



DIRECCION
HOSPITAL "DR. ERNESTO TORRES GALDAMES"
IQUIQUE
DR. RRL/MWV/WCM/loa.

RESOLUCIÓN EXENTA N° 2158 /2018.-

IQUIQUE,

04 DIC 2018

VISTOS: Lo dispuesto por la Ley N° 18.575 Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del año 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, publicada en el Diario Oficial el 17 de noviembre del año 2001, que fija su texto refundido, coordinado y sistematizado; lo dispuesto por el objetivo Gubernamental N° 2 instruido en Gabinete Presidencial N° 369 del 06.03.2015; lo expuesto por el Documento Técnico N° 70 del CAIGG; lo dispuesto en el DFL N° 1 del 2006, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763 del 1979 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469; lo dispuesto por el Artículo 46 letras c) y e) del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; lo dispuesto Decreto N° 38/2005 del Ministerio de Salud que regula los Establecimientos de Salud de menor complejidad y los Establecimientos Autogestionados en Red; lo dispuesto por la Resolución Exenta N° 2257/2018 de la Dirección del Servicio de Salud de Iquique; lo dispuesto por Resolución Exenta N° 1751 del 28 de septiembre 2018 de la Dirección del Hospital "Dr. Ernesto Torres Galdames" de Iquique que da cuenta de la nueva organización hospitalaria y en uso de las facultades de la reglamentación orgánica.

CONSIDERANDO:

- 1.- La necesidad de establecer la Política de Gestión de Riesgos del establecimiento Dr. Ernesto Torres Galdames de acuerdo al documento técnico n° 70 del Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno.
- 2.- El requerimiento de establecer una organización funcional para la gestión del riesgo operacional, complementario a la labor del equipo Directivo que tiene por principios la mantención, mejoramiento y aseguramiento de procesos relevantes institucionales.
- 3.- La necesidad de establecer la Política y criterios para el tratamiento de los riesgos del hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, asociado a un Manual de Prevención de Lavado de Activos, Financiamiento al Terrorismo y Delitos Funcionarios (LA/FT/DF).

RESOLUCION:

- I. **APRUEBASE** la "Política de Gestión de Riesgos del Hospital "Dr. Ernesto Torres Galdames", según texto que se transcribe a continuación:

1. Declaración, El hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, reconoce que la gestión de riesgos es esencial para el desarrollo de los procesos institucionales y que es una herramienta fundamental para identificar, evaluar y prevenir los acontecimientos o situaciones potenciales que puede afectar la continuidad de la atención al beneficiario, así como el cumplimiento de las obligaciones legales.

2. Compromiso; Se establece el compromiso de minimizar los riesgos a través del control periódico de sus procesos, para asegurar el cumplimiento de sus definiciones estratégicas y el marco legal aplicable. Lo anterior por medio de un sistema de gestión de los riesgos, estructurado, consistente y continuo implementado a través de toda la organización, reconociendo amenazas y oportunidades que pueden afectar el logro de los objetivos de la institución.

Para el logro de este compromiso todos los integrantes de la institución deben cumplir su rol y asegurar el éxito en la gestión de riesgos, sin perjuicio que la responsabilidad principal de la identificación y manejo de estos recaen en la alta dirección y su equipo directivo.

El compromiso se focaliza en:

- Reconocimiento de la responsabilidad en materia de gestión de riesgos.
- Apoyo y compromiso de la dirección del Hospital.
- Aporte de todos los estamentos.
- Liderazgo de las jefaturas.

Además, el hospital adquiere la responsabilidad de diseñar y aplicar los procedimientos de control que permitan identificar y evaluar aquellos eventos internos o externos, que puedan afectar el normal desarrollo de los procesos y el cumplimiento de los objetivos institucionales. Dentro de estos criterios, corresponde administrar los riesgos identificados y a partir de estos monitorearlos y corregirlos, y así, evitar la extensión de sus efectos, bajo parámetros de calidad.

Fundamentos de la Gestión de Riesgos del Hospital:

- La integridad y consistencia de los procesos de prestación de servicios, y aquellos de soporte y administrativos que los sustentan.
- La gestión de los recursos humanos, a través del levantamiento y actualización permanente de los perfiles de cargo y del fortalecimiento de las competencias, habilidades y entrenamiento.
- La estructura, la pertinencia, la oportunidad y seguridad de la información.
- El manejo documental del sistema de gestión de riesgos será de acuerdo a lo establecido en el sistema de gestión de la calidad.

El proceso de Gestión de Riesgos dará cumplimiento a los siguientes aspectos:

- La existencia de un ambiente controlado de gestión de riesgos que, definido por la dirección, establezca estrategias corporativas y una estructura de supervisión adecuada.
- La definición y documentación de la exposición al riesgo a lo largo de los procesos y lineamientos, de acuerdo con criterios de las normas de calidad.
- La cuantificación del impacto y probabilidad de ocurrencia para cada uno de los riesgos identificados.
- Evaluación y seguimiento permanente de los eventos que generan perjuicio económico o que afecten la imagen corporativa del Hospital.

3. Alcance

La política institucional se enmarca dentro de la misión declarada del Hospital Ernesto Torres Galdames, que señala:

"Otorgar prestaciones de salud determinadas por la red asistencial con acceso, oportunidad, calidad y seguridad a la población beneficiaria, siendo ésta el centro de nuestro quehacer, respetando sus diferencias, promoviendo su participación; a través de la eficiente autogestión de sus recursos, humanos, tecnológicos y financieros; en una cultura organizacional sólida con equipos comprometidos, respetuosos, empáticos y en un clima laboral adecuado. Así mismo, colaborar con la transmisión de experiencia y conocimiento a las futuras generaciones a través de la docencia e investigación."

Considerado el gran desafío, se reconoce la necesidad de promover el mejoramiento continuo de los procesos, de las competencias de las personas, de mantener un clima laboral que motive a las personas, y de la satisfacción de los usuarios internos y externos.

Esta política es de aplicación obligatoria a toda la institución, sus procesos estratégicos y de soporte, tanto a sus funcionarios y funcionarias. En concordancia con las políticas institucionales ya definidas, como la política de calidad y de seguridad de la información, política de recursos humanos y capacitación.

4. Metodología

En conformidad al documento técnico N°70 del CAIGG, que propone una metodología de enfoque técnico basado principalmente en:

- El análisis de los procesos según enfoque de una atención segura y de control considerará los siguientes procesos del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames.

