

## **CIRCULAR IP /N°40**

**SANTIAGO, 13 DE SEPTIEMBRE DE 2019**

### **TEXTO ACTUALIZADO**

**Incorpora las modificaciones introducidas a esta Circular por:**

- **Circular IP N°41, de 17 de octubre de 2019**
- **Circular IP N°43, de 27 de febrero de 2020**
- **Circular IP N°59, de 02 de marzo de 2023**

**IMPORTE INSTRUCCIONES A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS SOBRE LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN EN QUE LOS PRESTADORES INSTITUCIONALES ESTÉN EN SITUACIÓN DE SER ACREDITADOS CON OBSERVACIONES, Y EN LA POSTERIOR VERIFICACIÓN DE SUS PLANES DE CORRECCIÓN, SUS FORMALIDADES Y TRÁMITES PERTINENTES Y DEROGA LA CIRCULAR IP/N°14, DE 2011 Y EL OFICIO CIRCULAR IP/N°2, DE MARZO 2022.-**

### **VISTOS:**

Lo dispuesto en el Numeral 1º, 4º e inciso final del Artículo 121 del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763, de 1979 y de las Leyes N°18.933, N°18.469; en la Ley N°19.880, que Establece Bases de los Procedimientos Administrativos que Rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado; en los Artículos 27, 28, 29 y demás pertinentes del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales, aprobado mediante Decreto Supremo N°15, de 2007, del Ministerio de Salud, (en adelante "el Reglamento"); lo previsto en los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para los Prestadores Institucionales, aprobados por los Decretos Exentos N°18 de 2009, números 33, 34, 35, 36 y 37 de 2010, números 346 y 347 de 2011, N°128 de 2018, y números 11 y 52, de 2021, todos del Ministerio de Salud; especialmente lo dispuesto en el N°2 del Acápito II de dichos Manuales, sobre Interpretación de las Normas contenidas en ellos, de su Acápito III, sobre "Reglas de Decisión"; en el Decreto Exento N°5 de 2019, y Decreto Exento N°3 de 2022, ambos del Ministerio de Salud y; en la Resolución RA 882/35/2020, de 2 de marzo de 2020, de la Superintendencia de Salud;

## **CONSIDERANDO:**

- 1º** Que, los Artículos 28 y 29 del Reglamento del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud, regulan los casos en que el prestador evaluado se encontrare en situación de ser acreditado con observaciones, los trámites y plazos que al respecto deben efectuar la entidad acreditadora y dicho prestador, el plan de corrección y el cronograma para su cumplimiento que este último debe presentar, así como la verificación del cumplimiento de dicho plan y sus efectos;
- 2º** Que, el Decreto Exento N°5 de 2019, del Ministerio de Salud, modifica el número 3 del Acápite III, sobre las "Reglas de Decisión", de los distintos Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, vigentes en la actualidad, señalando en cada uno de ellos que la Entidad Acreditadora otorgará o denegará la acreditación, o la concederá con observaciones, siempre que se hubieren cumplido con las formalidades y normas previstas en el Reglamento, según las reglas que allí se señalan;
- 3º** Que, el citado Decreto Exento modificó las reglas de decisión, para cada uno de los Estándares de Acreditación, en el primer, segundo y tercer proceso de acreditación, señalando para cada uno, los porcentajes de cumplimiento de las características obligatorias y totales que son necesarios para que se otorgue la acreditación directamente o para quedar en situación de ser acreditado con observaciones, permitiéndose, en el último caso, el incumplimiento de un número determinado de características obligatorias;
- 4º** Que, conforme a dichas "Reglas de Decisión" de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación vigentes, los Prestadores Institucionales podrán encontrarse en situación de acreditar con observaciones, en los siguientes casos:
  - a) Atención Cerrada de alta o mediana complejidad:**
    - Primer proceso: 50% de las características que le fueron aplicables con un máximo de 3 características obligatorias incumplidas.
    - Segundo proceso: 70% de las características aplicables con un máximo de 3 características obligatorias incumplidas.
    - Tercer proceso: 85% de las características aplicables con un máximo de 3 características obligatorias incumplidas.
  - b) Atención Cerrada de baja complejidad; Atención Abierta; Centros de Tratamiento y Rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia al alcohol y/o drogas; y Atención Psiquiátrica Cerrada.**
    - Primer proceso: 50% de las características que le fueron aplicables con un máximo de 2 características obligatorias incumplidas.
    - Segundo proceso: 70% de las características aplicables, con un máximo de 2 características obligatorias incumplidas.
    - Tercer proceso: 85% de las características aplicables, con un máximo de 2 características obligatorias incumplidas.
  - c) Centros de Diálisis; Servicios de Esterilización; Servicios de Imagenología; Laboratorios Clínicos; Quimioterapia Ambulatoria; Servicios de Radioterapia; Laboratorios de Anatomía Patológica y Citología; y Centros de Odontología.**
    - Primer proceso: 65% de las características aplicables, con un máximo de 2 características obligatorias incumplidas.

