

OFICIO SS/N° 1208

ANT.: Su Oficio N°48787, 10 de marzo de 2020, a petición del H. Diputado FIDEL ESPINOZA SANDOVAL, con ingreso N°4559, de 12 de marzo de 2020, a esta Superintendencia.-

MAT.: Informa lo que indica.-

SANTIAGO,

14 MAY 2020

DE : PATRICIO FERNÁNDEZ PÉREZ
SUPERINTENDENTE DE SALUD (S)

A : LUIS ROJAS GALLARDO
PROSECRETARIO H. CÁMARA DE DIPUTADOS

Mediante la solicitud contenida en el Oficio del Ant., Ud. ha solicitado a este Superintendente, a petición del H. Diputado don Fidel Espinoza Sandoval, se informe a la H. Cámara de Diputados, "sobre los antecedentes acerca de criterios y aspectos considerados en la certificación oficial entregada por esa Superintendencia, como prestadores acreditados en calidad y seguridad, a los hospitales de San Juan de la Costa y Quilacahuín, ubicados en las comunas de Puerto Octay y San Pablo, respectivamente, de la Región de Los Lagos".

Al respecto, cumpla con informar a Ud. lo siguiente:

1. Respecto de la acreditación obtenida por el prestador institucional denominado **"HOSPITAL MISIÓN SAN JUAN DE LA COSTA"**, también denominado **"Hospital Fūta Srūka Lawenche Kūnko Mapu Mo"**, ubicado en el Sector Lafquemapu S/N, Misión San Juan de la Costa, en la comuna de San Juan de la Costa, Región de Los Lagos, se informa:
 - a) Dicho prestador institucional constituye uno de **"Atención Cerrada"**, por lo que, de conformidad a la normativa que rige al Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud, en su respectivo proceso de evaluación se aplicaron los criterios y exigencias dispuestos en el Decreto Exento N°18, de 2009, del Ministerio de Salud, que aprueba el **Estándar General de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Atención Cerrada**. El texto de ese Estándar de Acreditación, se encuentra publicado en la página web de esta Superintendencia (www.superdesalud.gob.cl);
 - b) Su procedimiento de acreditación, se inició por solicitud N°1.025 de fecha 31 de agosto de 2017, por el representante legal del mismo, a saber, la Dirección del Servicio de Salud Osorno;
 - c) De acuerdo a las normas de ese Sistema, la Entidad Acreditadora **"ACREDITA CHILE S.p.A."**, designada aleatoriamente por esta

Superintendencia para la ejecución de ese procedimiento, declaró a dicho prestador como "**acreditado**", mediante Informe de Acreditación de fecha 21 de enero de 2018, que se adjunta;

- d) Esta Superintendencia, tras ejercer oportunamente sus facultades de fiscalización a dicho proceso de acreditación, mediante Resolución Exenta IP/N°210, de 6 de febrero de 2018, declaró que el antedicho informe se ajustaba a Derecho; tuvo por acreditado al antedicho prestador; declaró terminado ese procedimiento de acreditación; y ordenó su inscripción en el Registro de Prestadores Institucionales Acreditados de esta Superintendencia, la que se encuentra bajo el N°348 de ese registro público, disponible en la página web de esta Superintendencia, antes señalado;
- e) Por último, se informa que la antedicha acreditación, conforme a la normativa vigente, tiene vigencia por tres años, hasta el 6 de febrero de 2021; y

2. Respecto de la acreditación obtenida por el prestador institucional denominado "**HOSPITAL PU MÜLEN QUILACAHUIN**", ubicado en calle Quilacahuín S/N, de la ciudad de San Pablo, Región de Los Lagos, debe informarse:

- a) Dicho prestador institucional también constituye uno de "**Atención Cerrada**", por lo que, también, en su respectivo proceso de evaluación se aplicaron los criterios y exigencias dispuestos en el Decreto Exento N°18, de 2009, del Ministerio de Salud, que aprueba el **Estándar General de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Atención Cerrada**;
- b) Su procedimiento de acreditación, se inició por solicitud N°1.897 de fecha 29 de mayo de 2019, por el representante legal del mismo, el Director del Servicio de Salud Osorno, don Marcelo Larrondo Calderón;
- c) De acuerdo a las normas de ese Sistema, la Entidad Acreditadora "AGS S.p.A", designada aleatoriamente para la ejecución de ese procedimiento, declaró a dicho prestador como "**acreditado**", mediante Informe de Acreditación de fecha 17 de octubre de 2019, que se adjunta;
- d) Esta Superintendencia ejerció oportunamente sus facultades de fiscalización a dicho proceso de acreditación y, mediante Resolución Exenta IP/N°93, de 8 de enero de 2020, declaró que el antedicho informe se ajustaba a Derecho; tuvo por acreditado al antedicho prestador; declaró terminado ese procedimiento de acreditación; y ordenó su inscripción en el Registro de Prestadores Institucionales Acreditados de esta Superintendencia, la que se encuentra bajo el N°687 de ese registro público, disponible en la página web de esta Superintendencia, antes señalada;
- e) Por último, a este respecto, se informa que la antedicha acreditación, conforme a la normativa vigente, tiene vigencia hasta el 8 de enero de 2023.