1.- Matriz de control de procesos en Planificación Estratégica.

2.- Matriz de control de soporte clínico asociada a desarrollo informático.

3.- Matriz de control de administración y finanzas.

Los procesos se priorizarán en razón de los objetivos estratégicos definidos en la Planificación Estratégica institucional para el mediano plazo bajo una identificación que permita combinar las opiniones de expertos que puede apoyar la identificación del origen y de la influencia, la estimación de la probabilidad y de la consecuencia, y la valoración del riesgo.

5. Objetivos

Para la implementación del proceso de gestión de riesgos, se establecen los siguientes objetivos.

- 1.- Evaluar las alternativas estratégicas, por parte de los directivos superiores.
- 2.- Establecer metas y desarrollar mecanismos para minimizar y gestionar los riesgos identificados.
- 3.- Identificar y gestionar los riesgos que pudieran comprometer la gestión institucional a través del control permanente de los procesos.
- 4.- Visibilizar los riesgos, establecer e informar el plan de tratamiento para la mitigación del impacto de la ocurrencia.
- 5.- Difundir al interior de la organización, conceptos y finalidad del sistema de gestión de los riesgos y sus componentes.
- 6.- Revisar, actualizar y comunicar periódicamente la política de gestión de los riesgos.

6. Criterios para el Tratamiento de los Riesgos.

El plan de tratamiento de riesgos abarcará aquellos procesos que de acuerdo a la matriz de riesgo tienen un nivel de exposición al riesgo superior a 2.

Asimismo, se tratará los subprocesos con nivel de exposición al riesgo MEDIO o MAYOR en subprocesos relacionados con:

1. Contratos laborales y pago de remuneraciones asignados a unidades.
2. Control Financiero.
3. Mantenimiento de equipos clínicos.
4. Adquisiciones y compras públicas.
5. Programación de horas médicas.
6. Gestión de lista de espera.
7. Gestión de pabellones quirúrgicos.
8. Calidad y seguridad del paciente.
9. Cumplimiento de garantías explícitas en salud.
10. Seguridad de la información.

7. Indicadores del Proceso de Gestión de Riesgos.

Para evaluar el grado de cumplimiento, se establece el siguiente indicador de proceso:

Porcentaje de cumplimiento de tarea en relación a las fases definidas en el Documento Técnico N°70 del CAIGG.

Primer año : Se espera el cumplimiento del 60 % de las tareas para la aprobación y formalización de la Matriz estratégica de riesgos del Hospital Dr. Ernesto Torres Galadames.

Segundo año y siguientes : Se espera el cumplimiento del 80% de las tareas del plan de tratamiento, monitoreo por parte de Auditoría interna, plan de comunicación y consultas y actualización de la matriz.

8.- Coordinadores de Riesgos

Para dar soporte a la Matriz cada Jefe de Unidad dependiente de los Centros de Responsabilidad y Subdirecciones del hospital, deberán aprender a trabajar con metodologías de control del riesgo, considerando la estructura vigente hasta el tercer nivel jerárquico, nombrará un coordinador de riesgos.

El rol de los coordinadores de riesgo, es conocer la matriz asignada a su área, la operación, el soporte y reporte de los riesgos operacionales a nivel de servicios clínicos y unidades de apoyo. Los coordinadores de riesgo por unidad, tendrán la función de colaborar con el Comité y las Subdirecciones (Plan Ejecutivo) en el levantamiento de la información sobre identificación y trazabilidad de los riesgos, elaboración de la matriz estratégica y mantenimiento del proceso de gestión de riesgos. Asimismo, realizar la medición del impacto y formulación de respuestas apropiadas al riesgo, medidas para la mejora continua de procesos y monitoreo de las estrategias implementadas para el tratamiento y mitigación de riesgos.

9.- En relación al Plan de comunicación en relación al riesgo:

1.-Objetivo : Difundir los aspectos generales de la política institucional de riesgos y prevención de delitos de lavado de activos y financiamiento del terrorismo, los procedimientos, la matriz estratégica y los resultados del proceso de gestión de riesgos.

2. Responsabilidades fase comunicación:

- Comunicación de resultados, contenido del material de difusión y respuesta a consultas ciudadanas:
- Diseño de videos y presentaciones.
- Unidad de Informatica; Publicación en la página web.

3. Medios de difusión :

- Correo masivo institucional.
- Página web del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames.
- Presentación al Consejo Ejecutivo de Hospital.
- Presentación al Consejo Consultivo
- Otros que sean apropiados para la organización.

4. Contenido

- Resumen de política de Riesgos.
- Política de Riesgos.
- Política de prevención de delitos de lavado de activos y financiamiento del terrorismo.
- Manual de prevención de delitos.

II. **APRUEBASE** la "Matriz de Riesgos del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames", según texto que se transcribe a continuación:

