



Intendencia de Prestadores
Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

ORD. CIRCULAR IP/ N° 1

ANT: Art. 24 del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, modificado por el D.S. N° 12, de 2012, del Ministerio de Salud.-

MAT: Remite formato para declaración sobre las relaciones comerciales que la entidad, sus propietarios, socios y evaluadores tuvieron con prestadores institucionales de salud, sus representantes o administradores, así como de toda actividad de asesoría o capacitación en salud que, respecto de estas instituciones, hubieren ejecutado durante el año anterior.-

SANTIAGO, 17. ENE. 2013

DE : MARÍA SOLEDAD VELÁSQUEZ URRUTIA
INTENDENTA DE PRESTADORES

A : REPRESENTANTES LEGALES DE ENTIDADES ACREDITADORAS

Como es de su conocimiento, en virtud de la modificación introducida al Artículo 24 del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud por el D.S. N° 12, de 2012, del Ministerio de Salud, **en el mes de enero de cada año** las entidades acreditadoras deben presentar ante esta Intendencia **"una declaración sobre las relaciones comerciales que la entidad, sus propietarios, socios y evaluadores tuvieron con prestadores institucionales de salud, sus representantes o administradores, así como de toda actividad de asesoría o capacitación en salud que, respecto de estas instituciones, hubieren ejecutado durante el año anterior"**.

Asimismo, la disposición antes referida dispone que esta Intendencia debe establecer el formato de la antedicha declaración, pudiendo, además, solicitar las aclaraciones que considere necesarias.

Por el presente acto, remitimos a las entidades que Uds. representan el formato de la antes referida **Declaración de Intereses**, así como los **Formularios Anexos "A", "B" y "C"** y el **Instructivo N°1** para el correcto llenado de los mismos.

La Declaración de Intereses que se adjunta deberá ser **suscrita ante Notario Público por el representante legal de la Entidad Acreditadora e ingresada en cualquiera de las Oficinas de esta Superintendencia**, a más tardar, el día **31 de enero de 2012**.


Junto con la antedicha Declaración deben acompañarse, **en soporte papel, los Formularios Anexos** a dicha Declaración **debidamente llenados conforme al Instructivo N°1** que también se adjunta al presente Ordinario, debiendo **dicho representante legal firmar cada una de las páginas de tales formularios**.

Paralelamente al presente Oficio Circular, los antedichos formularios anexos a la Declaración de Intereses **serán enviados a Uds. a sus correos electrónicos debidamente inscritos ante esta Intendencia**, en archivos Excel. Una vez completados, deben ser enviados por el representante legal de la entidad, **desde el antes referido correo electrónico, a más tardar, el día 31 de enero de 2012, al correo electrónico acreditación@superdesalud.gob.cl**, sin perjuicio de su ingreso en formato papel, junto con la Declaración de Intereses, según se dispone en el párrafo anterior.

Se advierte a Uds. que el incumplimiento de las obligaciones antes señaladas generará las responsabilidades y sanciones correspondientes, de conformidad con las normas del Título VI del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud.

Asimismo, se recuerda a Uds. que, en uso de sus facultades fiscalizadoras destinadas a evitar los conflictos de interés entre las Entidades Acreditadoras y los prestadores que les corresponda evaluar, esta Intendencia solicitará a Uds. las aclaraciones que estime necesarias a la información que se entregue en los formularios adjuntos y que siempre puede solicitar a las Entidades Acreditadoras información adicional a la que se refiere el actual inciso cuarto del Artículo 24 del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud.

Les saluda atentamente,


Soledad Velásquez
MARÍA SOLEDAD VELÁSQUEZ URRUTIA
INTENDENTA DE PRESTADORES
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Adjunto:

- Formato Texto Declaración de Intereses
- Formularios Anexos "A", "B" y "C"
- Instructivo N°1 para el correcto llenado de los Formularios Anexos


FST/AMCR/HOG

Distribución:

- Representantes Legales de Entidades Acreditadoras (por carta certificada y correo electrónico)
- Jefe Subdepto. de Gestión de Calidad en Salud
- Encargada Unidad de Fiscalización en Acreditación IP
- Encargada Unidad de Admisibilidad y Autorización IP
- Funcionarios Analistas IP
- Ing. Eduardo Javier Aedo IP
- Abog. H. Ocampo, IP
- Oficina de Partes
- Archivo



**DECLARACIÓN DE INTERESES
DE LA ENTIDAD ACREDITADORA, SUS PROPIETARIOS, SOCIOS Y
EVALUADORES A QUE SE REFIERE EL INCISO CUARTO DEL ARTÍCULO 24
DEL REGLAMENTO DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES
INSTITUCIONALES DE SALUD, INTRODUCIDO POR EL D.S. N°12, DE 2012,
MINSAL, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DEL 16 DE AGOSTO DE 2012**

