

**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN**

**ESTÁNDAR GENERAL**

**PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE**

**atención Cerrada**

**(Formato aprobado por circular ip/N° 9, de fecha 03-09-2010)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **nOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO** | **rut** | **firma** |

dd - mm – año

**FORMATO PARA LA CONFECCIÓN DEL INFORME DE AUTOEVALUACIÓN para establecimientos de atención Cerrada**

**Aplicable al “Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada”**

1. **Individualización y Caracterización General del Prestador Institucional**

**A-. Antecedentes del Prestador**

|  |
| --- |
| Nombre del Establecimiento: |
| RUT |
| Dirección |
| Comuna: Ciudad: |
| Región: |

**B-. AUTORIZACIÓN SANITARIA**

Registre los antecedentes solicitados en la siguiente tabla respecto a las resoluciones de autorización sanitaria de las instalaciones y/o equipos con que cuenta la institución, en caso de no contar con alguna de las individualizadas a continuación, informar No aplica (N/A), agregue aquellas instalaciones con las que cuente y no se encuentran en el listado.

B.1. ***INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° resolución | Tipo de Prestador | | | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación |
|  | Clínica | Hospital | Policlínico |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

*B.2* ***DIRECTOR TÉCNICO***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta |
|  |  |  |  |

B.3 ***CAMAS***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dependencias del prestador | Unidades Autorizadas | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o Ubicación \* | N/A |
| ***Dotación camas*** | | | | | |  |
| Camas Adulto MQ |  |  |  |  |  |  |
| Camas Pediátricos MQ |  |  |  |  |  |  |
| Camas Paciente Crítico Adulto (UCI/UTI/Unidad Coronaria) |  |  |  |  |  |  |
| Camas Paciente Crítico Pediátrico (UCI/UTI) |  |  |  |  |  |  |
| Camas Paciente Crítico Neonatología (UCI/UTI) |  |  |  |  |  |  |
| Camas Gineco-Obstétricas (maternidad) |  |  |  |  |  |  |
| Cunas Neonatología |  |  |  |  |  |  |
| Camas Psiquiatría |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL Camas Hospitalización |  |  |  |  |  |  |
| Camillas Unidad de Emergencia Adulto |  |  |  |  |  |  |
| Camillas Unidad de Emergencia Pediátrica |  |  |  |  |  |  |
| Camillas Recuperación de Anestesia |  |  |  |  |  |  |
| Otras ( especifique) |  |  |  |  |  |  |

\* Registre la dirección o ubicación que señale la Autorización Sanitaria vigente, en caso de no contar con dicha información en documento, consigne S/I (sin información)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| B.4 ***Pabellones*** | | | | | | |
|  | Unidades Autorizadas | N° resolución | | Fecha | Autoridad que la dicta | | Dirección o ubicación \* | N/A |
| Pabellones Generales |  |  | |  |  | |  |  |
| Pabellones Gineco-Obstétricos |  |  | |  |  | |  |  |
| Pabellón de Cirugía Mayor Ambulatoria |  |  | |  |  | |  |  |
| Pabellón de Cirugía Menor Ambulatoria |  |  | |  |  | |  |  |
| Pabellones de Urgencia |  |  | |  |  | |  |  |
| Otros (especifique) |  |  | |  |  | |  |  |
| \* Registre la dirección o ubicación que señale la Autorización Sanitaria vigente, en caso de no contar con dicha información en documento, consigne S/I (sin información) | | | | | | |
| B.5 **SALAS DE PROCEDIMIENTOS** | | | | | | |
|  | Unidades Autorizadas | N° resolución | Fecha | | | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación \* | N/A |
| **Por Sistema** |  |  |  | | |  |  |  |
| Cardiología |  |  |  | | |  |  |  |
| Neurología |  |  |  | | |  |  |  |
| Respiratorio |  |  |  | | |  |  |  |
| Urología |  |  |  | | |  |  |  |
| Otorrinolaringología |  |  |  | | |  |  |  |
| Dermatológica |  |  |  | | |  |  |  |
| Oftalmológica |  |  |  | | |  |  |  |
| Digestivo |  |  |  | | |  |  |  |
| Vascular |  |  |  | | |  |  |  |
| Gineco-Obstétrico |  |  |  | | |  |  |  |
| Odontológico |  |  |  | | |  |  |  |
| Otro ( especifique) |  |  |  | | |  |  |  |
|  |  |  |  | | |  |  |  |
| ***Por tipo de procedimiento*** |  |  |  | | |  |  |  |
| Toma de muestra |  |  |  | | |  |  |  |
| Médicos |  |  |  | | |  |  |  |
| Enfermería |  |  |  | | |  |  |  |
| Médicos y de enfermería |  |  |  | | |  |  |  |
| Pabellón de yeso |  |  |  | | |  |  |  |
| Endoscopias altas y bajas |  |  |  | | |  |  |  |
| Kinesiterapia |  |  |  | | |  |  |  |
| Administración de quimioterapia |  |  |  | | |  |  |  |
| Vacunatorio |  |  |  | | |  |  |  |
| Reanimación |  |  |  | | |  |  |  |
| Imágenes sin radiación ( Eco y RNM) |  |  |  | | |  |  |  |
| Dermatología, Cirugía piel y Tegumentos |  |  |  | | |  |  |  |
| Otro ( especifique) |  |  |  | | |  |  |  |

\* Registre la dirección o ubicación que señale la Autorización Sanitaria vigente, en caso de no contar con dicha información en documento, consigne S/I (sin información)

B.6 **SALAS DE IMAGENOLOGÍA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Salas** | Unidades Autorizadas | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación \* | N/A |
| Rayos X Osteoarticular |  |  |  |  |  |  |
| Ecotomografía |  |  |  |  |  |  |
| Ecotomografía Ginecológica |  |  |  |  |  |  |
| Ecocardiografía |  |  |  |  |  |  |
| Rayos X Ortopantografía |  |  |  |  |  |  |
| Resonancia Nuclear Magnética |  |  |  |  |  |  |
| Tomógrafo Axial Computarizado (Scanner) |  |  |  |  |  |  |
| Mamografía |  |  |  |  |  |  |
| Densitometría Ósea |  |  |  |  |  |  |
| Rayos X Dentales Móviles |  |  |  |  |  |  |
| Rayos X Dentales Fijo |  |  |  |  |  |  |
| Otros (especifique) |  |  |  |  |  |  |

\* Registre la dirección o ubicación que señale la Autorización Sanitaria vigente, en caso de no contar con dicha información en documento, consigne S/I (sin información)

B.7 ***EQUIPAMIENTO IMAGENOLÓGICO***

Si cuenta con alguno de los equipos listados a continuación, ingrese los datos solicitados

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Equipos** | Unidades Autorizadas | Marca  Modelo  N° de serie | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta | | N/A |
| Rayos X Osteoarticular |  |  |  |  |  |  | |
| Rayos X Ortopantografía |  |  |  |  |  |  | |
| Tomógrafo Axial Computarizado (Scanner) |  |  |  |  |  |  | |
| Mamógrafo |  |  |  |  |  |  | |
| Densitómetro Óseo |  |  |  |  |  |  | |
| Rayos X Dentales Móviles |  |  |  |  |  |  | |
| Rayos X Dentales Fijos |  |  |  |  |  |  | |
| Otros especifique |  |  |  |  |  |  | |

B.8 ***SERVICIOS DE APOYO***

**Diálisis**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Dependencia o equipamiento* | Unidades Autorizadas | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación\* | N/A |
| Sillones |  |  |  |  |  |  |
| Sillón virus (positivo) |  |  |  |  |  |  |
| Monitores |  |  |  |  |  |  |
| Salas Peritoneo diálisis |  |  |  |  |  |  |
| Otras salas |  |  |  |  |  |  |
| Botiquín |  |  |  |  |  |  |
|  | Nombre del profesional | N° resolución | Fecha | | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación |
| Director técnico |  |  |  | |  |  |

\* Registre la dirección o ubicación que señale la Autorización Sanitaria vigente, en caso de no contar con dicha información en documento, consigne S/I (sin información)

**LABORATORIO CLÍNICO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Unidades Autorizadas | | N° resolución | | | Fecha | | Autoridad que la dicta | | | Dirección o ubicación \* | N/A |
| Instalación y funcionamiento | |  | |  | | |  | |  | | |  |  |
| Sala de toma de muestra | |  | |  | | |  | |  | | |  |  |
| Sala Externa de toma de muestra | |  | |  | | |  | |  | | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | |  | | |  |  |
| Tipo de exámenes autorizados | | | | | | | | | | | | |  |
| HEMATOLOGÍA |  | | BIOQUÍMICA | |  | MICROBIOLOGÍA | | | |  | | BIOLOGÍA MOLECULAR |  |
|  | Nombre del profesional | | | | N° resolución | | | Fecha | | | Autoridad que la dicta | | Dirección o ubicación |
| Director técnico |  | | | |  | | |  | | |  | |  |

\* Registre la dirección o ubicación que señale la Autorización Sanitaria vigente, en caso de no contar con dicha información en documento, consigne S/I (sin información)

**BANCO DE SANGRE/UMT/CENTRO DE SANGRE**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Unidades Autorizadas | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación \* | N/A |
| Instalación y funcionamiento |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Nombre del profesional | N° resolución | Fecha | | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación |
| Director técnico |  |  |  | |  |  |

\* Registre la dirección o ubicación que señale la Autorización Sanitaria vigente, en caso de no contar con dicha información en documento, consigne S/I (sin información)

**servicio de transporte de enfermos**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Vehículo* | *Año* | *Marca* | | | *Modelo* | Unidades Autorizadas | | | N° resolución | | Fecha | | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación \* | | N/A |
|  |  |  | | |  |  | | |  | |  | |  |  | |  |
|  |  |  | | |  |  | | |  | |  | |  |  | |  |
|  |  |  | | |  |  | | |  | |  | |  |  | |  |
|  |  |  | | |  |  | | |  | |  | |  |  | |  |
|  |  |  | | |  |  | | |  | |  | |  |  | |  |
|  |  |  | | |  |  | | |  | |  | |  |  | |  |
| TIPO DE MÓVIL: | | | MEDICALIZADA  (M3) | | | |  | AVANZADA (M2) | |  | | BASICA (M1) | | |  |  |
|  | | | | Nombre del profesional /RUT | | | | | N° resolución | | Fecha | | | Autoridad que la dicta | | Dirección o ubicación |
| Director técnico | | | |  | | | | |  | |  | | |  | |  |

\* Registre la dirección o ubicación que señale la Autorización Sanitaria vigente, en caso de no contar con dicha información en documento, consigne S/I (sin información)

**esterilización**

**eSTERILIZACION**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Unidades Autorizadas | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación \* | N/A |
| Instalación y funcionamiento |  |  |  |  |  |  |
| autoclave |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* Registre la dirección o ubicación que señale la Autorización Sanitaria vigente, en caso de no contar con dicha información en documento, consigne S/I (sin información)

**farmacia**

**FARMACIA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Unidades Autorizadas | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación \* | N/A |
| Instalación y funcionamiento |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Nombre del profesional /RUT | N° resolución | Fecha | | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación |
| Director técnico |  |  |  | |  |  |

\* Registre la dirección o ubicación que señale la Autorización Sanitaria vigente, en caso de no contar con dicha información en documento, consigne S/I (sin información)

**anatomia patológica**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Unidades Autorizadas | | | N° resolución | | Fecha | | | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación \* | | N/A |
| Instalación y funcionamiento | |  | | |  | |  | | |  |  | |  |
| Tipo de muestras | | | | | | | | | | | | |  |
| HISTOPATOLOGIA |  | | | CITOPATOLOGIA | | | | |  | | | |  |
|  |  | | | OTRAS (ESPECIFIQUE) | | | | |  | | | |  |
|  | | | Nombre del profesional /RUT | | | N° resolución | | Fecha | | | | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación |
| Director técnico | | |  | | |  | |  | | | |  |  |

\* Registre la dirección o ubicación que señale la Autorización Sanitaria vigente, en caso de no contar con dicha información en documento, consigne S/I (sin información)

**MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Unidades Autorizadas | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación \* | N/A |
| Instalación y funcionamiento |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Nombre del profesional /RUT | N° resolución | Fecha | | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación |
| Director técnico |  |  |  | |  |  |

\* Registre la dirección o ubicación que señale la Autorización Sanitaria vigente, en caso de no contar con dicha información en documento, consigne S/I (sin información)

**QUIMIOTERAPIA**

**QUIMIOTERAPIA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Unidades Autorizadas | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación \* | N/A |
| Instalación y funcionamiento |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Nombre del profesional /RUT | N° resolución | Fecha | | Autoridad que la dicta |  |
| Director técnico |  |  |  | |  |  |

\* Registre la dirección o ubicación que señale la Autorización Sanitaria vigente, en caso de no contar con dicha información en documento, consigne S/I (sin información)

**RADIOTERAPIA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Unidades Autorizadas | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación \* | N/A |
| Instalación y funcionamiento |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Nombre del profesional /RUT | N° resolución | Fecha | | Autoridad que la dicta |  |
| Director técnico |  |  |  | |  |  |

\* Registre la dirección o ubicación que señale la Autorización Sanitaria vigente, en caso de no contar con dicha información en documento, consigne S/I (sin información)

**CECOF**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Unidades Autorizadas | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación \* | N/A |
| Instalación y funcionamiento |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Nombre del profesional /RUT | N° resolución | Fecha | | Autoridad que la dicta |  |
| Director técnico |  |  |  | |  |  |

\* Registre la dirección o ubicación que señale la Autorización Sanitaria vigente, en caso de no contar con dicha información en documento, consigne S/I (sin información)

B.*9* ***OTRAS INSTALACIONES (ESPECIFIQUE)***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Unidades Autorizadas | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación \* |
| Instalación y funcionamiento |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Nombre del profesional /RUT | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta |  |
| Director técnico |  |  |  |  |  |

\* Registre la dirección o ubicación que señale la Autorización Sanitaria vigente, en caso de no contar con dicha información en documento, consigne S/I (sin información)

B.10 ***SEÑALE soLicitudes DE MODIFICACIÓN de autorización sanitaria pendientes POR RESOLVER***

***(Incluya todas las solicitudes ingresadas a la SEREMI correspondiente y que se encuentran en trámite)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Modificación solicitada | Fecha solicitud | Autoridad Sanitaria |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

B.11 ***SEÑALE PRESTADOR/ES, CONSIDERADOS COMO EXTERNOS; UBICADOS DENTRO, CONTIGÜOS O*** ***ALREDEDOR, A SU INFRAESTRUCTURA FÍSICA, (ejemplo. Consultas externas, Imagenología, Laboratorio Clínico, etc.)***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre Prestador | Ubicación  (Dentro/contiguo/otro) | Prestaciones Entregadas (descripción general) | Fue considerado dentro del Actual Proceso (SI/NO) | Solicitó Pronunciamiento  (SI/NO) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**C-. FICHA TéCNICA**

Cuenta con ficha técnica completa y actualizada en la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud.

No

Si la respuesta es Sí, ¿Cuál es el código asignado?

**D-. Procesos Clínicos asociados a la seguridad del paciente**

Describa los diez (10) procesos de mayor relevancia clínica que se realizan en su institución, y si correspondiera, las medidas de mejora continua que ha implementado en ellos, desde la perspectiva de la seguridad de la atención:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N° | Proceso de relevancia clínica | Medida de mejora continua |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |

1. **Proceso de Autoevaluación**

**2.1 Cronología de eventos en los que se enmarcó LA PREPARACION DE LA INSTITUCION PARA EL proceso de autoevaluación**

dd/mm/aaaa

2.1.1 Fecha de inicio de preparación de la institución para la

solicitud de la acreditación:

dd/mm/aaaa

2.1.2 Fecha de inicio del último proceso de autoevaluación:

dd/mm/aaaa

2.1.3 Fecha de término del último proceso de autoevaluación:

dd/mm/aaaa

2.1.4 Fecha de confección del informe de la última

Autoevaluación:

dd/ mm/ aaaa

2.1.5 Período estimado para solicitar la acreditación:

**2.2 Describa brevemente el plan de trabajo EJECUtado por la institución para el proceso de autoevaluación**

|  |
| --- |
| **Breve reseña de la incorporación de la gestión de calidad en la institución (inicios, participación y compromiso del equipo directivo y personal de la institución)** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Descripción del plan de trabajo para la preparación del proceso de autoevaluación** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

## PROCESO DE autoevaluación RESPECTO DEL “Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada”

## ÁMBITO: RESPETO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

***El prestador institucional provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales en el trato que se le otorga.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de evaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| DP 1.1 |  |  |  |
| DP 1.2 |  |  |  |
| DP 1.3 |  |  |  |
| DP 2.1 |  |  |  |
| DP 3.1 |  |  |  |
| DP 4.1 |  |  |  |
| DP 4.2 |  |  |  |
| DP 5.1 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Respecto de las ***características que le son obligatorias de acuerdo a su nivel de complejidad describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

(Atención cerrada baja complejidad obligatoria DP1.1 y 2.1/Alta y mediana complejidad DP2.1)

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| DP 1.1 |  |
| DP 2.1 |  |

Señale los puntos de verificación que **“no aplican”** para las características obligatorias.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
| DP 2.1 |  |

## ÁMBITO: GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)

***El prestador institucional cuenta con política y programa orientados a garantizar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a los pacientes***.

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de autoevaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| CAL 1.1 |  |  |  |
| CAL 1.2 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |

Respecto de las ***características que le son obligatorias de acuerdo a su nivel de complejidad describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

(Atención cerrada baja complejidad obligatoria CAL 1.1 /Alta y mediana complejidad CAL 1.1 y 1.2)

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| CAL 1.1 |  |
| CAL 1.2 |  |

Señale los puntos de verificación que **“no aplican** “para las características obligatorias.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
| CAL 1.2 |  |

**ÁMBITO: GESTIÓN CLINICA (GC)**

***El prestador institucional provee condiciones para la entrega de acciones de salud seguras.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de autoevaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| GCL 1.1 |  |  |  |
| GCL 1.2 |  |  |  |
| GCL 1.3 |  |  |  |
| GCL 1.4 |  |  |  |
| GCL 1.5 |  |  |  |
| GCL 1.6 |  |  |  |
| GCL 1.7 |  |  |  |
| GCL 1.8 |  |  |  |
| GCL 1.9 |  |  |  |
| GCL 1.10 |  |  |  |
| GCL 1.11 |  |  |  |
| GCL 1.12 |  |  |  |
| GCL 1.13 |  |  |  |
| GCL 2.1 |  |  |  |
| GCL 2.2 |  |  |  |
| GCL 2.3 |  |  |  |
| GCL 3.1 |  |  |  |
| GCL 3.2 |  |  |  |
| GCL 3.3 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Respecto de las ***características que le son obligatorias de acuerdo a su nivel de complejidad describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

(Atención cerrada baja complejidad obligatoria GCL 1.1 -1.12-3.1/Alta y mediana complejidad GCL 1.1 -1.5-1.7-1.11-1.12-2.1-2.2-3 y 3.3)

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| GCL 1.1 |  |
| GCL 1.5 |  |
| GCL 1.7 |  |
| GCL 1.11 |  |
| GCL 1.12 |  |
| GCL 2.1 |  |
| GCL 2.2 |  |
| GCL 3.1 |  |
| GCL 3.2 |  |
| GCL 3.3 |  |

Señale los puntos de verificación que **“no aplican”** para las características obligatorias.

(Atención cerrada baja complejidad obligatoria GCL 1.1 -1.12-3.1/Alta y mediana complejidad GCL 1.1 -1.5-1.7-1.11-1.12-2.1-2.2-3 y 3.3)

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
| GCL 1.1 |  |
| GCL 1.5 |  |
| GCL 1.7 |  |
| GCL 1.11 |  |
| GCL 1.12 |  |
| GCL 2.1 |  |
| GCL 2.2 |  |
| GCL 3.2 |  |
| GCL 3.3 |  |

## ÁMBITO: ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)

***El prestador institucional posee una política orientada a proporcionar la atención necesaria a sus pacientes, en forma oportuna, expedita y coordinada, tomando en consideración prioridades dadas por la gravedad de los cuadros clínicos y la presencia de factores de riesgo.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de autoevaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| AOC 1.1 |  |  |  |
| AOC 1.2 |  |  |  |
| AOC 1.3 |  |  |  |
| AOC 2.1 |  |  |  |
| AOC 2.2 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Respecto de las ***características que le son obligatorias de acuerdo a su nivel de complejidad describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

(Atención cerrada baja complejidad obligatoria AOC 1.1 y 2.1 /Alta y mediana complejidad AOC 1.1 - 1.2 y 1.3)

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| AOC 1.1 |  |
| AOC 1.2 |  |
| AOC 1.3 |  |
| AOC2.1 |  |

Señale los puntos de verificación que **“no aplican”** para las características obligatorias.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
| AOC 1.1 |  |
| AOC 1.2 |  |
| AOC 1.3 |  |

## ÁMBITO: COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

***La atención de salud de los pacientes es realizada por personal que cumple con el perfil requerido, en términos de habilitación y competencias.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de autoevaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| RH 1.1 |  |  |  |
| RH 1.2 |  |  |  |
| RH 1.3 |  |  |  |
| RH 2.1 |  |  |  |
| RH 2.2 |  |  |  |
| RH 3.1 |  |  |  |
| RH 4.1 |  |  |  |
| RH 4.2 |  |  |  |
| RH 4.3 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Respecto de las ***características que le son obligatorias de acuerdo a su nivel de complejidad describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

(Atención cerrada Alta y mediana y baja complejidad obligatoria RH 1.1 y 1.2)

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| RH 1.1 |  |
| RH 1.2 |  |

## ÁMBITO: REGISTROS (REG)

***El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registro de datos clínicos y administrativos de los pacientes.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de autoevaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| REG 1.1 |  |  |  |
| REG 1.2 |  |  |  |
| REG 1.3 |  |  |  |
| REG 1.4 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Respecto de las ***características que le son obligatorias de acuerdo a su nivel de complejidad describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

((Atención cerrada Alta y mediana y baja complejidad obligatoria REG 1.1)

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| REG 1.1 |  |

## ÁMBITO: SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

***El equipamiento clínico cumple con las condiciones necesarias de seguridad para su funcionamiento y es operado de manera adecuada.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de evaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| EQ 1.1 |  |  |  |
| EQ 1.2 |  |  |  |
| EQ 2.1 |  |  |  |
| EQ 2.2 |  |  |  |
| EQ 3.1 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Respecto de las ***características que le son obligatorias de acuerdo a su nivel de complejidad describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

(Solamente Atención cerrada Alta y mediana obligatoria EQ 2.1)

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| EQ 2.1 |  |

## ÁMBITO: SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

***Las instalaciones del prestador institucional cumplen las condiciones necesarias para garantizar la seguridad de los usuarios.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de evaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| INS 1.1 |  |  |  |
| INS 2.1 |  |  |  |
| INS 2.2 |  |  |  |
| INS 3.1 |  |  |  |
| INS 3.2 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Respecto de las ***características que le son obligatorias de acuerdo a su nivel de complejidad describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

(Atención cerrada baja complejidad obligatoria INS 3.2/ Atención cerrada Alta y mediana obligatoria INS 1.1)

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| INS 1.1 |  |
| INS 3.2 |  |

## ÁMBITO SERVICIOS DE APOYO (AP)

***El prestador institucional provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.***

***Componente APL Laboratorio clínico***

***Los exámenes de laboratorio clínico se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de evaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| APL 1.1 |  |  |  |
| APL 1.2 |  |  |  |
| APL 1.3 |  |  |  |
| APL 1.4 |  |  |  |
| APL 1.5 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Respecto de las ***características que le son obligatorias a prestadores institucionales de Atención cerrada Alta y mediana complejidad describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| APL 1.4 |  |
| APL 1.5 |  |

***Componente APF Farmacia***

***El prestador institucional asegura que los servicios y los productos entregados por farmacia sean de la calidad requerida para la seguridad de los pacientes.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de evaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| APF 1.1 |  |  |  |
| APF 1.2 |  |  |  |
| APF 1.3 |  |  |  |
| APF 1.4 |  |  |  |
| APF 1.5 |  |  |  |
| APF 1.6 |  |  |  |
| APF 1.7 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Respecto de las ***características que le son obligatorias a prestadores institucionales de Atención cerrada Alta y mediana complejidad describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| APF 1.3 |  |

***Componente APE Esterilización***

***Los procesos de esterilización y desinfección de materiales y elementos clínicos se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de evaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| APE 1.1 |  |  |  |
| APE 1.2 |  |  |  |
| APE 1.3 |  |  |  |
| APE 1.4 |  |  |  |
| APE 1.5 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Respecto de las ***características que le son obligatorias a prestadores institucionales de Atención cerrada Alta y mediana complejidad describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| APE 1.2 |  |
| APE 1.3 |  |

Señale los puntos de verificación que **“no aplican”** para las características obligatorias.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| APE 1.2 |  |

***Componente APT Transporte de pacientes***

***El transporte de pacientes se efectúa en condiciones que garantizan su seguridad.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de evaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| APT 1.1 |  |  |  |
| APT 1.2 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

***Componente APD Diálisis***

***Los procedimientos de diálisis se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de evaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| APD 1.1 |  |  |  |
| APD 1.2 |  |  |  |
| APD 1.3 |  |  |  |
| APD 1.4 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Respecto de las ***características que le son obligatorias a prestadores institucionales de Atención cerrada Alta y mediana complejidad describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| APD 1.2 |  |

***Componente APR Radioterapia***

***Los procedimientos de radioterapia se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de evaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| APR 1.1 |  |  |  |
| APR 1.2 |  |  |  |
| APR 1.3 |  |  |  |
| APR 1.4 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

***Componente APA Anatomía patológica***

***Los servicios de anatomía patológica aportan resultados confiables y oportunos.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de evaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| APA 1.1 |  |  |  |
| APA 1.2 |  |  |  |
| APA 1.3 |  |  |  |
| APA 1.4 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Respecto de las ***características que le son obligatorias a prestadores institucionales de Atención cerrada Alta y mediana complejidad describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| APA 1.2 |  |

***Componente APQ Quimioterapia***

***El prestador institucional provee condiciones que garantizan la seguridad de los procedimientos de quimioterapia.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de evaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| APQ 1.1 |  |  |  |
| APQ 1.2 |  |  |  |
| APQ 1.3 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Respecto de las ***características que le son obligatorias a prestadores institucionales de Atención cerrada Alta y mediana complejidad describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| APQ 1.3 |  |

***Componente API Imagenología***

***Los procedimientos de imagenología se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de evaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| API 1.1 |  |  |  |
| API 1.2 |  |  |  |
| API 1.3 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Respecto de las ***características que le son obligatorias a prestadores institucionales de Atención cerrada Alta y mediana complejidad describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| API 1.2 |  |

***Componente APK Kinesioterapia y Rehabilitación Kinésica***

***El prestador institucional provee condiciones que garantizan la seguridad de los procedimientos de kinesioterapia y rehabilitación kinésica***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de evaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| APK 1.1 |  |  |  |
| APK 1.2 |  |  |  |
| APK 1.3 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

***Componente APTr Medicina Transfusional***

***El prestador institucional provee condiciones que garantizan la calidad de los componentes sanguíneos.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de evaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| APTr 1.1 |  |  |  |
| APTr 1.2 |  |  |  |
| APTr 1.3 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

***Componente APDs Atención de donantes***

***El prestador institucional provee condiciones de seguridad en el proceso de donación de sangre.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de evaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| APDs 1.1 |  |  |  |
| APDs 1.2 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Respecto de las ***características que le son obligatorias a prestadores institucionales de Atención cerrada Alta y mediana complejidad describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

|  |  |
| --- | --- |
| Característica | Descripción de las condiciones de cumplimiento |
| APDs 1.2 |  |

***Componente APCs Centro de Sangre***

***El prestador institucional provee condiciones para la entrega de productos seguros y efectivos.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de evaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| APCs 1.1 |  |  |  |
| APCs 1.2 |  |  |  |
| APCs 1.3 |  |  |  |
| APCs 1.4 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**4. Identificación de los profesionales de la institución que dirigen y realizan el proceso de acreditación**

**A-. Nombre a los directivos que acompañaron la preparación de la institución para la acreditación, y a los profesionales y personal que participaron activamente en este proceso**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellido Paterno** | **Apellido Materno** | **Nombres** | **RUT** | **Profesión** | **Cargo o Función** | **Servicio o Unidad** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**5. si es pertinente Identifique la(s) entidades asesoras y/o profesionales externos que acompaÑaron a la institucion en los Últimos doce meses EN la preparaciÓn deL PROCESO DE ACREDITACIÓN Y AUTOEVALUACIÓN**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellido Paterno** | **Apellido Materno** | **Nombres** | **RUT** | **Profesión** | **Entidad Asesora** | **Período de asesoría** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**6. INDICADORES UTILIZADOS**

**ATENCIÓN CERRADA**

Informe los indicadores que su institución monitorea para las características que se señalan a continuación, que deben ser pertinentes para lo solicitado en la característica y de utilidad para su institución.

En caso de monitorear más de 1 indicador por característica, insertar dichos indicadores.

|  |  |
| --- | --- |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GCL 1.1** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GCL 1.2** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GCL 1.3** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GCL 1.6** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GCL 1.7** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GCL 1.9** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GCL 1.12** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GCL 1.13** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GCL 2.1** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GCL 2.2** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GCL 3.2** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GCL 3.3** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **AOC 1.2** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **AOC 1.3** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **RH 4.3** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **REG 1.2** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **REG 1.3** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **REG 1.4** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APL 1.2** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APL 1.3** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APF 1.4** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APF 1.5** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APF 1.6** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APF 1.7** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APE 1.3 (Indicador 1)** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APE 1.3 (Indicador 2)** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APE 1.4** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APE 1.5** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APD 1.2** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APD 1.3** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APR 1.3** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APR 1.4** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APA 1.2** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APA 1.3** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APQ 1.2** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APQ 1.3** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **API 1.2** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **API 1.3** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APK 1.2** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APK 1.3** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APTr 1.2** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APDs 1.1** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APCs 1.2** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |

**7. EVENTOS ADVERSOS**

**Mencione los eventos adversos que su institución tiene en su sistema de vigilancia activa para cada uno de los servicios o unidades que le aplican:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Unidad o Servicio** | **Eventos Adversos que se vigilan** |
|  |  |
|  |  |

**8. CARTERA DE SERVICIOS**

**Mencione o anexe cartera de servicios de su Institución (productos o servicios del establecimiento de acuerdo al modelo de producción adoptado y definido)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**9. ORGANIGRAMA**

**Anexar organigrama del Establecimiento.**

**10. PLANOS O CROQUIS DEL ESTABLECIMIENTO**

**Anexar planos esquemáticos o croquis de la Institución, considerando las actuales instalaciones.**