SUBPROCESO	PONDERACIÓN	ETAPA	OBJETIVO CENTRAL
Adquisición de Bienes/ Plan Compras	2,4	Planificación de Compras	Realizar una adecuada planificación en relación a la capacidad productiva hospitalaria
Adquisición de Bienes/ Bases Lic	2,4	Elaboración de Bases de Licitación	Elaborar Bases administrativas y técnicas que establezcan la condición más ventajosa entre beneficio-coste del bien
Adquisición de Bienes/ Selección	2,0	Selección	Seleccionar los bienes y servicios con la mejor relación precio- calidad
Adquisición de Servicios	2,4	Contratación de Servicios	Contratar los servicios necesarios para el desarrollo de la función de la institución con la transparencia adecuada
Planificación Operativa Anual de Compras	2,0	Estimar las necesidades reales de insumos, medicamentos y otros del Servicio	Precisar la demanda de medicamentos en un determinado período, a través de métodos de cálculo como por ejemplo el consumo histórico y
Licitaciones (Definición)	2,4	Definición de Recursos y Requerimientos	Obtener productos o servicios requeridos por la Institución, en concordancia con los arsenales farmacológicos y/o insumos vigentes de
Licitaciones Esp. Técnicas	2,4	Elaboración de Bases Administrativas y Especificaciones Técnicas	Establecer formalmente Bases Administrativas y Técnicas adecuadas a la especificación técnicas de lo requerido y dar cumplimiento a la
Proceso general de licitación	2,4	Proceso de Licitación	Elegir la mejor oferta que satisfaga los intereses de la Institución, con criterio costo - efectividad
Recepción y Evaluación de Bienes y Servicios Adquiridos	2,0	Verificar que los bienes despachados por el proveedor corresponden a lo solicitado	Asegurar que los bienes adjudicados según resolución sean los reconocidos técnica, administrativa y financieramente en forma
Recepción y Evaluación de Bienes y Servicios Adquiridos	2,4	Emitir en Sistema Control de Existencia Recepción de los productos que concuerdan	El ingreso oportuno en el Sistema Control de Existencia de los bienes adquiridos y recibidos enodega
Contabilidad/ Pago Facturas	2,3	Pago de facturas	Pagar la deuda hospitalaria priorizando según su antigüedad
Valorización prestaciones entregadas al paciente hospitalizado	2,3	Cobro de medicamentos e insumos a pacientes hospitalizados en Shospitalizados	Realizar un buen cobro de los medicamentos e insumos utilizados por pacientes hospitalizados
Valorización prestaciones entregadas al paciente intervenido quirúrgicamente	2,3	Registro de prestaciones en protocolo operatorio	Mejorar el registro oportuno y completo de prestaciones realizadas a pacientes en pabellón
Control de ejecución presupuestaria	2,4	Control de gasto de Centros de Costos	Aumentar el compromiso de los encargados de centros de costos en la planificación y control del gasto
Adquisiciones	2,4	Compra de bienes y servicios	Aumentar la eficiencia en los procesos de compra
Control de ejecución presupuestaria	2,3	Control de gasto por mantenciones correctivas	Aumentar el compromiso de los encargados de centros de costos en la planificación y control del gasto
Registro Contable	2,2	Registro de Documentos.	Contar con información financiera confiable y oportuna para la buena toma de decisiones
Control de Costos	2,3	Monitoreo de Gastos Farmacia.	Conocer costos de farmacia a nivel de servicios clínicos y unidades de apoyo
Cartera de servicio	2,3	Valorización de prestaciones de la cartera de servicio	Conocer el costo real de las prestaciones de la cartera de servicio
Registro de Prestaciones GES-(PPV-GES)	2,4	Registro de prestaciones GES-(PPV)	Registrar correcta y oportunamente en SIGGES las prestaciones GES
Recaudación SOAP	2,2	Recaudar los ingresos por SOAP pendientes de cobro	Efectuar la recaudación de ingresos por Seguro Obligatorio de Accidentes Personales (SOAP)
Recuperación de Prestaciones Atención Cerrada y de Urgencia	2,2	Recaudar los ingresos de Atenciones Cerradas y Urgencias.	Recaudar la totalidad de las prestaciones de atención cerrada y de urgencia del paciente Isapre
Ingreso de Personal	2,1	Control ingreso de personal.	Que el proceso de selección sea transparente e igualitario para todos los postulantes.
Selección de Personal	2,4	Selección de personal	Que las personas contratadas sean idóneas de acuerdo al cargo y que cumplan los requisitos legales para su contratación
Remuneraciones	2,0	Pago de remuneraciones e incentivos	Pagar en forma adecuada, oportuna y completa los incentivos que ordene la normativa
Uso y Mantención de la Información de RRHH	2,4	Resguardo y Seguridad	Protección de la información para un uso adecuado a su naturaleza y personal autorizado
Eliminación de Información en RRHH	2,0	Destrucción de documentación en papel o soporte electrónico	Eliminación legal y adecuada de toda evidencia documental en determinadas áreas de la institución
Mantener dotación autorizada en relación carga laboral	2,0	Mantener dotación autorizada	Identificar la asignación de la dotación con base a su carga laboral.
Mantener dotación autorizada (reasignación)	2,0	Mantener dotación autorizada	Reasignar los cargos de los centro de responsabilidad de acuerdo con lineamientos de la Dirección
Identificación de brecha por centro de responsabilidad	2,3	Formalización de funcionamiento con brecha de funcionarios.	Establecer formalmente la distribución de cargos por cada CR.
Traspaso de contratos en el SIRH.	2,2	Informe a las Jefaturas y Subdirecciones de las sobredotaciones.	Elaborar informe y dar a conocer la existencia de sobredotación al equipo directivo
Control de Presupuesto	2,3	Conformación del presupuesto anual	Tener un control real en materia presupuestaria similar a la solicitada para asegurar la continuidad de la institución -
Seguimiento a compromisos estratégicos	2,7	Establecer plazos y definiciones estratégicas.	Establecer plazos en formulación de definiciones estratégicas.
Financiamiento PPV	2,3	Convenio PPV	Monitorear oportunamente el cumplimiento del Convenio de Prestaciones Pago Valoradas de manera de asegurar el flujo financiero
Financiamiento GRD	2,4	Piloto Pago Vía GRD	Mejorar el financiamiento GRD a través de procesos efectivos y medibles
Planificación Producción	2,7	Planificación de la producción	Comprometer un nivel determinado de atenciones para el año y que permita planificar el mix productivo público privado considerando la
Planificación Manuales	2,3	Manuales de Organización	Generar un modelo de conexión de funciones en las cuales exista un flujo de información y reportabilidad para control colaborativo
Gestión de Normas y Protocolos	2,6	Gestión de Normas y Protocolos	Asegurar y facilitar los procesos de gestión de información.
Verificación funcionamiento de módulos y la datos de producción	2,3	Revisión y estandarizar los sistemas informáticos	Revisar trazabilidad de sistema en base a su plan original y evaluación del usuario final
Coordinación de horas disponibles/ Programación	2,5	Programación de horas disponibles en agenda	Programar horas medicas por profesionales por agendamiento
Coordinación de horas disponibles/ Ejecución	2,5	Control de ejecución de horas programadas para atención ambulatoria	Controlar la ejecución de consultas en relación a las horas contratadas para una planificación correcta
Plan Anual de Comunicaciones/Estrategia	2,4	Contar con plan anual de comunicaciones	Definir estrategia comunicacional para el hospital.
Acceso a la Información Pública (TP)	2,4	Transparencia Pasiva (Solicitud de información)	Los mecanismos y procedimientos para solicitar información deben ser simples y libres de obstáculo
Acceso a la Información Pública (TA)	2,4	Transparencia Activa (Publicación de la información)	Los órganos del estado posibilitan que la ciudadanía tome conocimiento de los actos de la administración del estado y de la documentación que
Plan Comunicacional Institucional/ Difusión	2,4	Difundir plan comunicacional a la Institución	Mantener a la comunidad hospitalaria informada del procedimiento comunicacional
Plan Comunicacional Institucional/ Control	2,4	Ejecución de actividades hospitalarias.	Cumplir las actividades definidas en el plan comunicacional.
Sumarios Administrativos	2,0	Orientaciones propias de su disciplina profesional	Dar inicio a un sumario administrativo cumpliendo todas sus etapas investigativas

