

**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN**

**ESTÁNDAR GENERAL**

**PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE**

**CENTROS SENDA**

**(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 centros senda**

**Aplicable al “Estándar General de Acreditación para Centros que Otorgan Tratamiento y Rehabilitación de Personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas”**

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**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Contenido Resolución** | **N° Resolución** | **Tipo de Prestador** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Dirección del Prestador** |
|  |   |  |   |   |   |
|  |   |  |   |   |   |
|  |   |  |   |   |   |

***B.2* DIRECTOR TÉCNICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre / Rut** | **N° resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** |
|  |  |  |  |

**B.3 CAMAS RESIDENCIALES**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencias del prestador** | **Unidades Autorizadas** | **N° resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \***  | **N/A** |
| ***Dotación camas*** |  |
| Camas Adulto |   |   |   |   |   |  |
| Camas Pediátricas |   |   |   |   |   |  |
| Camas Totales |   |   |   |   |   |  |
| Otras (especifique) |   |   |   |   |   |  |

\* Registre la Ubicación en el prestador de acuerdo a la Autorización Sanitaria vigente.

|  |
| --- |
| **B.4** **Salas de EQUIPOS Y/O CONSULTAS** |
| **Salas de Procedimientos** | **Unidades Autorizadas** | **N° resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \***  | **N/A** |
|  |  |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* Registre ubicación dentro del prestador de acuerdo a la Autorización Sanitaria vigente.

**B.5** **SERVICIOS DE APOYO**

**BOTIQUÍN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencias** | **N° resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \*** |
| Instalación y funcionamiento |  |  |  |   |
|  |  |  |  |   |
| **Director Técnico Nombre / Rut** | **N° resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** |
|  |  |  |   |

\* Registre ubicación en el prestador de acuerdo a la Autorización Sanitaria vigente.

**B.6OTRAS INSTALACIONES (ESPECIFIQUE)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencia** | **Unidades Autorizadas** | **N° resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \*** |
|  |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\* Registre ubicación en el prestador de acuerdo a la Autorización Sanitaria vigente.

**B.7 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.8** **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.

Sí No

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

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

Describa los cinco (5) 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 |  |  |

1. **Proceso de Autoevaluación**

**2.1 Cronología de eventos en los que se enmarcó LA PREPARACION de la institucion paRA EL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN**

2.1.1 Fecha de inicio de preparación de la institución para la

dd/mm/aaaa

 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:

2.1.4 Fecha de confección del informe de la última

dd/mm/aaaa

 Autoevaluación:

dd/mm/aaaa

aAaAAaaaa

2.1.5 Período estimado para solicitar la acreditación:

**2.2 Describa brevemente el plan de trabajo ejecutado por la institución para LA PREPARACION Del 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** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **PROCESO DE autoevaluación RESPECTO DEL “ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA CENTROS QUE OTORGAN TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA A ALCOHOL Y/O DROGAS”**

Señale los **puntos de verificación** que **“no aplican”** en el prestador, **fundamente**.

|  |  |
| --- | --- |
| Punto de Verificación | Fundamento |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ÁMBITO: RESPETO A LA DIGNIDAD DEL USUARIO(DU)**

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

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado respecto de cada característica. | Metodología de evaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| DU 1.1 |  |  |  |
| DU 1.2 |  |  |  |
| DU 1.3 |  |  |  |
| DU 1.4 |  |  |  |
| DU 2.1 |  |  |  |
| DU 3.1 |  |  |  |
| DU 4.1 |  |  |  |
| DU 5.1 |  |  |  |

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

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

**ÁMBITO: GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)**

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

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado respecto de cada característica. | Metodología de autoevaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| CAL 1.1  |  |  |  |

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

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

**ÁMBITO: GESTIÓN CLINICA (GCL)**

***El prestador institucional provee condiciones para la entrega de atenciones de salud de calidad.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado 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 |  |  |  |

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

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

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

***El prestador institucional posee una política orientada a proporcionar la atención necesaria a sus usuarios, 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 | Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado 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 |  |  |  |
| AOC 2.3 |  |  |  |

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

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

**ÁMBITO: COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)**

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

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado 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 3.2 |  |  |  |
| RH 4.1 |  |  |  |

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

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

**ÁMBITO: REGISTROS (REG)**

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

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado 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** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**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 | Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado 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** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ÁMBITO SERVICIOS DE APOYO (AP)**

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

***Componente APL Laboratorio clínico***

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

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado 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 |  |  |  |

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

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

***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 usuarios.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado 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 |  |  |  |

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

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

1. **Identificación de los profesionales de la instituciÓn que dirigen y participan en la preparaciÓn Del proceso de ACREDITACIÓN**

**A-. Nombre a los directivos y/o jefes de servicios 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** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **si es pertinente Identifique la(s) entidades asesoras y/o profesionales externos que acompaÑaron a la institucion en los ÚLTIMOS DOCE meses para la PREPARACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN Y AUTOEVALUACIÓN**

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

1. **INDICADORES UTILIZADOS**

**ATENCIÓN CENTROS SENDA**

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** | **DU 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 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 1.4** |
| 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** | **GCL 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** | **GCL 1.8** |
| 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 1.9** |
| 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 1.10** |
| 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 1.11** |
| 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 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 (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** | **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) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **APF 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 |  |

1. **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.**