Segundo proceso: 75% de las características aplicables, con un máximo de 2 características obligatorias incumplidas.

Tercer proceso: 80% de las características aplicables, con un máximo de 2 características obligatorias incumplidas.

**5º** Que, sin perjuicio de lo indicado en el numeral 4º precedente y con ocasión de la pandemia por COVID-19, a través del Decreto Exento N°3 de 2022, se establecen nuevas reglas de decisión al respecto, para los procesos de prestadores que postulan a una "reacreditación", reglas que serán transitorias y se mantendrán de acuerdo a la siguiente premisa:

"Dichas modificaciones excepcionales se aplicarán por las Entidades Acreditadoras en los procedimientos de reacreditación que hayan sido suspendidos con motivo de la pandemia causada por el nuevo coronavirus (2019-NCOV) y, en todo caso, en los procedimientos de reacreditación cuyas solicitudes hubieren debido ser formuladas durante el período de vigencia de la Alerta Sanitaria declarada por el Decreto N°4 de 2020, del Ministerio de Salud, y a las solicitudes de reacreditación que deban formularse durante el año 2022".

**6º** Que, además, en virtud de las normas legales y reglamentarias referidas en los vistos precedentes esta Intendencia posee, por una parte, la potestad para dictar los instrumentos regulatorios que sean necesarios para asegurar una adecuada fiscalización de los procedimientos de acreditación que ejecuten las Entidades Acreditadoras y, por otra, la facultad de establecer, mediante circulares de general aplicación, el sentido y el alcance de las normas reglamentarias que rigen el procedimiento de acreditación y las normas contenidas en los Estándares Generales de Acreditación vigentes aprobados por los respectivos Decretos Exentos dictados por el Ministerio de Salud;

**7º** Que, atendida la importancia de los cambios introducidos en el número 3 del título III, sobre "Reglas de Decisión", contenido en los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, establecidos por el Decreto Exento N°5 de 2019, y, transitoriamente por el Decreto Exento N°3, de 2022, ambos del Ministerio de Salud, esta Intendencia tiene el deber de asegurar que esto se lleve a cabo a través de un procedimiento claro, expedito y homólogo para todos los procesos de acreditación que correspondan y para todas las partes involucradas que intervengan en ellos;

**Y TENIENDO PRESENTE** las facultades legales y reglamentarias antes referidas, vengo en dictar las siguientes instrucciones a las Entidades Acreditadoras autorizadas y a los Prestadores Institucionales de Salud

**1. INSTRÚYESE, respecto del procedimiento que las Entidades Acreditadoras y Prestadores Institucionales de Salud, deberán seguir en los procesos de acreditación cuando, según el Informe de Acreditación de la Entidad Acreditadora, el Prestador evaluado se encuentre en situación de ser acreditado con observaciones.**

**1.1.** La Entidad Acreditadora comunicará la circunstancia de que el Prestador se encuentra en situación de ser acreditado con observaciones, en el informe de acreditación, señalando la normativa correspondiente que lo permite.