III. **APRUEBASE** la "Manual de Prevención de Lavado de Activos, Financiamiento al Terrorismo y Delitos Funcionarios del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames", según texto que se transcribe a continuación:

UNIDAD DE PLANIFICACION	PROCEDIMIENTO OPERATIVO	PR - 01
		REV. 02
MANUAL DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIAMIENTO AL TERRORISMO Y DELITOS FUNCIONARIOS (LA / FT / DF)		

INDICE

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVO
3. DEFINICIONES Y CONCEPTOS
4. MARCO NORMATIVO
5. POLITICA INSTITUCIONAL
6. ORGANIZACIÓN INTERNA: ROLES Y RESPONSABILIDADES
7. PROCEDIMIENTO DECLARACION ACTIVIDADES
8. TIPIFICACION DE DELITOS
9. SEÑALES DE ALERTA
10. CAPACITACION
11. ENVÍO DE REPORTE DE OPERACIONES SOSPECHOSAS (ROS)
12. REGISTRO DE OPERACIONES EN EFECTIVO (ROE)
13. OBLIGACION DE CUMPLIR CON PROCEDIMIENTO Y REGLAS DEL MANUAL
14. ANEXOS

UNIDAD DE PLANIFICACION	PROCEDIMIENTO OPERATIVO	PR - 01
		REV. 02
MANUAL DE PREVENCION DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIAMIENTO AL TERRORISMO Y DELITOS FUNCIONARIOS (LA / FT / DF)		

INDICE

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVO
3. DEFINICIONES Y CONCEPTOS
4. MARCO NORMATIVO
5. POLITICA INSTITUCIONAL
6. ORGANIZACIÓN INTERNA: ROLES Y RESPONSABILIDADES
7. PROCEDIMIENTO DECLARACION ACTIVIDADES
8. TIPIFICACION DE DELITOS
9. SEÑALES DE ALERTA
10. CAPACITACION
11. ENVÍO DE REPORTE DE OPERACIONES SOSPECHOSAS (ROS)
12. REGISTRO DE OPERACIONES EN EFECTIVO (ROE)
13. OBLIGACION DE CUMPLIR CON PROCEDIMIENTO Y REGLAS DEL MANUAL
14. ANEXOS

	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
REALIZADO POR	William Caqueo M..	Unidad de Planificación	14/11/2018	
REVISADO POR	Marcela Wachtendorff V.	Asesor Jurídico	19/11/2018	
APROBADO POR	Raúl Romero Lamas	Director	19/11/2018	



1. INTRODUCCION

El Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames en el cumplimiento de las disposiciones de la Ley Nº 20.818 que perfecciona los mecanismos de prevención, detección, control, investigación y juzgamiento del delito de lavado de activo, ha estimado necesario el desarrollo y difusión de un manual que entregue orientaciones generales e indique las conductas sospechosas relacionadas con los delitos de la función pública.

Con el objeto de lograr un eficiente mecanismo de prevención de lavado de dinero o blanqueo de activos, se ha dispuesto la elaboración de un Manual de Procedimiento, el cual deberá contener las políticas y procedimientos a aplicar para evitar que la comisión de este tipo de los delitos a que se refiere la Ley N 19.913 que crea la Unidad de Análisis Financiero (UAF) y modifica diversas disposiciones en materia de lavado y blanqueo de activos.

De esta manera, el presente Manual tiene por finalidad constituir una guía para los funcionarios del Hospital Dr. E. Torres G., para los efectos de detectar e informar aquellas operaciones que pudieran considerarse como sospechosas, a la luz de la normativa que al respecto ha señalado tanto la Ley Nº19.913 como la Unidad de Análisis Financiero a través de sus diferentes circulares.

2. OBJETIVO:

Definir los controles efectivos y mecanismos del modelo preventivo, destinados a reforzar los controles para evitar la ocurrencia de delitos relacionados al Lavado de activos, Financiamiento del Terrorismo y Delitos Funcionarios.

Instruir a los funcionarios hospitalarios sobre el procedimiento de reporte interno relativo a operaciones sospechosas de delitos de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Delitos Funcionarios.

Definir responsabilidades y roles que sustentan el modelo de prevención de delitos de Lavado de activos, Financiamiento del Terrorismo y Delitos Funcionarios.

Establecer mecanismos de seguimiento y monitoreo del sistema de prevención implementado al interior de la institución

3. DEFINICIONES Y CONCEPTOS

3.1 Unidad de Análisis Financiero: Servicio Público Descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, creado por la Ley Nº19.913, publicada en el Diario Oficial de fecha 18 de diciembre de 2003, cuya misión principal es prevenir e impedir la utilización del sistema financiero y de otros sectores de la actividad económica, para la comisión de delitos relacionados con lavado de dinero o blanqueo de activos.

3.2 Lavado o blanqueo de activos: Subterfugio para formalizar flujos financieros informales de procedencia ilícita, particularmente el narcotráfico, o como la introducción subrepticia de activos de origen ilícito en los canales legítimos de la economía formal.

3.3 Funcionario Responsable: Su nombramiento formal lo deberá realizar la más alta autoridad de la organización. La designación deberá ser comunicada a toda la organización a través de Resolución Exenta, con la finalidad de que todo el personal conozca plenamente el nombre y cargo del funcionario responsable. En este caso, mediante Resolución Exenta N° 1011 de 23 de Julio de 2015, la Dirección del Hospital designa a la Asesora Jurídica como responsable, cuya función principal es mantener una coordinación interna respecto a la observancia de las instrucciones del manual de procedimiento, el conocimiento de los casos sospechosos y su comunicación a la Unidad de Análisis Financiero.

3.4 Operación sospechosa: Todo acto, operación o transacción que, de acuerdo con los usos y costumbres y la naturaleza de la actividad de que se trate, resulte inusual o carente de justificación económica o jurídica aparente, realizada en forma aislada o reiterada.