En la ciudad de, con fecha,
yo,, R.U.N. N°,
representante legal de la Entidad Acreditadora
".....", con N° de inscripción en
el Registro Público de Entidades Acreditadoras, y en representación de ella, en
cumplimiento a lo dispuesto en el inciso cuarto del Artículo 24 del Reglamento del
Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, aprobado por el
D.S. N° 15, de 2007, del Ministerio de Salud, vengo en formular la siguiente
declaración:

1° Declaro formalmente que todas las **relaciones comerciales** que la Entidad Acreditadora que represento mantuvo durante el año 2012 **con prestadores institucionales de salud, con los representantes de estos últimos o con sus administradores**, así como las relaciones comerciales que los propietarios de dicha Entidad Acreditadora, sus socios y sus evaluadores, mantuvieron durante el año 2012 con tales prestadores, sus representantes o sus administradores, son únicamente las que se señalan **en los formularios anexos a la presente declaración**, encontrándose cada una de sus páginas firmadas por este representante y debidamente completadas, de acuerdo al **Instructivo N°1** dictado al respecto por la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud y en los formatos dispuestos por ese organismo. Por tanto, declaro formalmente que durante el año 2012 no ha existido ninguna otra clase de vinculación que implique un interés o efecto económico, incluyendo en ello toda clase de prestaciones de servicios, ya sean civiles, comerciales, profesionales o laborales, entre la Entidad que represento, sus propietarios, socios o evaluadores con prestadores institucionales de salud, sus representantes o sus administradores, sino solamente las que se declaran **en los formularios anexos a la presente declaración**.

2° Declaro formalmente que todas las **actividades de asesoría o capacitación en salud** que la Entidad que represento, sus propietarios, sus socios y sus evaluadores, **hubieren contratado o ejecutado durante el año 2012, en favor de prestadores institucionales de salud**, a título oneroso o gratuito, son únicamente las actividades que se señalan **en los formularios anexos a la presente declaración**, encontrándose cada una de sus páginas firmadas por este representante y debidamente completadas, de acuerdo al **Instructivo N°1** dictado al respecto por la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud y en los formatos dispuestos por ese organismo.

3° Declaro formalmente que toda la información contenida en la documentación adjunta es verídica y exacta.

4° Declaro, por último, que conozco los deberes que impone el Artículo 24 del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, aprobado por el D.S. N° 15, de 2007, del Ministerio de Salud, así como que su incumplimiento acarrea las responsabilidades y sanciones que la ley y dicho reglamento contemplan.

Firma:

R.U.N. N°.....



Intendencia de Prestadores
Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

INSTRUCTIVO N°1
PARA EL CORRECTO LLENADO DE LOS FORMULARIOS ANEXOS A LA
DECLARACIÓN DE INTERESES A QUE SE REFIERE EL INCISO CUARTO DEL
ARTÍCULO 24 DEL REGLAMENTO DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN PARA
PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD

1. Los **formularios anexos a la Declaración de Intereses** serán enviados en archivos Excel a los correos electrónicos de los respectivos representantes legales de las Entidades Acreditadoras.
2. Tales formularios deben ser completados **por el representante legal de la Entidad Acreditadora**, siguiendo estrictamente las presentes instrucciones, con la información relativa a las dos **materias a que se refiere el inciso cuarto del Artículo 24 del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud** (en adelante, "el Reglamento"), a saber:
 - a)** Sobre las relaciones comerciales y vinculaciones económicas que la Entidad Acreditadora, sus propietarios, socios y evaluadores hubieren tenido con prestadores institucionales de salud, sus representantes o administradores, durante el año 2012; comprendiéndose entre tales actividades toda clase de vinculación que implique un interés o efecto económico, así como toda clase de prestaciones de servicios, ya sean civiles, comerciales, profesionales o laborales; y
 - b)** Sobre toda actividad de asesoría o capacitación en salud que la Entidad Acreditadora, sus propietarios, socios y evaluadores hubieren ejecutado a prestadores institucionales de salud durante el año 2012.
3. Las personas naturales y jurídicas cuyos intereses deben ser informados según el inciso cuarto del Artículo 24 del Reglamento, son las siguientes, debiendo entenderse las diversas categorías de personas y entidades que allí se mencionan de la siguiente manera:

- a) "**Entidad Acreditadora**": Persona jurídica autorizada como tal por la Intendencia de Prestadores;
 - b) "**Propietarios de la Entidad**": Son las personas que han poseído o poseen derechos propietarios, durante todo o parte del año 2012, respecto en la sociedad o persona jurídica que constituye la Entidad Acreditadora, según sea el tipo de persona jurídica de que se trate, tales como los **socios, accionistas o titulares** de dicha entidad;
 - c) "**Socios de la Entidad**": Son aquellas personas naturales o jurídicas con las cuales la Entidad Acreditadora se ha asociado, contractualmente o de hecho, con fines económicos durante todo o parte del año 2012; y
 - d) "**Evaluadores de la Entidad**": Son todos los profesionales evaluadores que, habiendo sido aprobados como tales por la Intendencia de Prestadores, integraron el cuerpo de evaluadores de la Entidad Acreditadora durante todo o parte del año 2012. **Entre ellos debe considerarse a quienes hayan ejercido la función de Director Técnico** (titular o subrogante) de la Entidad Acreditadora durante todo o parte del año 2012.
4. Las entidades o personas con las cuales personas señaladas en el N° anterior se vincularon durante todo o parte del año 2012, y respecto de las cuales se debe informar sobre las relaciones comerciales o vinculaciones económicas que hayan mantenido con ellas, son las siguientes:
- a) "**Prestadores Institucionales de Salud**": Son las personas naturales o jurídicas que poseen derechos propietarios sobre todo o parte de un establecimiento de salud;
 - b) "**Representantes de un Prestador Institucional de Salud**": Son las personas naturales o jurídicas con facultades para representar a los propietarios de un prestador institucional de salud;
 - c) "**Administrador de un Prestador Institucional de Salud**": Son las personas naturales a las cuales se ha encargado la gestión de los asuntos del prestador institucional, tales como sus **directivos, gerentes, jefes administrativos, jefes de servicios clínicos**.
5. Además, de conformidad con lo dispuesto en el inciso cuarto del Artículo 24 del Reglamento, se debe informar sobre todas las actividades de asesoría o capacitación en salud que las Entidades Acreditadoras, sus propietarios, socios y evaluadores hubieren contratado o ejecutado durante el año 2012, a título gratuito u oneroso, debiendo entenderse por tales todas las actividades de **asesoría en salud**, esto es, aquéllas por las cuales se hubiere otorgado consejo, ilustración, acompañamiento o monitoreo en materias relacionadas con la salud, o de **capacitación en salud**, esto es, haber prestado servicios destinados a aumentar las habilidades o aptitudes del prestador o de sus funcionarios en temas de salud.

6. **"Formulario A":**

- a. En este formulario, el representante legal de la Entidad deberá **identificar claramente a la Entidad Acreditadora** que representa, así como a cada uno de los que, durante todo o parte del año 2012, ostentaron la calidad de "**propietarios**" de dicha Entidad, a las personas naturales y jurídicas que hubieren sido "**socios**" de la Entidad y a cada uno de los "**evaluadores y Directores Técnicos**" de la Entidad, considerando las definiciones señaladas en el **Nº3** precedente.
 - b. Respecto de cada una de las personas naturales y jurídicas antes referidas, deberá indicarse su nombre completo y el Nº de su Rol Único Tributario.
 - c. **Asimismo, respecto de cada una de tales personas deberá señalarse, marcando al efecto una cruz en el recuadro respectivo, si durante el año 2012 mantuvo o ejecutó, o no, alguna de las vinculaciones económicas o actividades a que se refieren los literales a) y b) del Nº2 precedente.**
 - d. Si alguna de ellas hubiere mantenido o ejecutado, durante el año 2012, alguna de tales **vinculaciones económicas a que se refiere la letra a) del Nº2** del presente instructivo, deberán completarse en el "**Formulario B**" los datos que dicho formulario requiere respecto de tales vinculaciones económicas.
 - e. Por su parte, si alguna de ellas hubiere ejecutado alguna de las **actividades de asesoría o capacitación en salud a que se refiere la letra b) del Nº2 precedente,** deberán completarse en el "**Formulario C**" los datos que dicho formulario requiere respecto de tales actividades de asesoría o capacitación en salud.
7. **"Formulario B":** En este tipo de formulario se informarán todas las relaciones comerciales, esto es, las vinculaciones económicas de cualquier tipo, así como la prestación de servicios civiles, comerciales, profesionales o laborales, que cada las **entidades y personas identificadas en el "Formulario A"** hubieren tenido con **prestadores institucionales de salud**, con sus **representantes** y con sus **administradores, durante el año 2012.**
8. **"Formulario C":** En este formulario se informarán todas las actividades de asesoría o capacitación en salud que cada una de las **entidades y personas identificadas en el "Formulario A"** hubieren ejecutado, **durante el año 2012,** en favor de **prestadores institucionales de salud.**
9. Una vez completados los formularios según las instrucciones precedentes, ellos deben ser impresos en papel y el representante legal de la entidad deberá

firmar cada una de sus hojas. Estas firmas no deben necesariamente ser autorizadas ante Notario Público.

10. Los formularios debidamente completados, **deberán ser ingresados en las Oficinas de la Superintendencia de Salud, a más tardar, el día 31 de enero de 2012**, junto con la respectiva Declaración de Intereses, esta última debidamente firmada ante Notario Público.
11. Además, los archivos excel relativos a los formularios adjuntos antes referidos, deberán ser **enviados, a más tardar, el día 31 de enero de 2012, al correo electrónico acreditacion@superdesalud.gob.cl**.
12. Cualquier duda relativa a la aplicación de las presentes instrucciones debe ser formulada por el representante legal de la Entidad Acreditadora al correo electrónico **consultasacreditacion@superdesalud.gob.cl**.

INTENDENCIA DE PRESTADORES SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Enero, 2013.-