**1.2.** En concordancia con lo anterior, la Entidad Acreditadora deberá redactar los últimos párrafos del ítem conclusiones, de la siguiente forma:

"Teniendo presente los antecedentes de la evaluación del Prestador **XXXXXXXXXX**, conforme a los hallazgos, fundamentos expuestos y los resultados obtenidos, según se detallan en el presente informe, y en cumplimiento de las Reglas de Decisión del Estándar de Acreditación evaluado en el presente procedimiento, se concluye que dicho Prestador Institucional, cumple con el **97%** de las características obligatorias que le fueron aplicables en las evaluaciones efectuadas, **incumpliendo 3 de ellas** y cumple, además, con el **70%** del total de las características que le fueron aplicables."

"Conforme a las Reglas de Decisión antedichas, para que sea procedente la declaración de acreditación de este Prestador, la exigencia mínima del Estándar de Acreditación aplicado, aprobado por el Decreto Exento N°18, de 2009, del Ministerio de Salud, para el **primer** proceso de acreditación es el cumplimiento del **100%** de las características obligatorias evaluadas y el cumplimiento del **50%** de las características totales que fueron aplicables al Prestador. Por otra parte, para acreditar con observaciones se exigirá el cumplimiento de, al menos, el **50%** de las características que le fueron aplicables, permitiendo un incumplimiento máximo de **3 características obligatorias** aplicadas en el proceso de acreditación".

"De acuerdo a lo anterior, la Entidad Acreditadora **XXXXX XXXXXX** en virtud de las facultades que la ley le otorga, y de acuerdo a lo indicado en el Artículo 28 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud declara que el Prestador Institucional **XXXXXXXXXX**, se encuentra en situación de ser "acreditado con observaciones", siempre y cuando se cumplan las formalidades y normas previstas en el citado Reglamento".

- 1.3.** La declaración de la decisión adoptada por la Entidad Acreditadora, antes señalada, deberá ser adecuada, en cada caso, con relación al tipo de estándar de acreditación evaluado, porcentajes de cumplimiento y secuencia de éste, según corresponda, en concordancia con lo señalado en el 4° del Considerando precedente.
- 1.4.** En el ítem observaciones del informe de acreditación, la Entidad Acreditadora deberá informar al Prestador las reglas que deberá cumplir para optar a la "acreditación con observaciones", indicando lo siguiente:
  - a)** El Prestador **XXXXXX**, deberá elaborar un Plan de Corrección que permita estimar que, con éste podrá subsanar las deficiencias de las características obligatorias incumplidas, a saber, **XXX, XXX y XXX**.
  - b)** El Plan de Corrección deberá ser acompañado de un Cronograma, que establezca su cumplimiento en un lapso no superior a seis meses.
  - c)** El Plan de Corrección y Cronograma deberán ser remitidos en un plazo de diez (10) días hábiles, al correo electrónico \_\_\_\_\_ del representante legal de la Entidad Acreditadora, que se encuentra registrado ante esta Intendencia.
  - d)** Los diez (10) días se contabilizarán a partir de la fecha de notificación de la Resolución Exenta de la Intendencia de Prestadores, que da a conocer

al Prestador el informe que lo declara en situación de ser acreditado con observaciones. Dicha Resolución más el antedicho informe de acreditación en su versión final, se notificarán al Prestador, vía correo electrónico, a la dirección de correo indicada en su solicitud de acreditación.

**1.5.** De la notificación al Prestador, del informe de acreditación que indica que ha quedado en situación de ser acreditado con observaciones:

- a)** Luego de concluida la fiscalización al informe de acreditación, efectuada por el Subdepartamento de Fiscalización en Calidad, se procederá, como es regular en todos los procesos de acreditación, a instruir al Prestador evaluado el pago de la segunda cuota del arancel a la Entidad Acreditadora. Una vez efectuado dicho pago, se remitirán los antecedentes a al Subdepartamento de Sanciones y Apoyo Legal, para la confección de la Resolución Exenta que notifique al Prestador acerca del resultado de su proceso de acreditación.
- b)** Dicha notificación al Prestador, vía correo electrónico, contendrá los siguientes documentos:
  - i.** La antedicha Resolución Exenta IP;
  - ii.** El respectivo informe de acreditación;
  - iii.** El Decreto Exento N°5, de 2019, del Ministerio de Salud;
  - iv.** La Circular IP N°40 de septiembre de 2019,
  - v.** El formato para la elaboración del Plan de Corrección y su instructivo.
- c)** Del correo de notificación al Prestador, se enviará copia a la Entidad Acreditadora correspondiente, quien será responsable de dar continuidad a este proceso, aprobando o rechazando el Plan de Corrección que presentará el Prestador.

**1.6.** Del Plan de Corrección que deberá elaborar el Prestador que opte al estado de acreditado con observaciones:

- a)** El Plan de Corrección deberá dar cuenta clara y explícita de los incumplimientos encontrados durante la evaluación del proceso de acreditación, en las características obligatorias del estándar de que se trate, identificando los factores asociados a dichos incumplimientos. El plan deberá estructurarse definiendo actividades que permitan la subsanación de los incumplimientos explícitos, aplicando el principio de la mejora continua, en la gestión de calidad y seguridad de los pacientes.
- b)** La elaboración del Plan de Corrección, no deberá considerar un enfoque punitivo o ser utilizado para identificar responsabilidades individuales, pues ese no es su objetivo, por el contrario, es muy recomendable para los Prestadores que profundicen en el análisis de sus incumplimientos de una manera constructiva, pues dicha información podrá ser utilizada como insumo para evitar nuevos incumplimientos en el futuro.
- c)** El Plan de Corrección elaborado por el Prestador, deberá ser presentado en el formato instruido por esta Intendencia, de acuerdo al Anexo N°1 de esta Circular, y su instructivo correspondiente, Anexo N°2 de la presente Circular.

- d)** El Plan de Corrección deberá ser acompañado de un Cronograma, el cual señalará la oportunidad en que se ejecutarán las actividades pertinentes a éste, necesarias para subsanar cada uno de los incumplimientos detectados, en el que se señalará como mínimo, la (s) actividad (es), el plazo de ejecución y el (los) responsable (s) de ésta (s). El cronograma en su completitud, deberá estar diseñado para ser cumplido en un lapso de tiempo que no supere los seis meses.
- e)** Para la evaluación Plan de Corrección, por parte de la Entidad Acreditadora, los Prestadores podrán adjuntar información que les parezca relevante en relación al cumplimiento de dicho Plan (Actas de reuniones, resoluciones, etc.)
- f)** Asimismo, el Plan de Corrección elaborado por el Prestador, deberá ser remitido a la Entidad Acreditadora correspondiente, en el plazo y forma indicada en el 1.4 precedente.

**1.7.** De la aprobación o rechazo del Plan de Corrección del Prestador, por parte de la Entidad Acreditadora:

- a)** La Entidad Acreditadora que recibe el Plan de Corrección, deberá verificar que éste cumple con los contenidos exigidos en los Anexos N°1 y N°2 de esta Circular, valorando sí con la información presentada en el correspondiente formato, se responden las interrogantes respecto a cuál o cuáles fueron los incumplimientos, sus causas y factores contribuyentes, las acciones correctivas planteadas, la atingencia de ellas, los responsables y los plazos involucrados en su implementación y evaluación.
- b)** Luego de revisar y analizar el Plan de Corrección y toda la información atingente al mismo, remitida por el Prestador, la Entidad Acreditadora elaborará un informe, en donde, en lo principal, explicitará cada uno de los incumplimientos representados en el informe de acreditación, por cada característica y elemento medible incumplido que aborde dicho Plan, las actividades propuestas por el Prestador para subsanar tales falencias, los responsables de ejecutarlas y los plazos involucrados.
- c)** El informe elaborado por la Entidad Acreditadora, deberá ser presentado en el formato instruido por esta Intendencia, de acuerdo al Anexo N°3 de esta Circular, y su instructivo correspondiente, contenido en el Anexo N°4 de la presente Circular. Dicho informe deberá ser finalizado en formato PDF y será válido con la firma electrónica avanzada del representante legal de la Entidad Acreditadora y la firma del director técnico correspondiente.
- d)** Para aprobar el Plan de Corrección propuesto por el Prestador, la Entidad Acreditadora, deberá considerar en lo principal, la pertinencia de las actividades formuladas para subsanar los incumplimientos, y una estimación fundada con respecto a que dichas correcciones podrán ser materializadas en un plazo máximo de 6 meses.
- e)** En caso de que el Prestador no presente un Plan de Corrección o este sea rechazado por insuficiente, la Entidad Acreditadora, dentro del quinto día hábil de recibido el correo de notificación indicado en la letra c) del 1.5 precedente, o de recepcionado el Plan de Corrección de parte del