3.5 Operación en Efectivo: Operaciones que se materialicen mediante papel moneda o dinero metálico.

3.6 Señales de Alerta: Comportamientos de personas o las características de ciertas operaciones que podrían conducir a detectar una Operación Sospechosa de lavado de activos.

Siglas:

- LA/FT/DF : Lavado de activos, Financiamiento al terrorismo y Delito Funcionario.
- OS : Operación Sospechosa
- ROS : Reporte de Operaciones Sospechosas
- HETG : Hospital Ernesto Torres Galdames
- UAF : Unidad de Análisis Financiero
- CP : Código Penal

4. MARCO NORMATIVO

La Ley N° 19.913, de 18 de diciembre del 2003, creó la Unidad de Delitos Financiero (UAF), la cual fue modificada por la Ley N° 20.818, del 18 de febrero de 2015, perfeccionándose los mecanismos de prevención, detección, control, investigación y juzgamiento del delito de lavado de activos. Dentro de este marco regulatorio, por inciso sexto del artículo 3º de dicha Ley, los organismos públicos señalados en el inciso segundo del artículo 1º de la ley N° 18.575, de Bases Generales de la Administración del Estado, estarán obligados a informar sobre las operaciones sospechosas que adviertan en el ejercicio de sus funciones.

Otros cuerpos normativos relacionados son:

Ley N°19.913, publicada en el Diario Oficial con fecha 18 de diciembre de 2003 que crea la unidad de análisis financiero y modifica diversas disposiciones en materia de lavado y blanqueo de activos.

Ley N° 20.000, que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

Ley N° 18.314, que determina las conductas terroristas y fija su penalidad; en el artículo 10 de la ley N° 17.798, sobre control de armas.

5. POLITICA INSTITUCIONAL

El hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, reconoce que la gestión de riesgos enmarcada en el objetivo Gubernamental N° 3 "Acciones de mantención y mejoramiento de actividades asociadas al proceso de Gestión de Riesgos que involucra riesgos Financieros, Estratégicos y del Sistema de Prevención de Delitos LA/FT/DF", es esencial para el desarrollo de los procesos institucionales y que es una herramienta fundamental para identificar, evaluar y prevenir los acontecimientos o situaciones potenciales que puede afectar la continuidad de la atención al beneficiario, así como el cumplimiento de las obligaciones legales, a través del cual se promoverá la prevención de la comisión de delitos de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y cohecho a funcionario público nacional o extranjero, establecidos en la Ley 20.393 y de receptación, establecido en el artículo N° 16 la Ley 20.931.

6.- ORGANIZACIÓN INTERNA ROLES Y RESPONSABILIDADES

La responsabilidad del Sistema de Prevención de Lavado de activos, Financiamiento del Terrorismo Y Delitos Funcionarios (LA/FT/DF), dentro del establecimiento, recae en primer lugar sobre el Director del Hospital, en conjunto con el equipo Directivo designado por resolución, sin perjuicio de que todos los funcionarios tienen responsabilidades y roles que cumplir en él.

Mediante Resolución Exenta N° 1011 de 23 de Julio de 2015, la Dirección del Hospital designa al Asesor Jurídico como responsable, para que cumpla la función de conocer, analiza y posteriormente enviar al "Oficial de Cumplimiento", de la Dirección del Servicio de Salud de Iquique, de toda operación sospechosa que le sea informada.

Rol del Director

- Aprobar el Sistema de Prevención de Lavado de Activos, Delitos Funcionarios y Financiamiento del Terrorismo.
- Designar el Funcionario Responsable de coordinar el Sistemas de Prevención de LA/FT/DF.
- Autorizar el acceso a toda la información del Hospital, incluyendo las Políticas, Procedimientos y Manuales al Funcionario Responsable del Sistema de Prevención LA/FT/DF.
- Definir el inicio de investigaciones por faltas administrativas derivadas de incumplimientos del Sistema de Prevención de LA/FT/DF por parte del personal de la institución.
- Difundir y promover el Sistema de Prevención de LA/FT/DF, dentro del Hospital.
- Velar y resguardar la confidencialidad de la información derivada del funcionamiento del Sistema de Prevención de LA/FT/DF.
- Aprobar y promover los procesos internos y externos de capacitación en LA/FT/DF.

- Informar oportunamente al Funcionario Responsable, por los canales correspondientes, la ocurrencia de cualquier situación sospechosa susceptible de ser reportada como un ROS a la UAF.

Rol Encargado de Prevención de Delitos LA/FT/DF

Su nombramiento lo realiza el Director del Hospital, mediante resolución exenta y sus alcances son:

- Coordinar y aplicar las políticas y procedimientos del Sistema de Prevención de LA/FT/DF.
- Recepcionar y gestionar cualquier comunicación de operación inusual o consulta presentada por los funcionarios de la UAF.
- Liderar investigaciones cuando exista una comunicación de operación sospechosa que lo amerite, reuniendo todos los antecedentes necesarios para reportarla a la UAF.
- Reportar a la UAF mediante un ROS cualquier situación sospechosa de LA/ FT/DF mediante el sistema de reporte seguro de la UAF.
- Mantener un registro permanente e histórico, conforme a los criterios establecidos en normas, manuales, circulares, etcétera, respecto de las operaciones sospechosas reportadas a la UAF.

Roles de los Directivos del Establecimiento

- Apoyar administrativamente al Encargado de Prevención de Delitos, disponiendo los recursos físicos y humanos adecuados al cumplimiento de su labor.
- Apoyar al Encargado de Prevención de Delitos, asegurando su acceso sin restricciones a la información, instalaciones y a las personas, así como también en la coordinación de las actividades propias del Modelo de Prevención de Delitos en las áreas que se requiera.
- Informar al Encargado de Prevención de Delitos de situaciones observadas, relacionadas a incumplimientos a la ley 20.393 o al Modelo de Prevención de Delitos.
- Promover la divulgación del Modelo de Prevención de Delitos, generando las acciones de difusión y compromiso por parte de toda la empresa, para hacer propios sus contenidos, practicarlos y difundirlos.
- Informar oportunamente sobre nuevos riesgos asociados a la ley 20.393 y al artículo N° 16 de la ley 20.931, al Encargado de Prevención de Delitos.
- Difundir y promover el Modelo de Prevención de Delitos del Complejo y la Ley 20.393, dentro del área de su competencia.

7.- PROCEDIMIENTO DE RECEPCION Y DECLARACION DE ACTIVIDADES SOSPECHOSAS

Dentro de los principios hospitalarios y en armonía con el Estatuto Administrativo, artículo Nº 61 letra k, los servidores públicos tienen obligación de denunciar ante el Ministerio Público o ante la policía, con la debida prontitud, los crímenes o simples delitos y a la autoridad competente los hechos de carácter irregular, especialmente de aquéllos que contravienen el principio de probidad administrativa regulado por la ley Nº 18.575. Por ello, todo funcionario público tiene la obligación de informar sobre operaciones sospechosas de delito de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y delitos funcionarios. Estas actividades inusuales que se pueden presentar como señales de alerta, ya sea que estas sean detectadas a través de los diversos controles preventivos o por observación directa de conducta funcionaria, deberán ser informadas al profesional que mantenga el Rol de encargado de **prevención de delitos LA/FT/DF** quien procederá de acuerdo a total confidencialidad en su proceso de investigación.

Qué informar: Toda actividad sospechosa de acuerdo a las señales de alerta detalladas en punto Nº 9 o las que el funcionario pueda interpretar como actividad sospechosa basado en lo ya indicado.

Cómo informar: Mediante el formulario de declaración explicado en Anexo I, el cual será derivado vía email o entrega de forma física al encargado de prevención de delitos del HETG, detallando los actos que afectan el cumplimiento de la Ley.

Requisitos para una denuncia efectiva:

- Ser seria, fundada y de buena fe, ajena a cualquier tipo de rencillas internas entre funcionarios
- Indicar fecha de ocurrencia de los hechos, nombre completo de las personas involucradas y de los eventuales testigos. Describir lugar de los hechos.
- Indicar una relación circunstanciada de los hechos sospechosos. La relación no debe hacerse en términos vagos o indeterminados
- Aportar antecedentes que permitan sostener objetivamente la denuncia, estos pueden ser documentos, testigos, fotografías y en general cualquier medio de prueba
- Asociar la denuncia a una de las señales de alerta LA/FT/DF (Punto 9).

Aquellas denuncias que cumplan con dichos requisitos y se canalicen a través del **FORMATO DE REPORTE INTERNO DE SOSPECHA DE DELITO DE LAVADO DE ACTIVO, FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO Y DELITOS FUNCIONARIOS (ANEXO I)**; serán investigadas y por ello, queda facultado el Funcionario Responsable de Coordinar el Sistemas de Prevención de LA/FT/DF, para constituirse en las unidades y/o servicios con la finalidad de requerir información atingente, citar a cualquier funcionario (incluidos directivos) y apercibirlos para brindar información y elaborar los informes que determine, en las formas y plazos de él disponga, con el objetivo de disponer medidas para impedir la proliferación de las conductas sospechosas denunciadas.

7.1.- CONFIDENCIALIDAD

Los funcionarios, están obligados a establecer procedimientos internos específicos que garanticen la confidencialidad de la información. De esta manera, las personas antes indicadas tienen prohibido informar al afectado o a terceras personas, la circunstancia de haberse requerido o remitido información a la Unidad de Análisis Financiero, como, asimismo, proporcionarle cualquier otro antecedente al respecto.

8.- TIPIFICACION DE DELITOS PRECEDENTES DE LAVADO DE ACTIVOS

Cohecho: Soborno o "coima", es cometido por quien ofrece (cohecho activo), y por quien solicita o acepta (cohecho pasivo) en su condición de funcionario público, una ventaja sea en dinero u otro beneficio, a cambio de realizar u omitir un acto que forma parte de sus funciones. Se considera que se comete el delito de cohecho incluso aun cuando no se realice la conducta por la que se recibió dinero.

Fraudes y exacciones ilegales: Incluyen el fraude al fisco; las negociaciones incompatibles con el ejercicio de funciones públicas; el tráfico de influencias cometido por la autoridad o funcionario público que utiliza su posición para conseguir beneficios económicos para sí o para terceros; y exacciones ilegales, consistentes en exigir en forma injusta el pago de prestaciones multas o deudas.

Malversación de caudales públicos: Consiste en la utilización de recursos fiscales, de cualquier clase, para un fin distinto al que fueron asignados. A modo de ejemplo, Entiéndase que se configura esta causal, la compra de bienes o servicios con cargo a un Certificado de disponibilidad Presupuestaria (CDP) que no se encuentran incluidos en el mismo

9.- SEÑALES DE ALERTA DE DELITOS LA/FT/DF

Las señales de alerta son aquellos comportamientos, actividades o características de ciertas operaciones, personas o funcionarios que podrían conducir a detectar una actividad sospechosa de lavado de activos, delitos funcionarios o financiamiento del terrorismo, las cuales pueden ser las siguientes:

9.1.- SEÑALES ASOCIADAS PROIBIDAD FUNCIONARIA

Recibir, en el cumplimiento de funciones públicas, donaciones, regalos o cualquier otro bien o servicio bajo cualquier concepto, proveniente de personas naturales o jurídicas.

Uso de fondos públicos en actividades que no sean reconocidas como gastos de representación del Hospital.

Uso de fondos públicos para actividades o compras ajenas al Hospital.

Uso de fondos públicos para la compra de regalos o donaciones que no estén autorizadas por ley.

Uso de vehículos institucionales para motivos personales y/o fuera de días laborales sin justificación alguna.

Adquisición de activos innecesarios para la organización gubernamental o que no cumplen con lo requerido por ésta, usualmente con el propósito de obtener una "comisión" del proveedor

9.2.- SEÑALES ASOCIADAS A CONFLICTOS DE INTERÉS

Relaciones cercanas de parentesco, sociales o de negocios de una de las contrapartes de una operación con un funcionario público relacionado a la aceptación de dicha operación.

Funcionarios públicos que ejercen como propietarios, directores o ejecutivos de una persona jurídica que participa directa o indirectamente de una licitación o contrato.

Una Persona Expuesta Políticamente (PEP) es director o propietario efectivo de una persona jurídica, la cual, a su vez, es contratista en obras del HETG.

9.3.- SEÑALES ASOCIADAS A MANEJO DE INFORMACIÓN

Otorgamiento de privilegios o permisos distintos al perfil del usuario de una cuenta de acceso a sistemas, o a usuarios no autorizados.