Es cuanto puedo informar a Ud. al respecto.

Le saluda atentamente,



PATRICIO FERNÁNDEZ PÉREZ
SUPERINTENDENTE DE SALUD (S)

Adjunta:

- Informe de Acreditación, de 21 de enero de 2018, relativo al prestador institucional "HOSPITAL MISIÓN SAN JUAN DE LA COSTA"; y
- Informe de Acreditación, de 17 de octubre de 2019, relativo al prestador institucional "HOSPITAL PU MÜLEN QUILACAHUIN".-

FIS/CMB/JGM/HOG
DISTRIBUCIÓN

- Destinatario
- H. Diputado Fidel Espinoza Sandoval

- Fiscal
- Intendente de Prestadores
- Jefa (S) Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud
- Encargada de Fiscalización en Calidad IP
- Encargado Unidad de Apoyo Legal IP
- Of. de Partes
- Archivo



Intendencia de Prestadores

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

RESOLUCIÓN EXENTA IP/Nº 93

SANTIAGO, 08 ENE 2020

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; 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; y en la Resolución RA 882/107/2019, de 22 de julio de 2019;

2) La solicitud de acreditación Nº 1.897, de 29 de mayo de 2019, del Sistema Informático de Acreditación de esta Superintendencia, mediante la cual don **Marcelo Larrondo Calderón**, en su calidad de representante legal del prestador institucional denominado "**HOSPITAL PU MÜLEN QUILACAHUIN**", ubicado en calle Quilacahuin S/Nº, de la ciudad de San Pablo, Región de Los Lagos, en la que pide someter a dicho prestador a un procedimiento de acreditación para ser evaluado en función del **Estándar General de Acreditación para Prestadores de Atención Cerrada**, aprobado por el Decreto Exento Nº18, de 2009, del Ministerio de Salud;

3) El Informe de Acreditación emitido con fecha 17 de octubre de 2019 por la Entidad Acreditadora "**AGS S.p.A.**";

4) El texto corregido, de fecha 04 de diciembre de 2019, del Informe de Acreditación señalado en el numeral 3) precedente, de acuerdo a las instrucciones efectuadas por esta Intendencia;

5) La Quinta Acta de Fiscalización, de 04 de diciembre de 2019, del Informe de Acreditación señalado en el numeral 3) precedente, realizada de conformidad a lo previsto en el Ord. Circular IP/Nº 1, de 12 enero de 2017;

6) El Memorándum IP/Nº 1.209-2019, de la Encargada (S) de la Unidad de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia, de fecha 30 de diciembre de 2019, por el que remite el Acta de Fiscalización del Informe de Acreditación referido en el Nº3 precedente, da cuenta del pago de la segunda cuota del arancel por parte del representante del prestador evaluado 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 Nº 1.897, de 29 de mayo de 2019, ejecutado por la Entidad Acreditadora "**AGS S.p.A.**", respecto del prestador de salud denominado "**HOSPITAL PU MÜLEN QUILACAHUIN**", se declara **ACREDITADO** a dicho prestador, 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 dicho prestador cumple con el **100% de las características obligatorias** que le eran aplicables y con el **93% del total de las características que fueran aplicables y 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 **6)** de los Vistos precedentes, la Encargada (S) de la Unidad de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia, informa que, tras la competente fiscalización efectuada, se ha constatado que el texto del informe de acreditación referido en el **N°3)** de los Vistos precedentes cumple con las exigencias reglamentarias 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, en el memorándum arriba señalado la Encargada (S) de la Unidad de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia informa 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 (S) de la Unidad de Fiscalización de esta Intendencia, declarar la adecuación normativa del informe recaído en el presente procedimiento de acreditación, 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° DECLÁRASE que el texto del informe de acreditación señalado en el **N° 3)** de los Vistos precedentes, emitido por la Entidad Acreditadora **"AGS S.p.A."**, el cual declara **ACREDITADO** al prestador denominado **"HOSPITAL PU MÚLEN QUILACAHUIN"**, cumple con las exigencias del inciso primero del Artículo 27 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud y demás normas que le son aplicables.

2° INSCRÍBASE al prestador institucional señalado en el numeral anterior 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.

3° PÓNGASE EN CONOCIMIENTO del solicitante de acreditación el texto del informe de la Entidad Acreditadora **"AGS S.p.A."** señalado en el **N° 3)** de los Vistos precedentes.

4° 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.

