditación de esta Superintendencia, de don **Álvaro Ortiz Vera**, R.U.N. N°13.310.452-6, en su calidad de **Alcalde de la Municipalidad de Concepción** y representante del prestador, domiciliado en calle O'Higgins N° 525, de la ciudad de Concepción, Región del Bío Bío.

**2° INSCRÍBASE EN EL REGISTRO PÚBLICO DE PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD ACREDITADOS** de esta Superintendencia al **prestador institucional denominado "CENTRO DE SALUD FAMILIAR JUAN SOTO FERNÁNDEZ"**, R.U.T. N°69.256.900-8, ubicado en **calle Zañartu N°850, sector Costanera, comuna y ciudad de Concepción, Región del Bío Bío** el que ha sido declarado **ACREDITADO** por la **Entidad Acreditadora "ACREDITASUR LIMITADA"**, según se señala en el informe referido en el numeral anterior, en virtud de haberse constatado que dicho prestador, en el marco del procedimiento de acreditación iniciado por la solicitud N°151, de fecha 22 de agosto de 2013, del Sistema Informático del Sistema de Acreditación de esta Superintendencia, dio cumplimiento a las exigencias 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° PRACTÍQUESE** la inscripción antes referida por el Funcionario Registrador de esta Intendencia, dentro del plazo de cinco días hábiles, contados desde que le sea intimada la presente resolución, teniéndose presente al efecto que dicho prestador institucional es de propiedad de la **Municipalidad de Concepción** R.U.T. N°69.150.400-K, que su representante legal es don **Álvaro Ortiz Vera**, R.U.N. N°13.310.452-6, domiciliado en calle O'Higgins N°525, comuna y ciudad de Concepción, Región del Bío Bío; que el teléfono del prestador, antes señalado, es el N°041-2449709; y que debe darse cumplimiento, para todo lo anterior, 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 el Registro Público de Prestadores Institucionales de Salud Acreditados de esta Intendencia.

**4° Asimismo, TÉNGASE PRESENTE** que, para todos los efectos legales, **la vigencia de la acreditación** del prestador institucional señalado en el numeral anterior se entenderá **desde la fecha de la dictación de la presente Resolución Exenta y se**

**extenderá por 3 años**, sin perjuicio que dicho plazo se mantenga en los términos señalados en el artículo 7° del Decreto Supremo N°15, de 2007, del Minsal.

**5° NOTIFÍQUESE** al representante legal del prestador institucional "CENTRO DE SALUD FAMILIAR JUAN SOTO FERNÁNDEZ", el **Oficio Circular IP N°5, de 7 de noviembre de 2011, sobre instrucciones de esta Intendencia relativas al formato y correcto uso que deben dar los prestadores acreditados al certificado de acreditación** del prestador institucional antes señalado, así como respecto de su deber de dar estricto cumplimiento a las mismas y a lo dispuesto en el inciso final del Artículo 43 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud. En tal sentido, **TÉNGASE PRESENTE por el representante legal del prestador institucional** antes señalado que la acreditación de dicho prestador produce efectos respecto de terceros **a partir de la inscripción del mismo en el Registro de Prestadores Institucionales Acreditados** de esta Superintendencia, por lo cual **solo es posible dar difusión al público respecto de dicha acreditación a partir de la inscripción antes señalada**, la que se practicará dentro del plazo señalado en el N°3 anterior. Para los efectos de facilitar el cumplimiento de las instrucciones y deberes reglamentarios al respecto, **se recomienda a dicho representante legal comunicarse con la Encargada de Comunicaciones de esta Superintendencia, a su correo electrónico [josorio@superdesalud.gob.cl](mailto:josorio@superdesalud.gob.cl), y al teléfono 02-28369496**

**6° NOTIFÍQUESE** la presente resolución por carta certificada.

**REGÍSTRESE Y ARCHÍVESE.**

  
**CARMEN MONSALVE BENAVIDES**  
**INTENDENTA DE PRESTADORES(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 LA SUPERINTENDENTA DE SALUD, DENTRO DEL MISMO PLAZO ANTES SEÑALADO.**

**Adjunta: - Oficio Circular IP N°5, de 7 de noviembre de 2011**

**BRH/JGM/BLFV**

**Distribución**

- Solicitante de Acreditación (por correo electrónico y carta certificada)
- Responsable procedimiento de acreditación (por correo electrónico)
- Representante Legal de Entidad Acreditadora "ACREDITASUR LIMITADA."
- Superintendente de Salud (S)
- Fiscal de la Superintendencia de Salud
- Sra. Johanna Osorio, Unidad de Comunicaciones Superintendencia