Funcionario público que divulga información personal de otros funcionarios de su organización gubernamental a empresas que manejan bases de datos.

Funcionario público que revela información secreta de su organización gubernamental a los medios de comunicación o a las entidades reguladas por su institución, pudiendo recibir algún tipo de retribución por ello.

Funcionario que revela, de forma ilegal, información confidencial a determinada(s) empresa(s), en el marco de una licitación pública.

Proveedor que no cumple con alguna cláusula de confidencialidad estipulada en un contrato de prestación de servicios.

Existencia de evidencias que soportan el sabotaje en el uso de claves de acceso para el ingreso a los sistemas.

Existencia de evidencias que soportan un posible ocultamiento de la información y/o maquillaje de la información reportada.

9.4 SEÑALES ASOCIADAS A FUNCIONARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Funcionario público que se niega o dificulta la prestación de sus servicios, sugiriendo realizar pagos irregulares para agilizar su cometido o bien para pasar por alto un determinado trámite.

Funcionarios públicos que, pese a no atender público, son visitados regularmente por clientes externos.

Acciones demostradas de obstrucción de las investigaciones, tales como pérdida de expedientes de investigaciones disciplinarias, ruptura deliberada de las cadenas de custodia de la información, entorpecimiento de las visitas de las autoridades competentes de realizar el control, pérdida de computadores que contienen información relacionada, extravío de archivos de pacientes, etc.

Frecuentemente es renuente a entregar información rutinaria al auditor o fiscalizador.

Funcionario público que, con frecuencia recibe y acepta obsequios y regalías por parte de determinadas empresas.

Funcionarios o directivos de organizaciones gubernamentales que repentinamente presentan cambios en su nivel de vida o presentan comportamientos poco habituales.

Funcionarios públicos que con frecuencia permanecen en la oficina más allá de la hora del cierre o concurren a ella por fuera del horario habitual sin causa justificada.

9.5 SEÑALES ASOCIADAS A INVENTARIOS

Alta cantidad de ajustes de inventario por responsable y por proveedor.

Alto nivel de mermas por tipo de inventario, locación, etcétera.

Antigüedad excesiva de mercadería en tránsito.

Falta de controles de ingreso y egreso de bienes para reparación.

Identificar ítems con costo o cantidades negativas.

Identificar un mismo ítem con diferente costo unitario según locación.

Ítems con variaciones de costos mayores a un cierto porcentaje, entre períodos, definidos por la organización.

Ítems con vida útil (antes de la fecha de vencimiento) inferior a un número de días, definidos por la organización.

Ítems depositados en lugares de difícil acceso o sitios inusuales que hacen difícil su revisión o se encuentran inmovilizados durante mucho tiempo.

Modificaciones a los stocks mínimos de seguridad.

Movimientos de inventarios duplicados.

Programas de inventarios donde varios usuarios pueden modificar los datos.

Ítems en stock inmovilizados durante mucho tiempo.

Altos niveles de devoluciones por ítem/proveedor.

9.6 SEÑALES ASOCIADAS A TRANSACCIONES FINANCIERAS UTILIZANDO FONDOS PÚBLICOS

Cheques anulados y no re emitidos, cuando sí correspondía.

Cheques emitidos no asociados a órdenes de pago o duplicados.

Cobros de cheques en efectivo por terceros por sumas significativas de dinero provenientes desde cuentas de una institución pública.

Créditos bancarios por depósito, no asociados a liquidaciones de Tesorería.

Cuentas bancarias que no se concilian de manera oportuna.

Débitos y créditos bancarios no asociados a cheques emitidos o generados por transferencias inconsistentes.

Depósito frecuente de cheques girados desde cuentas de organizaciones gubernamentales que son depositados en cuentas de particulares y que inmediatamente son retirados o transferidos.

Depósito frecuente de cheques girados por la organización gubernamental desde la cuenta de un particular.

Operaciones fraccionadas para eludir sistemas de control.

Pagos a la orden de una empresa o persona distinta del proveedor.

9.7 SEÑALES ASOCIADAS AL PAGO DE REMUNERACIONES

Contratación o ingresos de funcionario público que fue desafectado o despedido, sin justificación.

Cuando se dificulta la distinción entre los flujos de fondos personales y aquellos derivados de su actividad profesional.

Depósitos de sueldos en cuentas bancarias a nombre de un beneficiario distinto del personal.

Funcionarios con datos compartidos (nombre, domicilio, RUT) y con distinto número de carpeta o registro.

Ingresos y egresos de funcionario público, sin autorización adecuada.

Pagos a funcionarios fantasmas (empleados inventados), sueldos ficticios o duplicados.

Pagos realizados a funcionarios públicos por conceptos distintos a los estipulados para sus remuneraciones.

Ranking de horas extras por empleado - jefe autorizante, falsificación de carga horaria.

9.8 SEÑALES A PROCESOS DE CONTRATACIÓN DE FUNCIONARIOS PÚBLICOS

Contratar a funcionarios incumpliendo el procedimiento de reclutamiento interno o legal.

Contratar a personal en cargos de la organización gubernamental en razón de la obtención de contraprestaciones de provecho particular para el funcionario involucrado.

Contratar en cargos de la organización gubernamental a personas con relaciones de parentesco consanguíneo o por afinidad, en cualquiera de sus grados, respecto del funcionario de la organización gubernamental a cargo de dicha contratación.

Cambios frecuentes de perfiles de cargos y del manual de funciones para ajustar los requerimientos a los perfiles específicos de las personas que se quiere beneficiar.

Contratación de personas que no cumplen con los perfiles requeridos para los cargos en cuestión o con las condiciones e idoneidad requerida para el cargo, especialmente en los cargos de supervisión, o que demuestren posteriormente una evidente incompetencia en el ejercicio de sus funciones.

9.9 SEÑALES AL PROCESO DE LICITACION Y ADJUDICACIÓN

Otorgar contratos a proveedores en razón de la existencia de lazos de parentesco consanguíneo o por afinidad en cualquiera de sus grados.

Detección de errores idénticos o escrituras similares en los documentos presentados por distintas empresas en una licitación.

Evidencia de actuaciones de abuso de poder de los jefes, es decir, de la utilización de las jerarquías y de la autoridad para desviar u omitir los procedimientos al interior de la institución pública, para de esta forma adaptar el proceso de acuerdo a los intereses particulares (Ejemplo: Excesivo interés de los directivos en una licitación no relevante, imposición de funcionarios para que participen indebidamente en el proceso, etcétera).

