



## Intendencia de Prestadores

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

# RESOLUCIÓN EXENTA IP/Nº

275

SANTIAGO, 24 FEB. 2015

### VISTOS:

- 1) Lo dispuesto en los numerales 11º y 12º del Artículo 4º y en los numerales 1º, 2º y 3º del Artículo 121, del Decreto con Fuerza de Ley Nº1, 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. Nº 15/2007, del Ministerio de Salud; en el Decreto Exento Nº18, de 2009, del Ministerio de Salud, que aprueba el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada; en la Circular IP Nº 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/Nº 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/Nº2, de 2013, que instruye respecto del inicio del período de vigencia de la acreditación de un prestador acreditado; en la Resolución Exenta SS/Nº 1972, de 7 de diciembre de 2012, y en la Resolución Afecta SS/Nº98 de 30 de septiembre de 2014;
- 2) La solicitud con Nº304, de 16 de septiembre de 2014, del Sistema Informático de Acreditación de esta Superintendencia, mediante la cual don **Salustio Alfredo Jerez Aravena**, en su calidad de representante legal, solicita la acreditación del prestador institucional denominado "**HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO**", ubicado en calle Alto Horno Nº777, en la comuna de Talcahuano, VIII Región, para ser evaluado en función del **Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada**, aprobado por el Decreto Exento Nº 18, de 2009, del Ministerio de Salud;
- 3) El Informe de Acreditación emitido con fecha 2 de febrero de 2015 por la Entidad Acreditadora "**SEA SALUD LIMITADA**", el cual declara ACREDITADO al prestador institucional señalado en el numeral anterior;
- 4) El texto corregido, de fecha 18 de febrero de 2015, del Informe de Acreditación señalado en el numeral 3) precedente, de acuerdo a las instrucciones efectuadas por esta Intendencia;
- 5) El Memorándum IP/Nº90-2015, de fecha 24 de febrero de 2015, de la Encargada (s) de la Unidad de Fiscalización en Acreditación, Sra. María Angélica Arancibia Medina, 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:

1º.- 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 Nº304, de fecha 16 de septiembre de 2014, ejecutado por la Entidad Acreditadora "**SEA SALUD LIMITADA**" respecto del prestador institucional de salud denominado "**HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO**", ubicado en calle Alto Horno Nº777, en la comuna de Talcahuano, VIII Región,

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 Cerrada**, 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 **87,3% 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 María Angélica Arancibia Medina, 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 y 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 **"HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO"**, ubicado en calle Alto Horno N°777, en la comuna de Talcahuano, VIII Región, 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 **"SEA SALUD LIMITADA"** 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 "SEA SALUD LIMITADA".

## REGÍSTRESE Y ARCHÍVESE

**HUGO OCAMPO GARCÉS**  
**INTENDENTE 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.

### - Adjunta:

- Oficio Circular IP N°5, de 7 de noviembre de 2011.-

  
**MAAM/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 "SEA SALUD LIMITADA" (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



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

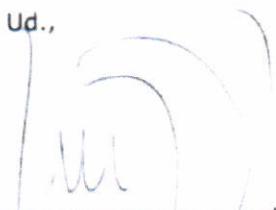
pendones, carpetas, folletería en general) o digital (portal web y otros medios informáticos), incorpore el logo oficial de acreditación antes referido, preferentemente en **color pantone (54 15 C)** y, excepcionalmente, en escala de grises o blanco y negro, dependiendo del fondo del soporte.

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



Acreditación certificada por  
SUPERINTENDENCIA  
**DE SALUD**

---



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