



## Intendencia de Prestadores

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

# RESOLUCIÓN EXENTA IP/N°

456

SANTIAGO, 08 ABR. 2014

### 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; en los Artículos 16, 27, 43 y demás pertinentes del "Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud", aprobado por el D.S. N° 15/2007, del Ministerio de Salud; en el Decreto Exento N°18, de 2009, del Ministerio de Salud, que aprueba el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta; en la Circular IP N° 21, de 3 de septiembre de 2012, que imparte instrucciones a las Entidades Acreditadoras sobre el formato del Informe de Acreditación; 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 Acreditados de esta Intendencia; la Circular Interna IP/N°2, de 2013, que instruye respecto del inicio del período de vigencia de la acreditación de un prestador acreditado; y en la Resolución Exenta SS/N° 1972, de 7 de diciembre de 2012;

2) La solicitud ingresada a esta Superintendencia con N°196, de fecha de 30 de octubre de 2013, mediante la cual don Juan Pablo Plaza Van Roon, en representación de la entidad "**Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción**", solicita la **reacreditación** del prestador institucional de salud denominado "**CLÍNICA MUTUAL DE SEGURIDAD C.CH.C. de VALDIVIA**", ubicado en Avenida Prat N°1005, en la ciudad y comuna de Valdivia, Región de Los Ríos, para ser evaluado 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 19 de marzo de 2014, por la Entidad Acreditadora "**ACREDITA NORTE CHILE LIMITADA**", con inscripción N°24 del Registro Público de Entidades Acreditadoras, el cual **declara REACREDITADO al prestador institucional denominado "CLÍNICA MUTUAL DE SEGURIDAD C.CH.C. de VALDIVIA"**, ubicado en Avenida Prat N°1005, en la ciudad y comuna de Valdivia, Región de Los Ríos, al haber sido evaluado exitosamente 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;

4) Acta de Fiscalización del Informe de Acreditación emitida por la Unidad de Fiscalización en Acreditación de esta Intendencia, con fecha 24 de marzo de 2014;

5) El Ordinario IP/N°942, de 26 de marzo de 2014, por medio del cual se instruye la corrección del Informe de Acreditación precedentemente señalado;

6) El texto corregido del Informe de Acreditación, fechado el 27 de marzo de 2014;

7) Acta de Fiscalización del texto corregido del Informe de Acreditación señalado en el N°4 precedente, emitida por la Unidad de Fiscalización en Acreditación de esta Intendencia con fecha 28 de marzo de 2014;

6) El Memorándum IP/N°185-2014, de la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Acreditación de esta Intendencia, doña Jeannette González Moreira, de fecha 28 de marzo de 2014, por el que remite las dos Actas de Fiscalización del Informe de Acreditación antes referido, de fechas 24 y 28 de marzo de 2014, recomendando emitir la presente resolución;

#### **CONSIDERANDO:**

1°.- Que mediante informe de acreditación referido en el numeral 3) de los Vistos precedentes, emitido por la Entidad Acreditadora "**ACREDITA NORTE CHILE LIMITADA**", de fecha 19 de marzo de 2014, relativo a los resultados del procedimiento de reacreditación ejecutado respecto del prestador institucional de salud denominado "**CLÍNICA MUTUAL DE SEGURIDAD C.CH.C. de VALDIVIA**", ubicado en Avenida Prat N°1005, en la ciudad y comuna de Valdivia, Región de Los Ríos, la antedicha Entidad Acreditadora ha declarado a dicho prestador institucional como **REACREDITADO**, 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, de 2009, del Ministerio de Salud, habiéndose constatado en dicho procedimiento que dicho prestador cumple con el 100% de las características obligatorias que le eran aplicables y con el **81,2% del total de las características evaluadas en ese procedimiento**, en circunstancias que en dicho procedimiento le eran exigibles el cumplimiento del 70% del antedicho total para obtener su reacreditación;

2°.- Que, además, mediante el memorándum señalado en el numeral 6) de los Vistos precedentes, la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Acreditación de esta Intendencia, declara que, tras la competente fiscalización efectuada al Informe antes señalado, se ha constatado que el informe de acreditación referido en el considerando anterior cumple con las exigencias de 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, así como con los plazos establecidos para su preparación y emisión, conforme lo previsto en el Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud;