Falta de división de responsabilidad de funcionarios que participan en el diseño de las pautas de licitaciones y aquellos que evalúan las propuestas.

Imposibilidad para identificar la experiencia de los proponentes a una licitación.

Presentación de varias propuestas idénticas en el proceso de licitación o de adquisición.

Proveedor hace declaraciones falsas o inconsistentes con el propósito de adjudicarse una determinada licitación o contrato.

Proveedor presenta vínculos con países o industrias que cuentan con historial de corrupción.

9.10 SEÑALES EN EL PROCESO DE GESTION DE CONTRATOS

Liquidación anticipada de contratos de manera frecuente en la institución pública, sin la justificación necesaria.

Omisión reiterada de los procedimientos administrativos para hacer efectiva las condiciones acordadas en caso de incumplimiento de contrato.

Pérdida de documentos esenciales, en especial las pólizas de seguro y otras garantías a través de las cuales se busca proteger los intereses de la institución pública.

Pérdida de expedientes de investigaciones disciplinarias e imposición de obstáculos a los procesos de reubicación laboral por parte de los funcionarios involucrados en la conformación y supervisión de los contratos.

Ambigüedad y generalidad en los términos de referencia de la contratación, modificaciones injustificadas, prórrogas de los mismos y/o cambios en la modalidad de contratación, que impiden la pluralidad de oferentes.

Diferencia marcada en la interpretación técnica de aspectos relevantes para la ejecución del contrato.

10.- CAPACITACIÓN

Se deberá efectuar, a lo menos 1 vez al año, programas de capacitación e instrucción a sus funcionarios del Hospital respecto al lavado o blanqueo de activo, procedimientos, señales de alerta, etc.

11.- ENVÍO DE REPORTE DE OPERACIONES SOSPECHOSAS (ROS)

Para el envío de los Reportes de Operaciones Sospechosas y de los Registros de Operaciones en Efectivo, debe emplearse el sistema de "transmisión segura", cuyo acceso se encuentra disponible en la página principal del sitio web institucional www.uaf.gov.cl bajo el link "Envío de Reporte de Operaciones (ROS-ROE)". Este nuevo sistema de transmisión de información es el único medio válido para enviar estos Registros a la UAF.

Para acceder por primera vez a este sistema de reporte se requiere el RUT de la persona natural o de la persona jurídica reportante (el Sujeto Obligado) y una contraseña, la que debe solicitarse a la siguiente dirección de correo electrónico: inscripciones3@uaf.gov.cl. El correo solicitando la contraseña debe contener el RUT, nombre completo o razón social y nombre de fantasía de la persona natural o de la persona jurídica reportante, así como el nombre, RUT y correo electrónico de su Oficial de Cumplimiento. En el caso de las personas jurídicas se deberá informar, además, el nombre y RUT del representante legal. En la página principal del sitio web de la Unidad de Análisis Financiero se encuentra disponible un manual de instrucciones para el uso de esta aplicación.

12.- REGISTRO DE OPERACIONES EN EFECTIVO (ROE)

La información relativa a las operaciones sospechosas, deberá ser enviada, semestralmente, a la Unidad de Análisis Financiero, dentro de los primeros 10 días hábiles de los meses de Enero y Julio de cada año. Esta información debe ser relativa a operaciones efectuadas en el semestre inmediatamente precedente a cada uno de los meses señalados.

13.- OBLIGACION DE CUMPLIR CON PROCEDIMIENTO Y REGLAS DEL MANUAL

Se establece la obligación para todos los funcionarios de cumplir con las exigencias y procedimientos establecidos en el presente Manual, de modo que su infracción constituye una transgresión grave de las obligaciones que le imponen sus respectivos contratos de trabajo.

14.- ANEXO I

FORMATO DE REPORTE INTERNO DE SOSPECHA DE DELITO DE LAVADO DE ACTIVO, FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO Y DELITOS FUNCIONARIOS	
Fecha informe:	N° de control interno:
Identificación del Encargado de prevención de delitos:	
Email	
Nombre	
Cargo	
<p>Descripción de los hechos comprobables Ejemplo: Diferencia marcada en la interpretación técnica de aspectos relevantes para la ejecución del contrato</p>	
<p>Señal de alerta asociada al hecho Ejemplo: 9.10 Señal asociada a gestión de contratos</p>	
<p>Identificación del funcionario asociado al proceso</p>	
Nombre de quien informa el proceso a investigar	
Cargo	
<p>El Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames asegura que toda la información sera resguarda de forma confidencialidad y garantiza que será analizada en forma independiente, y sin represalias, para dar continuidad a las acciones legales que sea necesario establecer.</p>	
<p>Queda prohibido cualquier tipo de difusión del contenido de este documento.</p>	

IV. **DÉJESE ESTABLECIDO** que el protocolo que por este acto se viene en sancionar, comenzará regir desde la fecha de la presente resolución.

V. **DISPÓNGASE** la publicación del protocolo que por este acto se aprueba en el sitio web del Hospital "Dr. Ernesto Torres Galdames" de Iquique, para consultas por parte de la comunidad y pacientes.

VI. **ENTRÉGUESE COPIA** al Sub-departamento de Informática de este Centro Asistencial para este efecto, así como también a todos los Servicios Clínicos a los que resulte aplicable en él lo regulado.

ANOTESE, REGISTRESE Y COMUNÍQUESE.



A handwritten signature in black ink, appearing to read "R. Romero Lamas".

**DR. RAÚL ROMERO LAMAS.
DIRECTOR (S),
HOSPITAL "DR. ERNESTO TORRES GALDAMES" IQUIQUE.**

Lo que me permito transcribir a Ud., para su conocimiento y fines consiguientes.



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Ingrid Orellana Araya".

**INGRID ORELLANA ARAYA
MINISTRO DE FE**

DISTRIBUCION:

- Subdirección Médica;
- Subdirección Administrativa;
- Subdirección Gestión de la Demanda;
- Subdirección Gestión Cuidado del Paciente;
- Subdirección Gestión y Desarrollo de las Personas;
- Unidad de Planificación;
- Unidad de Control de la Gestión Hospitalaria;
- Jefes Servicios Clínicos, Jefes Unidades de Apoyo Clínicos y CR Administrativos;
- Carpeta Dirección Hospital;
- Oficina de Partes.