

SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Intendencia de Prestadores de Salud
Subdepartamento de Gestión en Calidad en Salud
Unidad de Gestión en Acreditación

RESOLUCIÓN EXENTA IP/Nº 4592

SANTIAGO, 18 OCT. 2021

VISTOS Y CONSIDERANDOS:

1) Lo dispuesto en el N°2, del Artículo 121 del DFL N°1, de 2005, de Salud; en la Ley N°19.880; en los artículos 9° y siguientes del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, aprobado por el D.S. N°15, de 2007, del Ministerio de Salud; y en la Resolución RA 882/52/2020, de 2 de marzo de 2020;

2) La Resolución Exenta IP/N°1.843, 29 de mayo de 2020, mediante la cual se declaró acreditado al prestador institucional "**DIALISIS SAN JOSÉ DE CHIMBARONGO**"; el que se encuentra inscrito bajo el N°756 del Registro Público de Prestadores Institucionales Acreditados;

3) El Ingreso N°200.426, de 30 de septiembre de 2021, mediante el cual se informa el cambio de razón social, del prestador arriba señalado, al que se adjunta la correspondiente resolución sanitaria, emitida por la Secretaría Regional Ministerial de Salud de la Región de Valparaíso, que señala: "1. **TÓMASE CONOCIMIENTO del CAMBIO DE Razón Social de Centro de diálisis (DS N°45), autorizado el 07/12/2018 con la RESOLUCIÓN Exenta N°2603, de DIALISIS SAN JOSÉ CHIMBARONGO E.I.R.L., RUT:76245983-3 representado por MIGUEL ANGEL SAAVEDRA LIZAMA RUT:6672134-5, a SOCIEDAD HEMODIALISIS CONCON SPA, RUT:77427731-5, representado por FLORENCE MARIE BETSIE FRANCOIS CORBALÁN, RUT:20679726-6, con domicilio en Clarendia 896, comuna de CONCÓN, REGIÓN DE VALPARAÍSO.**". En consecuencia, dicha resolución se deja constancia de dicho cambio, quedando los datos del prestador institucional, de la siguiente manera: "**SOCIEDAD HEMODIÁLISIS CONCON SpA**", RUT: 77.427.731-5.

Además, en ese mismo documento, se informa el cambio de los representantes legales, siendo las actuales representantes la Sra. **Florence Marie Betsie Francois Corbalán**, cédula de identidad N°20.679.726-6; y la Sra. **Rossanna Fuentes Pizarro**, cédula de identidad N°10.648.365-5;

4) Que, por un error de hecho, en el Registro de Prestadores Acreditados que lleva esta Intendencia, se registró como domicilio del prestador el de calle Santa Margarita número 1.431, de la comuna de Concón, Región de Valparaíso, en circunstancias que el domicilio correcto es calle **Clarendia número 896, comuna de Concón, Región de Valparaíso**, lo que se ordenará rectificar,

Y TENIENDO PRESENTE las disposiciones legales y reglamentarias precedentemente señaladas, vengo en dictar la siguiente

RESOLUCIÓN:

1° MODIFÍQUESE la inscripción del prestador señalado en el **N° 2** de los vistos precedentes, en el sentido de modificar su razón social y representación legal, en el sentido que se señala en el N°3 precedente;

2° RECTIFÍQUESE la inscripción del prestador en el sentido de modificar su domicilio, registrando el de Clarencia número 896, comuna de Concón, Región de Valparaíso.

3° ORDÉNASE informar a esta Intendencia los datos relativos a la representante legal que actuará a nombre de la "SOCIEDAD HEMODIÁLISIS CONCÓN SpA", ante este órgano de control, como también su correo electrónico y domicilio, a fin de que su inscripción se mantenga conforme a las normas; lo anterior, dentro del plazo de diez días hábiles, contado desde la notificación de la presente resolución, bajo apercibimiento del bloqueo de sus datos en el Registro Público de Prestadores Institucionales Acreditados.

4° PRACTÍQUESE las modificaciones antedichas por el Funcionario Registrador de esta Intendencia, dentro del plazo de 5 días hábiles contado desde que se le intime la presente resolución.

5° AGRÉGUENSE por el Funcionario Registrador de esta Intendencia una copia electrónica de la presente resolución en la inscripción que mantiene el prestador en el Registro Público de Prestadores Institucionales Acreditados.

6° NOTIFÍQUESE la presente resolución al solicitante.

REGÍSTRESE Y ARCHÍVESE



CARMEN MONSALVE BENAVIDES
INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

CSR/MCCP/CCG/CCV

DISTRIBUCIÓN:

- Representantes Legales Prestador Institucional
- Jefa (S) Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Encargada (S) Unidad de Gestión en Acreditación IP
- Subdepartamento de Sanciones y Apoyo Legal
- Funcionario Registrador IP
- Expediente Prestador
- Oficina de Partes
- Archivo