3°.- Que, atendido el mérito de los antecedentes antes referidos, corresponde poner formalmente en conocimiento del solicitante de acreditación el informe antes señalado, emitido por la entidad acreditadora "**ACREDITA NORTE CHILE LIMITADA**", debidamente corregido según lo instruido por la Unidad de Fiscalización en Acreditación de esta Intendencia, **texto corregido que fue firmado, mediante firma electrónica avanzada, por la representante legal de dicha entidad, doña Luz Argenis Velásquez Betancur, con fecha 27 de marzo de 2014;**

4°.- Que, atendido que la acreditación que ha obtenido el prestador institucional denominado "**CLÍNICA MUTUAL DE SEGURIDAD C.CH.C. de VALDIVIA**" mediante el informe referido en el Considerando 1° precedente, **es su segunda acreditación**

consecutiva en el marco del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, corresponde ordenar la mantención y modificación de la inscripción que actualmente dicho prestador posee, **bajo el N°9 del Registro Público de Prestadores Institucionales Acreditados**, a fin que se dé cuenta en ella de las antedichas circunstancias;

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

#### **RESOLUCIÓN:**

**1° DECLÁRASE** que el informe de acreditación emitido por la Entidad Acreditadora "ACREDITA NORTE CHILE LIMITADA", en el presente procedimiento, el cual declara **REACREDITADO** al prestador institucional denominado "**CLÍNICA MUTUAL DE SEGURIDAD C.CH.C. de VALDIVIA**", ubicado en Avenida Prat N°1005, en la ciudad y comuna de Valdivia, Región de Los Ríos, cumple con las exigencias del inciso primero del Artículo 27 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud.

**2° MANTÉNGASE LA INSCRIPCIÓN** que el prestador institucional "CLÍNICA MUTUAL DE SEGURIDAD C.CH.C. de VALDIVIA" posee bajo el **N°9**, en el **REGISTRO PÚBLICO DE PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD ACREDITADOS**, en virtud de haber sido **declarado REACREDITADO** por la Entidad Acreditadora "ACREDITA NORTE CHILE LIMITADA", según se señala en el informe referido en el numeral anterior, por haber dado debido 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° Sin perjuicio de lo anterior, MODIFÍQUESE LA INSCRIPCIÓN** antes referida por el Funcionario Registrador de esta Intendencia, dentro del plazo de diez días hábiles, contados desde que le sea intimada la presente resolución, **teniendo presente que en el procedimiento de reacreditación antes referido este prestador ha sido clasificado como de BAJA COMPLEJIDAD** e incorporando en ella los datos relativos al nuevo informe de acreditación referido en el N°3 de los Vistos de la presente resolución, el período de vigencia de la nueva acreditación que se declara en el numeral siguiente y una copia de la presente resolución, todo ello 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 el Registro Público de Prestadores Acreditados de esta Intendencia.

**4° PÓNGANSE EN CONOCIMIENTO** del solicitante de acreditación **el texto corregido del informe** de la Entidad Acreditadora "ACREDITA NORTE CHILE LIMITADA" señalado en el No. 6) de los Vistos precedentes.

**5° TÉNGASE PRESENTE** que, para todos los efectos legales, **la vigencia de la reacreditación** 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.

**6° NOTIFÍQUESE** al representante legal del prestador institucional "CLÍNICA MUTUAL DE SEGURIDAD C.CH.C. de VALDIVIA" 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 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 uso del certificado de acreditación, **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).**

**7° NOTIFÍQUESE** la presente resolución al solicitante de reacreditación por carta certificada.

**REGÍSTRESE Y ARCHÍVESE.**



  
**DR. ENRIQUE AYARZA RAMÍREZ**  
**INTENDENTE DE PRESTADORES DE SALUD SUPLENTE**  
**SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

**Adjunta:**

- Informe de Acreditación corregido, firmado electrónicamente con fecha 27 de marzo de 2014;
- Oficio Circular IP N°5, de 7 de noviembre de 2011.-

  
**BRH/JGM/HQG**  
**Distribución:**

- Solicitante de Acreditación (por correo electrónico y carta certificada) (la resolución, el informe y el Oficio Circular IP N°5/2011)
- Responsable procedimiento de acreditación (por correo electrónico) (la resolución, el informe y el Oficio Circular IP N°5/2011)
- Representante Legal de Entidad Acreditadora "ACREDITA NORTE CHILE LIMITADA" (por correo electrónico y carta certificada) (solo la resolución)
- Superintendente de Salud
- Fiscal
- Sra. Johanna Osorio, Unidad de Comunicaciones Superintendencia
- Jefe (S) 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. Hugo Ocampo G., Subdepto. Gestión de Calidad en Salud IP
- Expediente Solicitud de Acreditación
- Oficina de Partes
- Archivo