

# SUPERINTENDENCIA DE SALUD

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

## RESOLUCIÓN EXENTA IP/N°

5970

SANTIAGO, 13 SEP 2024

### 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 19.880; que "Establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la administración del estado", en los Artículos 16, 27, 28, 43 y demás pertinentes del "Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud", aprobado por el Decreto Supremo N°15/2007, del Ministerio de Salud; en el Estándar General de Acreditación para Centros de Diálisis, aprobado por el Decreto Exento N°34, de 2010, del Ministerio de Salud; 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 882/52/2020, de 2 de marzo de 2020;
- 2) La solicitud de acreditación N°5.305, de 22 de mayo de 2023, mediante la cual doña Florence François Corbalán, en representación del prestador institucional denominado "**SOCIEDAD HEMODIÁLISIS CONCÓN SpA**", ubicado en calle Clarenca N°896, de la comuna de Concón, Región de Valparaíso, pide someter a dicho prestador a un segundo procedimiento de acreditación para que sea evaluado en función del Estándar General de Acreditación para Centros de Diálisis, aprobado por el Decreto Exento N°34, de 2010, del Ministerio de Salud;
- 3) El informe de acreditación emitido con fecha 10 de junio de 2024, por la entidad acreditadora "**HIGEA SALUD LIMITADA**";
- 4) El texto corregido, de fecha 28 de agosto de 2024, del informe de acreditación señalado en el numeral 3) precedente;
- 5) La Resolución Exenta IP/N°5.677, de 3 de septiembre de 2024, que declara conforme a derecho el texto del informe señalado en el N°4) precedente y ordena el pago de la segunda cuota del arancel de acreditación;
- 6) El correo electrónico, de 9 de septiembre de 2024, mediante el cual la Jefa del Subdepartamento de Fiscalización en Calidad informa sobre el pago de la segunda cuota del arancel de acreditación, por parte del prestador evaluado y solicita emitir la presente resolución;

### CONSIDERANDO:

- 1°. Que, mediante informe de acreditación relativo a los resultados del procedimiento de acreditación del Prestador Institucional denominado "**SOCIEDAD HEMODIÁLISIS CONCÓN SpA**", la Entidad Acreditadora "**HIGEA SALUD LIMITADA**", lo ha declarado como **Acreditado**

por **segunda vez**, en virtud de las normas del Estándar General de Acreditación para Centros de Diálisis, al haber constatado que dicho prestador cumple con el **100% de las características obligatorias que le eran aplicables** y con el **85% de las características totales que le eran aplicables**, siendo la actual exigencia para que sea procedente la declaración de acreditación para un segundo proceso de acreditación el cumplimiento del **80%** de dicho total;

- 2º. Que, tras la competente fiscalización del antedicho informe, el Subdepartamento de Fiscalización en Calidad dio cuenta que su texto corregido da cumplimiento a la normativa que lo rige, según se declaró en la Resolución IP/Nº5.677, de 3 de septiembre de 2024, de esta Intendencia;
- 3º. Que, además, con fecha 5 de septiembre de 2024, se ha constatado que la Entidad Acreditadora ha registrado el pago de la segunda cuota del arancel de acreditación por parte de la solicitante;
- 4º. Que, de conformidad con las normas legales y reglamentarias que rigen el Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, se debe proceder a poner en conocimiento de la representante del prestador institucional evaluado, el texto corregido del informe emitido en el presente proceso de acreditación, así como a ordenar el término del presente procedimiento administrativo y el archivo de sus antecedentes;

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

#### **RESOLUCIÓN:**

- 1º. **MANTÉNGASE LA INSCRIPCIÓN** que el prestador institucional "**SOCIEDAD HEMODIÁLISIS CONCÓN SpA**" ostenta bajo el **Nº756** en el Registro Público de Prestadores Institucionales de Salud Acreditados, en virtud de haber sido declarado acreditado por segunda vez.
- 2º. **MODIFÍQUESE** en lo que corresponda la inscripción antes referida, por el Funcionario Registrador de esta Intendencia, dentro del plazo de cinco días hábiles, contado desde que ésta le sea notificada, incorporando en ella los datos relativos el período de vigencia de la nueva acreditación que se declara en el numeral 4º siguiente y una copia de este documento, todo ello de conformidad a lo dispuesto en la Circular Interna IP Nº4, 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.
- 3º. **PÓNGASE EN CONOCIMIENTO** de la solicitante de acreditación el texto fiscalizado, corregido y final, del Informe de la entidad acreditadora "**HIGEA SALUD LIMITADA**", señalado en el Nº4 de los Vistos precedentes.
- 4º. **TÉNGASE PRESENTE** que, para todos los efectos legales, **la vigencia** de la acreditación del prestador institucional señalado 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 7º del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, si fuere procedente.
- 5º. **ADVIÉRTASE** a la 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.**

**6°. NOTIFÍQUESE**, a la representante legal del prestador institucional señalado en el N°2 de los Vistos, conjuntamente con la presente resolución, el Oficio Circular IP/N°5, de 7 de noviembre de 2011, así como, el Oficio SS/N°286, de 4 de febrero de 2020, y el Oficio Circular IP / N°1, de 2 de marzo de 2020, en virtud de los cuales 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, a las ceremonias de otorgamiento del certificado de acreditación, así como, respecto de su deber de dar estricto cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del artículo 43 del Reglamento. Para los efectos de facilitar el cumplimiento de las instrucciones y deberes reglamentarios antes señalados, se recomienda a dicha Representante Legal comunicarse con la Unidad de Comunicaciones de esta Superintendencia, al fono 228369351.

**7°. NOTIFÍQUESE**, además, a la representante legal de la entidad acreditadora "HIGEA SALUD LIMITADA".

**8°. DECLÁRASE TERMINADO** el presente procedimiento administrativo y **ARCHÍVENSE** sus antecedentes.

**REGÍSTRESE Y ARCHÍVENSE**



**CARMEN MONSALVE BENAVIDES**  
**INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD**  
**SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

**Adjunta:**

- Informe de acreditación de fecha 28 de agosto de 2024
- Oficio Circular IP/N°5, de 7 de noviembre de 2011
- Ord. Circular IP/N°1, de 12 de enero de 2017
- Oficio SS/N°286, de 4 de febrero de 2020
- Oficio Circular IP/ N°1 de 2 de marzo de 2020

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, 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 N° 2078-2024**

**JGM/CCG/DMA**

**Distribución:**

- Representante Legal Sociedad Hemodiálisis Concón SpA
- Responsable de la solicitud de reacreditación
- Representante Higea Salud Limitada
- Jefe Área Coordinación Regional
- Agencia Región de Valparaíso
- Jefa Subdepartamento de Fiscalización en Calidad IP
- Coordinadoras del Subdepartamento de Fiscalización en Calidad IP
- Jefe (s) Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Encargada (s) Unidad de Gestión en Acreditación IP
- Funcionario Registrador IP
- Subdepartamento de Sanciones y Apoyo Legal
- Expediente Solicitud de Acreditación
- Oficina de Partes
- Archivo