



**Servicio de Salud
Viña del Mar-Quillota**
Int. N° 34 del 14.02.2024

RESOLUCIÓN EXENTA (e) N°

REF: Aprueba cartera de prestaciones del hospital de Calera.

VIÑA DEL MAR,

VISTOS:

Lo dispuesto en la Ley N° 18.575 sobre Bases Generales de la Administración del estado, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N° 1/19.653, publicado con fecha 17 de noviembre del 2001. Lo establecido en la Ley N° 18.880, que Establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de la Administración del Estado. Lo dispuesto en la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N° 29, publicado con fecha 16 marzo de 2005. Las facultades que a la suscrita otorgan el decreto con Fuerza Ley N°1/2005 del Ministerio de Salud, Publicado con fecha 24 de abril de 2006, que fija el texto refundido, Coordinado y Sistematizado del decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N° 18.983 y N°18.469, conjuntamente con los Decretos Supremos N° 140/2005 y 52/2022 ambos del Ministerio de Salud.

CONSIDERANDO:

1. Que, con arreglo art 18 bis del DL 2763 de 1979 al Director del Servicio le corresponde la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud.

Conjuntamente con ello, debe ejercer acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de la población y velar por el desarrollo Integral de la Red Asistencial del Servicio, lo que se ve reflejado en la planificación de las diferentes prestaciones que deben otorgarse a los usuarios. Conjuntamente con lo anterior, corresponde al Director del Servicio velar por una organización interna que busque eficiencia y

oportunidad en el desarrollo de las de las diversas materias relacionadas con el actuar sanitario hacia la población, en especial en lo tocante a los Programas que implican la ejecución de políticas definidas por el Ministerio de Salud como prioritarias.

2. Que, la Red de Salud Pública antes descrita se encuentra constituida dentro de la jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota por 11 (once) hospitales; Sistema de Atención Integral Médico de Urgencia (SAMU); Centros de Salud Mental; El Centro Odontopediátrico Simón Bolívar y el Sistema de Atención Primaria de Salud Municipal, correspondiente a 18 comunas, cada una de las cuales cuenta con múltiples dispositivos de salud.

3.- Que, el artículo 3° del Decreto 140 /86 que establece el Reglamento orgánico de los Servicios de Salud, establece que la Red Asistencial de cada Servicio estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que formen parte de del Servicio y de los establecimientos Municipales de Atención Primaria de salud de su territorio.

4.- A su turno, el artículo 7° del Decreto 140 ya citado, señala que le corresponderá al Director de cada Servicio la organización, planificación, coordinación, evaluación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia.

5.- En concordancia con el objetivo general antes descrito corresponde definir la Cartera de Prestaciones que corresponde brindar a los usuarios por parte de los distintos Establecimientos de la Salud, las cuales han sido definidas y trabajadas conjuntamente con la Dirección y sus referentes en las distintas áreas clínicas, con los directores de cada establecimiento y con los referentes técnicos cada área o Programa de Salud.

6.- Correo electrónico de fecha 13 de febrero del 2024 de doña Beatriz Funes Aguilera, Referente Mapa Derivación; Coordinadora de Sidra, del Departamento de Gestión Asistencial dirigido al jefe del Departamento Jurídico solicitando se dicte Resolución para aprobación de la Cartera de Prestaciones para el **Hospital de Calera**

RESUELVO:

1.- **FÍJASE** la siguiente cartera de prestaciones año 2024 para el *hospital de Calera*:

RESOLUCIÓN:

Usuario /a	Macroproceso	Proceso (Unidad o Servicio)	Subproceso (Consulta, Procedimiento, etc)	FONASA				Hospital Dr. Mario Sánchez Vergara (La Calera)
				GRUPO	SUB-GRUPO	PRESTACIÓN	GLOSA	
Adulto	Ambulatorio	CAE	GRUPO 1: ATENCION ABIERTA	01	01	001	CONSULTA MEDICINA GENERAL	X
Adulto	Ambulatorio	CAE	GRUPO 1: ATENCION ABIERTA	01	01	204	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGIA	X
Adulto	Ambulatorio	CAE	GRUPO 1: ATENCION ABIERTA	01	01	310	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDAD EN TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia	X
Adulto	Ambulatorio	CAE	GRUPO 1: ATENCION ABIERTA	01	01	323	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGIA ADULTO	X
Adulto	Ambulatorio	CAE	GRUPO 1: ATENCION ABIERTA	01	02	008	CONSULTA O CONTROL POR ENFERMERA	X
Adulto	Ambulatorio	CAE	GRUPO 1: ATENCION ABIERTA	01	02	009	CONSULTA O CONTROL POR MATRONA	X
Adulto	Ambulatorio	CAE	GRUPO 1: ATENCION ABIERTA	01	02	010	CONSULTA O CONTROL POR NUTRICIONISTA	X
Adulto	Ambulatorio	CAE	GRUPO 1: ATENCION ABIERTA	01	04	002	VISITA A DOMICILIO POR ASISTENTE SOCIAL	X
Adulto	Ambulatorio	CAE	GRUPO 1: ATENCION ABIERTA	01	04	003	VISITA A DOMICILIO POR AUXILIAR DE ENFERMERIA	X
Adulto	Ambulatorio	CAE	GRUPO 1: ATENCION ABIERTA	01	04	004	VISITA A DOMICILIO POR ENFERMERA	X
Adulto	Ambulatorio	CAE	GRUPO 1: ATENCION ABIERTA	01	04	006	VISITA A DOMICILIO POR NUTRICIONISTA	X
Ambos	Urgencia		GRUPO 1: ATENCION ABIERTA	01	06	002	CURACION SIMPLE AMBULATORIA	X
Ambos	Ambulatorio		GRUPO 1: ATENCION ABIERTA	01	08	001	TELECONSULTA MEDICINA GENERAL	X
Adulto	Hospitalizado		GRUPO 2: ATENCION CERRADA	02	01	010	DIA CAMA DE HOSPITALIZACION INTEGRAL CUIDADOS BASICOS	X
Adulto	Hospitalizado		GRUPO 2: ATENCION CERRADA	02	01	501	DIA CAMA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA CUIDADOS BASICOS	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3: EXAMENES DE LABORATORIO	03	01	034	CLASIFICACION SANGUINEA AB0 Y RHD	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3: EXAMENES DE LABORATORIO	03	01	036	HEMATOCRITO (PROC. AUT.)	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3: EXAMENES DE LABORATORIO	03	01	038	HEMOGLOBINA EN SANGRE TOTAL (PROC. AUT.)	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3: EXAMENES DE LABORATORIO	03	01	045	HEMOGRAMA (INCLUYE RECUENTOS DE LEUCOCITOS, ERITROCITOS, PLAQUETAS,	X

Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	01	059	TIEMPO DE PROTROMBINA (INCLUYE INR, RAZON INTERNACIONAL NORMALIZADA)	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	01	064	RECUESTO DE ERITROCITOS, ABSOLUTO (PROC. AUT.)	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	01	065	RECUESTO DE LEUCOCITOS, ABSOLUTO (PROC. AUT.)	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	01	067	RECUESTO DE PLAQUETAS (ABSOLUTO)	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	01	085	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL DE (TTPA, TTPK O SIMILARES)	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	01	086	VELOCIDAD DE ERITROSEDIMENTACION (PROC. AUT.)	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	02	008	AMILASA, EN SANGRE	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	02	023	CREATININA EN SANGRE	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	02	024	CLEARANCE DE CREATININA (PROC.AUT.)	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	02	025	CREATINQUINASA CK - MB ACTIVIDAD	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	02	026	CREATINQUINASA CK - TOTAL	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	02	027	TROPONINA	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	02	030	DESHIDROGENASA LACTICA TOTAL (LDH)	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	02	032	ELECTROLITOS PLASMATICOS (SODIO, POTASIO, CLORO) C/U	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	02	034	PERFIL LIPIDICO (INCLUYE MEDICIONES DE COLESTEROL TOTAL, HDL-COLESTEROL Y	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	02	046	BICARBONATO), TODOS O CADA UNO DE LOS PARAMETROS	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	02	047	GLUCOSA EN SANGRE	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	02	048	GLUCOSA, PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA ORAL (PTGO), (DOS DETERMINACIONES)	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	02	057	NITROGENO UREICO Y/O UREA, EN SANGRE	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	02	075	PERFIL BIOQUIMICO (DETERMINACION AUTOMATIZADA DE 12 PARAMETROS)	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	02	100	PROTEINAS TOTALES EN SANGRE	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	02	101	ALBUMINAS EN SANGRE	X

Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	02	076	PERFIL HEPATICO (INCLUYE TIEMPO DE PROTROMBINA, BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA,	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	03	024	TIROESTIMULANTE (TSH), HORMONA (ADULTO, NIÑO O R.N.)	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	03	026	TIROXINA LIBRE (T4L)	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	05	007	ANTICUERPOS ANTIMICROSOMALES Y ANTITIROGLOBULINAS Y OTROS ANTICUERPOS:	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	05	070	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	05	019	FACTOR REUMATOIDEO POR TECNICA DE LATEX U OTRAS SIMILARES	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	05	031	PROTEINA C REACTIVA POR TECNICAS AUTOMATIZADAS	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	06	002	BACILOSCOPIA ZIEHL-NEELSEN, C/U	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	06	005	TINCION DE GRAM	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	06	007	COPROCULTIVO, C/U	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	06	008	CULTIVO CORRIENTE (EXCEPTO COPROCULTIVO, HEMOCULTIVO Y UROCULTIVO) C/U	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	06	011	UROCULTIVO, RECUENTO DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA (CUALQUIER TECNICA)	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	06	091	HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO. INCLUYE ANTIBIOGRAMA CON CIM	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	06	014	CULTIVO PARA CAMPYLOBACTER, YERSINIA, VIBRIO, C/U	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	06	016	NEISSERIA GONORRHOEAE (GONOCOCCO)	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	06	023	CULTIVO MYCOPLASMA Y UREAPLASMA, C/U.	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	06	026	ANTIBIOGRAMA CORRIENTE (MINIMO 10 FARMACOS) (EN CASO DE UROCULTIVO NO	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	06	098	TOXINA CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN DEPOSICIONES TEST RAPIDO	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	06	108	HELICOBACTER PYLORI, DETECCION EN DEPOSICIONES, TEST RAPIDO	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	06	034	CLAMIDIAS POR INMUNOFUORESCENCIA, PEROXIDASA, ELISA O SIMILARES	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	06	038	R.P.R.	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	06	051	GRAHAM, EXAMEN DE (INCLUYE DIAGNOSTICO DE GUSANOS MACROSCOPICOS Y EXAMEN	X

Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	06	059	COPROPARASITOLÓGICO SERIADO SIMPLE (INCLUYE DIAGNÓSTICO DE GUSANOS)	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	06	169	ANTICUERPOS VIRALES, DETERM. DE H.I.V.	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	06	070	ANTIGENOS VIRALES DETERM. DE (ADENOVIRUS, CITOMEGALOVIRUS, HERPES SIMPLEX,	X
Ambos	Transversal		GRUPO 3:EXAMENES DE LABORATORIO	03	06	170	ANTIGENOS VIRALES DETERM. DE ROTAVIRUS, POR CUALQUIER TÉCNICA	X
Ambos	Transversal		GRUPO 4:IMAGENOLOGIA	04	01	002	RADIOGRAFIA DE PARTES BLANDAS, LARINGE LATERAL, CAVUM RINOFARINGEO (RINOFARINX).	X
Ambos	Transversal		GRUPO 4:IMAGENOLOGIA	04	01	009	RADIOGRAFIA DE TORAX SIMPLE FRONTAL O LATERAL	X
Ambos	Transversal		GRUPO 4:IMAGENOLOGIA	04	01	013	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE	X
Ambos	Transversal		GRUPO 4:IMAGENOLOGIA	04	01	031	RADIOGRAFIA DE CAVIDADES PERINASALES, ORBITAS, ARTICULACIONES	X
Ambos	Transversal		GRUPO 4:IMAGENOLOGIA	04	01	032	RADIOGRAFIA DE CRANEO FRONTAL Y LATERAL	X
Ambos	Transversal		GRUPO 4:IMAGENOLOGIA	04	01	042	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL O ATLAS-AXIS (FRONTAL Y LATERAL)	X
Ambos	Transversal		GRUPO 4:IMAGENOLOGIA	04	01	045	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSAL O DORSOLUMBAR LOCALIZADA, PARRILLA COSTAL	X
Ambos	Transversal		GRUPO 4:IMAGENOLOGIA	04	01	049	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TOTAL, PANORAMICA CON FOLIO GRADUADO FRONTAL O LATERAL	X
Ambos	Transversal		GRUPO 4:IMAGENOLOGIA	04	01	051	RADIOGRAFIA DE PELVIS, CADERA O COXOFEMORAL	X
Ambos	Transversal		GRUPO 4:IMAGENOLOGIA	04	01	053	RADIOGRAFIA DE SACROCOXIS O ARTICULACIONES SACROILIACAS.	X
Ambos	Transversal		GRUPO 4:IMAGENOLOGIA	04	01	054	RADIOGRAFIA DE BRAZO, ANTEBRAZO, CODO, MUÑECA, MANO, DEDOS, PIE (FRONTAL Y	X
Ambos	Transversal		GRUPO 4:IMAGENOLOGIA	04	01	055	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA.	X
Ambos	Transversal		GRUPO 4:IMAGENOLOGIA	04	01	060	RADIOGRAFIA DE HOMBRO, FEMUR, RODILLA, PIERNA, COSTILLA O ESTERNON FRONTAL Y	X
Adulto	Hospitalizado		GRUPO 4:IMAGENOLOGIA	04	04	002	ECOGRAFIA OBSTETRICA	X
Adulto	Hospitalizado		GRUPO 4:IMAGENOLOGIA	04	04	005	ECOGRAFIA TRANSVAGINAL O TRANSRECTAL	X
Ambos	Transversal		GRUPO 6:KINESIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL	06	01	101	EVALUACION KINESIOLOGICA INTEGRAL	X
Adulto	Transversal		GRUPO 6:KINESIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL	06	01	103	ATENCION KINESIOLOGICA INTEGRAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	X
Ambos	Transversal		GRUPO 6:KINESIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL	06	01	105	ATENCION KINESIOLOGICA INTEGRAL AMBULATORIA	X
Adulto	Transversal		GRUPO 6:KINESIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL	06	01	106	ATENCION KINESIOLOGICA INTEGRAL DOMICILIARIA	X
Adulto	Transversal		GRUPO 12:OFTALMOLOGIA	12	01	012	RETINOGRAFIA, BILATERAL	X

Adulto	Transversal		GRUPO 12:OFTALMOLOGIA	12	01	027	EXAMEN OPTOMETRICO C/S PRESCRIPCION DE LENTES	X
Adulto	Transversal		GRUPO 12:OFTALMOLOGIA	12	01	019	EXPLORACION VITREORRETINAL, AMBOS OJOS	X
Adulto	Transversal		GRUPO 12:OFTALMOLOGIA	12	01	029	CUERPO EXTRAÑO CONJUNTIVAL Y/O CORNEAL EN ADULTOS	X
Adulto	Transversal		GRUPO 12:OFTALMOLOGIA	12	02	016	CHALAZION Y OTROS TUMORES BENIGNOS (UNO O MAS, UNILATERAL), TRAT. QUIR. COMPLETO	X
Adulto	Transversal		GRUPO 12:OFTALMOLOGIA	12	02	026	PTERIGION Y/O PSEUDOPTERIGION O SU RECIDIVA, EXTIRPACION	X
Adulto	Transversal		GRUPO 13:OTORRINOLARINGOLOGIA	13	03	001	EVALUACION DE VOZ	X
Adulto	Transversal		GRUPO 13:OTORRINOLARINGOLOGIA	13	03	002	EVALUACION DE HABLA	X
Ambos	Transversal		GRUPO 13:OTORRINOLARINGOLOGIA	13	03	003	EVALUACION DEL LENGUAJE (INCLUYE VOZ, HABLA Y ASPECTO SEMANTICO, SINTACTICO Y	X
Adulto	Transversal		GRUPO 13:OTORRINOLARINGOLOGIA	13	03	004	REHABILITACION DE LA VOZ	X
Ambos	Transversal		GRUPO 13:OTORRINOLARINGOLOGIA	13	03	005	REHABILITACION DEL HABLA Y/O DEL LENGUAJE (MAXIMO 30 SESIONES ANUALES)(CADA	X
Adulto	Transversal		GRUPO 13:OTORRINOLARINGOLOGIA	13	03	006	REHABILITACION DE LA DEGLUCION	X
Adulto	Transversal		GRUPO 13:OTORRINOLARINGOLOGIA	13	03	007	EVALUACION CLINICA DE LA DEGLUCION	X
Adulto	Ambulatorio		GRUPO 16:DERMATOLOGIA Y TEGUMENTOS	15	02	002	HERIDAS DE LA CARA SIMPLES: 1 O VARIAS DE HASTA 5 CMS. QUE SOLO COMPROMETEN PIEL	X
Adulto	Ambulatorio		GRUPO 16:DERMATOLOGIA Y TEGUMENTOS	16	02	224	RESTO DEL CUERPO: EXTIRPACION DE LESION BENIGNA SUBEPIDERMICA, INCLUYE TUMOR	X
Adulto	Ambulatorio		GRUPO 16:DERMATOLOGIA Y TEGUMENTOS	16	02	231	ONICECTOMIA TOTAL O PARCIAL SIMPLE	X
Adulto	Urgencia		GRUPO 17:CARDIOLOGIA	17	01	001	E.C.G. DE REPOSO (INCLUYE MINIMO 12 DERIVACIONES Y 4 COMPLEJOS POR DERIVACION)	X
Adulto	Transversal		GRUPO 18:GASTROENTEROLOGIA	18	01	001	GASTRODUODENOSCOPIA (INCLUYE ESOFAGOSCOPIA)	X
Adulto	Transversal		GRUPO 18:GASTROENTEROLOGIA	18	01	006	COLONOSCOPIA LARGA (INCLUYE SIGMOIDOSCOPIA Y COLONOSCOPIA IZQUIERDA)	X
Adulto	Transversal		GRUPO 18:GASTROENTEROLOGIA	18	01	037	UREASA, TEST DE (PARA HELICOBACTER PYLORI) O SIMILAR	X
Adulto	Urgencia		GRUPO 20:GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	20	01	009	MONITOREO BASAL CON INFORME	X
Adulto	Hospitalizado		GRUPO 20:GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	20	01	015	COLOCACION O EXTRACCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (NO INCLUYE EL VALOR DEL	X
Adulto	Urgencia		GRUPO 20:GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	20	04	103	PARTO NORMAL	X
Adulto	Ambulatorio		GRUPO 21:TRAUMATOLOGIA	21	04	003	QUISTES SINOVALES DE VAINAS FLEXORAS, BURSAS	X
Adulto	Ambulatorio		GRUPO 21:TRAUMATOLOGIA	21	04	093	DEDOS EN GATILLO, TRAT. QUIR., CUALQUIER NUMERO	X
Infantil	Ambulatorio		GRUPO 21:TRAUMATOLOGIA	21	07	009	LUXACION CONGENITA DE CADERA, TRAT. ORTOPEDICO COMPLETO (UNI O BILATERAL)	X

Ambos	Transversal	GRUPO 24:RESCATES, TRASLADOS Y RONDAS RURALES	24	01	061	RESCATE SIMPLE Y/O TRASLADO EN MOVIL 1	X
Ambos	Transversal	GRUPO 24:RESCATES, TRASLADOS Y RONDAS RURALES	24	01	062	RESCATE PROFESIONALIZADO Y/O TRASLADO PACIENTE COMPLEJO MOVIL 2	X
Ambos	Transversal	GRUPO 24:RESCATES, TRASLADOS Y RONDAS RURALES	24	01	063	RESCATE MEDICALIZADO Y/O TRASLADO PACIENTE CRITICO EN MOVIL 3	X
Ambos	Transversal	GRUPO 24:RESCATES, TRASLADOS Y RONDAS RURALES	24	01	064	TRASLADO EN AMBULANCIA	X
Ambos	Ambulatorio	GRUPO 27:ATENCION ODONTOLOGICA	27	01	101	CONSULTA ESPECIALIDAD PERIODONCIA	X
Ambos	Ambulatorio	GRUPO 27:ATENCION ODONTOLOGICA	27	01	103	CONSULTA ESPECIALIDAD ENDODONCIA	X
Ambos	Ambulatorio	GRUPO 27:ATENCION ODONTOLOGICA	27	01	107	CONSULTA ESPECIALIDAD ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MAXILOFACIAL	X
Ambos	Ambulatorio	GRUPO 27:ATENCION ODONTOLOGICA	27	01	109	CONSULTA ESPECIALIDAD REHABILITACION ORAL	X
Ambos	Ambulatorio	GRUPO 27:ATENCION ODONTOLOGICA	27	01	113	CONSULTA O CONTROL POR ODONTOLOGO GENERAL	X
Ambos	Ambulatorio	GRUPO 27:ATENCION ODONTOLOGICA	27	01	115	CONSULTA DE URGENCIA ODONTOLOGICA	X
Ambos	Ambulatorio	GRUPO 27:ATENCION ODONTOLOGICA	27	03	101	APLICACION DE SELLANTES	X
Ambos	Ambulatorio	GRUPO 27:ATENCION ODONTOLOGICA	27	03	102	DESGASTES SELECTIVOS	X
Ambos	Ambulatorio	GRUPO 27:ATENCION ODONTOLOGICA	27	03	103	DESTARTRAJE Y PULIDO CORONARIO	X
Ambos	Ambulatorio	GRUPO 27:ATENCION ODONTOLOGICA	27	03	107	EXODONCIA SIMPLE DIENTE PERMANENTE	X
Ambos	Ambulatorio	GRUPO 27:ATENCION ODONTOLOGICA	27	03	111	OBTURACION VIDRIO IONOMERO	X
Ambos	Ambulatorio	GRUPO 27:ATENCION ODONTOLOGICA	27	04	004	PROTESIS METALICA	X
Ambos	Ambulatorio	GRUPO 27:ATENCION ODONTOLOGICA	27	04	008	REPARACION O REAJUSTE PROTESIS	X
Ambos	Ambulatorio	GRUPO 27:ATENCION ODONTOLOGICA	27	04	011	TRATAMIENTO ORTODONCIA CON APARATOLOGIA REMOVIBLE (INCLUYE APARATO)(AÑO 1)	X
Ambos	Ambulatorio	GRUPO 27:ATENCION ODONTOLOGICA	27	04	012	TRATAMIENTO ORTODONCIA CON APARATOLOGIA FIJA (INCLUYE APARATO) (AÑO 1)	X
Ambos	Ambulatorio	GRUPO 27:ATENCION ODONTOLOGICA	27	04	014	ENDODONCIA MULTIRRADICULAR	X
Ambos	Ambulatorio	GRUPO 27:ATENCION ODONTOLOGICA	27	04	015	ENDODONCIA BIRRADICULAR	X
Ambos	Ambulatorio	GRUPO 27:ATENCION ODONTOLOGICA	27	04	016	ENDODONCIA UNIRRADICULAR	X
Ambos	Ambulatorio	GRUPO 27:ATENCION ODONTOLOGICA	27	04	017	DESTARTRAJE SUBGINGIVAL Y PULIDO RADICULAR	X
Ambos	Ambulatorio	GRUPO 27:ATENCION ODONTOLOGICA	27	05	020	SUTURA SIMPLE DE HERIDA	X
Ambos	Ambulatorio	GRUPO 27:ATENCION ODONTOLOGICA	27	05	023	TRATAMIENTO DE TRAUMATISMO DENTO ALVEOLAR SIMPLE	X

Usuario/a	Macroproceso	Proceso (Unidad o Servicio)	Subproceso (Consulta, Procedimiento, etc)	GLOSA	Hospital Dr. Mario Sánchez Vergara (La Calera)
Adulto	Abierta	CAE	CONSULTAS Y ATENCION POR OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD	Consulta por otros profesionales	X
Adulto	Abierta	CAE	CONSULTAS Y ATENCION POR OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD	Consulta por Asistente Social	X
Adulto-infantil	Abierta	CAE	VISITAS DOMICILIARIAS	Visita a domicilio por otro integrante del equipo de salud	X
Adulto	Abierta	CAE	MISCELANEOS	Consejerías Individual por profesional de salud	X
Adulto	Abierta	CAE	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS	Evaluación y rehabilitación en actividades de la vida diaria	X
Adulto-infantil	Abierta	CAE	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS	Biomicroscopía ocular	X
Adulto-infantil	Abierta	CAE	CONSULTAS Y ATENCION ODONTOLOGICA	Férula Periodoncia	X

2.- **DÉJESE** establecido la obligación de dar cumplimiento a la Cartera de Prestaciones por parte del hospital de Calera en especial en todos sus aspectos relacionados con estándares de procedimiento, acceso y calidad en las prestaciones que deben otorgarse.

3.- **DÉJESE** sin efecto cualquier otra Resolución que verse sobre la misma materia.

4.- **REMÍTASE** copia de la presente Resolución por la Subdirección de Gestión Asistencial a los distintos hospitales, Subdepartamentos y Departamentos que trabajen en coordinación con el hospital ya individualizado.

ANÓTESE, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

**SRA. ANDREA QUIERO GELMI.
DIRECTORA.
S. S. VIÑA DEL MAR – QUILLOTA.**

SRA. AQG/YFB / DST/GGA/ BFA/ PVJ/pvj

DISTRIBUCION:

- Dirección S.S.V.Q
- Subdirección de Gestión Asistencial.
- Hospital San Agustín de Calera.
- Asesoría Jurídica S.S.V.Q.
- Of. de Partes S.S.V.Q.

Aprueba Cartera de Prestaciones año 2024 Hospital de Calera.

Correlativo: 1606 / 20-02-2024

Documento firmado por:

Nombre	Establecimiento	Cargo
Andrea Pilar Quiero Gelmi	DIRECCIÓN SSVQ	Director Servicio Salud

Documento visado por:

Nombre	Establecimiento	Cargo
Dafne Marianne Secul Tahan	DIRECCIÓN SSVQ	Subdirectora de Gestión Asistencial
Beatriz Del Carmen Funes Aguilera	DIRECCIÓN SSVQ	Profesional Y Técnico Universitario
Yasna Valeska Fernandez Barrera	DIRECCIÓN SSVQ	M.C.Med.Integral
Pamela Verdugo Johnston	DIRECCIÓN SSVQ	Profesional Y Técnico Universitario
Gustavo Adolfo Gómez Atabales	DIRECCIÓN SSVQ	Profesional Y Técnico Universitario



Verificar: <https://verificar.ssvq.cl/>

Folio: 1HN-3AT-VLK

Código de verificación: 6AI-LWR-RQP