- Jefe Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Encargado Unidad de Admisibilidad y Autorización IP
- Encargada Unidad de Fiscalización en Acreditación IP
- Encargada Unidad de Control de Gestión IP
- Funcionario Registrador, Ing. Eduardo Javier Aedo IP
- Abog. Biby Ferrada V. IP
- Expediente Solicitud de Acreditación N°151
- Oficina de Partes
- Archivo





Subdepartamento de Coordinación Legal y  
Registro de Prestadores  
**Intendencia de Prestadores**

## OFICIO CIRCULAR IP/Nº 5

SANTIAGO, 07 NOV. 2011

**MAT.: INFORMA A LOS PRESTADORES  
INSTITUCIONALES ACREDITADOS SOBRE  
EL FORMATO Y USO DEL CERTIFICADO  
QUE DA CUENTA DE LA ACREDITACIÓN DE  
LOS PRESTADORES INSTITUCIONALES DE  
SALUD Y DE SU LOGO OFICIAL.-**

**DE: INTENDENTE DE PRESTADORES**

**PARA: REPRESENTANTES LEGALES DE LOS PRESTADORES  
INSTITUCIONALES ACREDITADOS**

Atendida la necesidad de homogeneizar los diversos instrumentos públicos mediante los cuales se da certeza a la población acerca de la acreditación de los prestadores institucionales de salud del país, objetivo que se logra uniformando las características y formatos de los instrumentos de publicidad de dicha condición, y visto lo dispuesto en el inciso final del Artículo 43 del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales, aprobado por el Decreto Supremo Nº 15, de 2007, del Ministerio de Salud, informo a Uds. lo siguiente:

1.- Se ha dispuesto que en los certificados que esta Superintendencia emite respecto de la condición de acreditados de los prestadores institucionales, se utilizará el logo oficial que se adjunta al presente Oficio.

2.- Lo anterior dice relación con la obligación que establece el inciso final del Artículo 43 del Reglamento del Sistema de Acreditación, en cuanto a que los prestadores acreditados deben **mantener en el establecimiento asistencial, en un lugar visible para todo el público que allí concurra, el certificado de acreditación otorgado por esta Superintendencia.** Por tanto, se entenderá cumplida tal obligación en la medida que dicho certificado, así como la información que se entregue al público sobre su acreditación, y cualquiera sea el soporte en que ella se entregue, ya sea físico (tales como

pendones, carpetas, folletería en general) o digital (portal web y otros medios informáticos), incorpore el logo oficial de acreditación antes referido, preferentemente en **color pantone (54 15 C)** y, excepcionalmente, en escala de grises o blanco y negro, dependiendo del fondo del soporte.

3.- Los certificados y logos oficiales antes referidos se encuentran a disposición gratuita del prestador que Ud. representa, para su uso en los diversos formatos antes señalados, bastando para su obtención que un representante o apoderado del prestador acreditado lo solicite por escrito en nuestras oficinas o al correo electrónico **acreditacion@superdesalud.gob.cl**.

4.- Por último, informo a Ud. que, en ejercicio de sus facultades fiscalizadoras de los prestadores acreditados, esta Intendencia comenzará a fiscalizar el debido uso de los certificados de acreditación por parte de los prestadores acreditados a partir del 1º de diciembre de 2011.

Saluda atentamente a Ud.,



**CRISTIAN TORTELLA IBÁÑEZ**  
**INTENDENTE DE PRESTADORES (Suplente)**  
**SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

**- Adjunta formatos de los logos oficiales de los certificados de acreditación.-**

**FRV/HOG**

**Distribución:**

- Ministro de Salud
- Subsecretario de Redes Asistenciales
- Jefa del Departamento de Calidad de la Subsecretaría de Redes del Ministerio de Salud
- Directora del Instituto de Salud Pública
- Representantes legales de Prestadores Institucionales Acreditados
- Superintendente
- Fiscal
- Jefa de Coordinación de Agencias Regionales
- Agentes Regionales
- Jefe Unidad de Atención de Usuarios Región Metropolitana
- Jefe Subdepto. Acreditación IP
- Jefe Subdepto. de Coordinación Legal y Registro de Prestadores IP
- Funcionarios de los Subdepartamentos de Acreditación y de Coordinación Legal y Registro de Prestadores IP
- Jefe Unidad de Gestión de Procesos IP
- EU Ana María Cambón
- Observatorio de Buenas Prácticas en Calidad Asistencial IP
- Archivo

DE SALUD  
SUPERINTENDENCIA

Acreditación certificada por





Pantone 5415 C

Acreditación certificada por  
SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

Original B/N



Acreditación certificada por  
SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

Escala de grises



Acreditación certificada por  
SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD