

**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN**

**ESTÁNDAR GENERAL**

**PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE**

**atención ABIERTA**

**(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 abierta**

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

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 **PABELLONES** |
| **Pabellones** | **Unidades Autorizadas** | **N°** **Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \***  | **N/A** |
| Pabellón de Cirugía Mayor Ambulatoria |  |  |  |  |  |   |
| Pabellón de Cirugía Menor |  |  |  |  |  |  |
| Otros ( especifique) |  |  |  |  |  |  |
| \* Registre ubicación dentro del prestador de acuerdo a la Autorización Sanitaria vigente.B.4 **Salas de Procedimientos** |
| **Salas de Procedimientos** | **Unidades Autorizadas** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \***  | **N/A** |
| **Por Sistema** |  |  |  |  |  |   |
| Cardiología |  |  |  |  |  |  |
| Neurología |  |  |  |  |  |   |
| Respiratorio |  |  |  |  |  |  |
| Urología |  |  |  |  |  |  |
| Otorrinolaringología |  |  |  |  |  |  |
| Dermatología |  |  |  |  |  |  |
| Oftalmología |  |  |  |  |  |  |
| Digestivo |  |  |  |  |  |  |
| Vascular |  |  |  |  |  |  |
| Gineco-Obstétrica |  |  |  |  |  |  |
| Odontología |  |  |  |  |  |  |
| Traumatología |  |  |  |  |  |  |
| Otro |  |  |  |  |  |  |
| **Por tipo de procedimiento** |  |  |  |  |  |  |
| Médicos |  |  |  |  |  |  |
| Enfermería |  |  |  |  |  |  |
| Médicos y de enfermería |  |  |  |  |  |  |
| Pabellón de yeso |  |  |  |  |  |  |
| Endoscopias altas y bajas |  |  |  |  |  |  |
| Kinesiterapia |  |  |  |  |  |  |
| Administración de quimioterapia |  |  |  |  |  |  |
| Reanimación |  |  |  |  |  |  |
| Otro ( especifique) |  |  |  |  |  |  |

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

B.5 **SALAS DE PROCEDIMIENTOS IMAGENOLÓGICOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Salas**  | **Unidades Autorizadas** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **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 ubicación dentro del prestador de acuerdo a la Autorización Sanitaria vigente.

B.6 **EQUIPAMIENTO IMAGENOLÓGICO**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Equipos** | **Marca****Modelo****N° de serie** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación\*** | **N/A** |
| Rayos X Osteoarticular fijos |  |  |  |  |  |  |
| Rayos X Osteoarticular móviles |  |  |  |  |  |  |
| Rayos X Ortopantografía |  |  |  |  |  |  |
| Tomógrafo Axial Computarizado (Scanner) |  |  |  |  |  |  |
| Tomografía Dental |  |  |  |  |  |  |
| Resonancia Nuclear Magnética |  |  |  |  |  |  |
| Mamógrafo |  |  |  |  |  |  |
| Densitómetro Óseo |  |  |  |  |  |  |
| Rayos X Dentales Móviles |  |  |  |  |  |  |
| Rayos X Dentales Fijos |  |  |  |  |  |  |
| Otros especifique |  |  |  |  |  |  |

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

B.7 **SERVICIOS DE APOYO**

B.7.1 **Diálisis**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencia o equipamiento** | **Unidades Autorizadas** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \***  | **N/A** |
| Sillones |  |  |  |  |  |   |
| Sillón virus (positivo) |  |  |  |  |  |   |
| Monitores |  |  |  |  |  |   |
| Salas Peritoneo diálisis |  |  |  |  |  |  |
| Otras salas |  |  |  |  |  |  |
| Botiquín |  |  |  |  |  |  |
| **Director Técnico****Nombre / Rut** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** |
|  |  |  |   |

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

B.7.2 **LABORATORIO CLÍNICO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencias** | **Unidades Autorizadas** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \***  | **N/A** |
| Instalación y funcionamiento  |  |  |  |  |  |   |
| Sala de toma de muestra |  |  |  |  |  |   |
| Sala de toma de muestra externa |  |  |  |  |  |  |
| Tipo de exámenes autorizados |   |
| HEMATOLOGÍA |  | BIOQUÍMICA |  | MICROBIOLOGÍA |  | BIOLOGÍA MOLECULAR |  |
| **Director técnico Nombre / Rut** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** |
|  |  |  |   |

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

 Registre el total de salas de toma de muestras, incluyendo internas y externas.

B.7.3 **Banco se sangre /umt**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencias** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \*** | **N/A** |
| Instalación y funcionamiento |  |  |  |   |  |
| Sala de toma de muestras |  |  |  |   |  |
| **Director Técnico Nombre / Rut** | **N° resolución** | **Fecha** | **Autoridad que** **la dicta** |
|  |  |  |   |

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

B.7.4 **servicio de transporte de enfermos**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencias** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \*** | **N/A** |
| Instalación y funcionamiento |  |  |  |   |  |
| **Vehículo** | **Año** | **Marca** | **Modelo** | **Patente** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **N/A** |
|  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| TIPO DE MÓVIL:  | MEDICALIZADA(M3) |  | AVANZADA (M2) |  | BASICA (M1) |  |
| **Director Técnico Nombre / Rut** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** |
|  |  |   |   |

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

B.7.5 **esterilización**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencias** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \*** | **N/A** |
| Instalación y funcionamiento |  |  |   |   |  |
| **Equipamiento / N° Registro** | **Marca****Modelo****Serie** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación\*** |
| Autoclave 1 /N° Registro |  |  |  |  |  |
| Autoclave 2 /N° Registro |  |  |  |  |  |
| **Director Técnico Nombre / Rut** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** |
|  |  |  |  |

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

B.7.6 **farmacia / BOTIQUÍN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencias** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \*** | **N/A** |
| 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.7.7 **VACUNATORIO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencias** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \*** | **N/A** |
| 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.7.8 **anatomia patológica**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencias** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \*** | **N/A** |
| Instalación y funcionamiento |  |  |  |   |  |
| Tipo de Muestras |
| Histopatología |  | Citopatología |  |
| Otras (especifique) |  |
| **Director Técnico Nombre / Rut** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** |
|  |  |  |   |

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

B.7.9 **MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencias** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \*** | **N/A** |
| 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.7.10 **QUIMIOTERAPIA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencias** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \*** | **N/A** |
| 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.7.11 **RADIOTERAPIA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencias** | **N° resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \*** | **N/A** |
| Instalación y funcionamiento |  |  |  |   |  |
| **Equipamiento** | **Marca****Modelo****Serie** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **N/A** |
| Acelerador Lineal |  |  |  |  |  |
| **Director Técnico Nombre / Rut** | **N° resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** |
|  |  |  |   |

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

B.7.12 **CECOF**

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

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

B.7.13 **POSTAS RURALES**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencias** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación**  | **N/A** |
| Instalación y funcionamiento |  |  |   |   |  |
| 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.8 **OTRAS 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.9 **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.10 **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 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**

2.1.1 Fecha de inicio de preparación de la institución

dd/mm/aaaa

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 LA PREPARACION Del proceso de autoevaluación**

|  |
| --- |
| **Breve reseña de la incorporación de la gestión de calidad en la institución (Año en que se incorporó la Calidad como parte del trabajo en la institución, participación y compromiso del equipo directivo y personal de la institución)** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Descripción del plan de trabajo para la preparación del proceso de autoevaluación** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**2.3 PROCESO DE autoevaluación RESPECTO DEL “ Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención ABIERTA”**

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

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

**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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **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** |
| 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** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **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 acciones de salud seguras.**

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **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 2.1 |  |  |  |
| GCL 2.2 |  |  |  |
| GCL 3.1 |  |  |  |
| GCL 3.2 |  |  |  |

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 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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **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 2.1 |  |  |  |

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

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **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 4.1 |  |  |  |
| RH 4.2 |  |  |  |

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 pacientes.**

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **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 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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **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** |
| 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** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **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 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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **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 |  |  |  |
| APL 1.3 |  |  |  |
| APL 1.4 |  |  |  |
| APL 1.5 |  |  |  |

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 pacientes.**

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **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 |  |  |  |
| APF 1.3 |  |  |  |
| APF 1.4 |  |  |  |
| APF 1.5 |  |  |  |

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

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

**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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **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** |
| 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** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Componente APT Transporte de pacientes**

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

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **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** |
| 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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **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** |
| 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** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Componente APR Radioterapia**

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

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **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** |
| 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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **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** |
| 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** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Componente APQ Quimioterapia**

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

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **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** |
| APQ 1.1 |  |  |  |
| APQ 1.2 |  |  |  |
| APQ 1.3 |  |  |  |

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

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

**Componente API Imagenología**

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

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **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** |
| API 1.1 |  |  |  |
| API 1.2 |  |  |  |
| API 1.3 |  |  |  |

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

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

**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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **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** |
| 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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **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** |
| 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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **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** |
| APDs 1.1 |  |  |  |
| APDs 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**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Primer Apellido** | **Segundo Apellido** | **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**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Primer Apellido** | **Segundo Apellido** | **Nombres** | **RUT** | **Profesión** | **Entidad Asesora** | **Periodo de asesoría** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **INDICADORES UTILIZADOS**

**ATENCIÓN ABIERTA**

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 1.3** |
| 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 1.6** |
| 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) |  |
| 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 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 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) |  |
| 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 1.2** |
| 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** | **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 1.3** |
| 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** | **APE 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** | **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) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **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) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **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) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **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) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **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) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **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) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **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) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **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) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **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) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **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) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **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) |  |
| Punto verificador en que se mide este indicador |  |
| **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) |  |
| 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** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**7. 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)**

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

**8. ORGANIGRAMA**

**Anexar organigrama del Establecimiento.**

**9. PLANOS O CROQUIS DEL ESTABLECIMIENTO**

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