5° 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)28369195.

6° **DECLÁRASE TERMINADO** el presente procedimiento administrativo y **ARCHÍVENSE** sus antecedentes.

7° **NOTIFIQUESE** la presente resolución al solicitante de acreditación y al representante legal de la Entidad Acreditadora "AGS S.p.A."


CARMEN MONSALVE BENAVIDES
INTENDENTA 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.

JGM/SAG/CCV

Distribución:

- Solicitante de Acreditación: la resolución, el informe, el Oficio Circular IP N°5/2011, y el Ord. Circular IP/N° 1, de 12 enero de 2017.
- Representante Legal de la Entidad Acreditadora correspondiente
- Superintendente de Salud
- Fiscal
- Agencia Regional Correspondiente
- Encargado Unidad de Comunicaciones Superintendencia
- Jefa (S) Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud, IP
- Encargada (S) Unidad de Fiscalización en Calidad, IP
- Encargado Unidad de Gestión en Acreditación, IP
- Funcionario Registrador, IP
- Unidad de Apoyo Legal IP
- Expediente Solicitud de Acreditación
- Oficina de Partes
- Archivo



SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Intendencia de Prestadores de Salud

Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

Unidad de Fiscalización en Calidad

RESOLUCIÓN EXENTA IP/Nº 210

SANTIAGO, 06 FEB 2018

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; 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 964, de 31 de mayo de 2017, y en la Resolución Afecta SS/Nº 67, de 14 de agosto de 2015;

2) La solicitud Nº **1.025**, de 31 de agosto de 2017, del Sistema Informático de Acreditación de esta Superintendencia, mediante la cual don **Nelson Claudio Bello Oyarce**, en su calidad de representante legal, solicita la acreditación del prestador institucional denominado "**HOSPITAL MISIÓN SAN JUAN DE LA COSTA**", ubicado en calle Misión San Juan de la Costa S/N, de la comuna de San Juan de la Costa, Osorno, X Región de Los Lagos, 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 21 de enero de 2018 por la Entidad Acreditadora "**ACREDITA CHILE S.p.A.**";

4) El Acta de Fiscalización, de 23 de enero de 2018, del Informe de Acreditación señalado en el numeral 3) precedente, realizada de conformidad a lo previsto en el Ord. Circular IP/Nº 1, de 12 enero de 2017;

5) El Memorándum IP/Nº 108-2018, de fecha 5 de febrero de 2018, de la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Calidad, 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 Nº **1.025**, de fecha 31 de agosto de 2017, ejecutado por la Entidad Acreditadora "**ACREDITA CHILE S.p.A.**", respecto del prestador institucional de salud denominado "**HOSPITAL MISIÓN SAN JUAN DE LA COSTA**", ubicado en calle Misión San Juan de la Costa S/N, de la comuna de San Juan de la Costa, Osorno, X Región de Los Lagos, 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 **97% 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 Calidad de esta Intendencia, reitera que, tras la competente fiscalización efectuada, se ha constatado que el texto del Informe de Acreditación, señalado en el N°3) de los Vistos precedentes, cumple con las exigencias reglamentarias 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 Calidad 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 MISIÓN SAN JUAN DE LA COSTA**", ubicado en calle Misión San Juan de la Costa S/N, de la comuna de San Juan de la Costa, Osorno, X Región de Los Lagos, 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. Téngase presente que en el procedimiento de acreditación arriba referido el prestador institucional antes señalado ha sido clasificado como de **BAJA COMPLEJIDAD**.

2° PÓNGASE EN CONOCIMIENTO del solicitante de acreditación el texto del informe de la Entidad Acreditadora "**ACREDITA CHILE S.p.A.**", señalado en el N° 3) 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 señalado prestador institucional **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 "**ACREDITA CHILE S.p.A.**".

REGÍSTRESE Y ARCHÍVENSE


PATRICIA ECHEVERRÍA JARA
INTENDENTA 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, 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.


JGM/CCG

Distribución:

- Solicitante de Acreditación, por carta certificada: la resolución; por correo electrónico: la resolución, el informe, el Oficio Circular IP N°5/2011, y el Ord. Circular IP/N° 1, de 12 enero de 2017.
- Representante Legal de la Entidad Acreditadora "**ACREDITA CHILE S.p.A.**" (por correo electrónico y carta certificada) (solo la resolución)
- Superintendente de Salud
- Fiscal
- Encargado Unidad de Comunicaciones Superintendencia
- Agencia X Región
- Jefa Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud, IP
- Encargado Unidad de Gestión en Acreditación, IP
- Encargada Unidad de Fiscalización en Calidad, IP
- Ing. Eduardo Javier Aedo, Funcionario Registrador, IP
- Abog. Camilo Corral G., IP
- Expediente Solicitud de Acreditación
- Oficina de Partes
- Archivo