Prestador, según corresponda, declarará fundadamente en su informe de evaluación del Plan de Corrección, como “no acreditado” al Prestador. Por el contrario, y en el mismo plazo, si el Plan es aprobado lo declarará “acreditado con observaciones”, enviando copia a la Intendencia de Prestadores, del Plan de Corrección del Prestador y todos los documentos adjuntados por éste, y del informe de evaluación del Plan de Corrección elaborado por la Entidad Acreditadora.

- f) Las copias de todos los documentos que la Entidad Acreditadora deberá remitir a esta Intendencia para su fiscalización, y que son señalados en la letra e) precedente, deberán ser enviadas exclusivamente a través del correo electrónico [informesacreditacion@superdesalud.gob.cl](mailto:informesacreditacion@superdesalud.gob.cl)

## **2. INSTRÚYESE, respecto del procedimiento que el Subdepartamento de Fiscalización en Calidad deberá seguir en la fiscalización del informe de evaluación del Plan de Corrección que presente el Prestador a la Entidad Acreditadora, y del término del proceso de acreditación.**

**2.1.** De la fiscalización del informe de evaluación del Plan de Corrección del Prestador, presentado por la Entidad Acreditadora, y del término del proceso, de acreditación:

- a) Después de que la Intendencia de Prestadores, reciba de parte de la Entidad Acreditadora, los documentos señalados en la letra e) del punto 1.7 precedente, procederá a realizar una fiscalización de éstos, con los objetivos de verificar que, tanto el Prestador como la Entidad Acreditadora se hayan ajustado al procedimiento instruido en la presente Circular, y que la decisión adoptada por la Entidad Acreditadora, respecto de aprobar o rechazar el Plan de Corrección del Prestador, sea concordante con la normativa vigente.
- b) En los casos en que el resultado de la fiscalización demuestre que se ha dado cumplimiento a las normas antedichas y que la decisión adoptada por la Entidad Acreditadora es la correcta, la Intendencia de Prestadores emitirá un acta de fiscalización en la que instruirá a la Entidad Acreditadora para complementar el ítem de “Conclusiones” del informe de acreditación original, en el que se declare que el Prestador está “acreditado con observaciones” o “no acreditado”, según corresponda, modificará, el último párrafo señalado en el punto 1.2 precedente, lo siguiente:
  - i. *“En atención a que el Prestador Institucional **XXXXXXXXXX**, a través de la Resolución Exenta IP N°xxx, de fecha \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_, ha sido notificado que, de acuerdo a lo indicado en el Artículo 28 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, se encuentra en situación de ser “acreditado con observaciones”, y habiéndose cumplido las formalidades y normas previstas en el citado Reglamento, la **Entidad Acreditadora XXXXX XXXXX**, en virtud de las facultades que la ley le otorga, **aprueba el Plan de Corrección presentado por el Prestador con fecha \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_, y lo declara “ACREDITADO CON OBSERVACIONES”**, a partir*

de la fecha de notificación de la Resolución Exenta IP de la Intendencia de Prestadores.”; o

- ii. *“En atención a que el Prestador Institucional **XXXXXXXXXXXX**, a través de la Resolución Exenta IP N°xxx, de fecha \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_, ha sido notificado que, de acuerdo a lo indicado en el Artículo 28 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, se encuentra en situación de ser “acreditado con observaciones”, y habiéndose cumplido las formalidades y normas previstas en el citado Reglamento, la **Entidad Acreditadora XXXXX XXXXXX**, en virtud de las facultades que la ley le otorga, **rechaza el Plan de Corrección presentado por el Prestador y lo declara NO ACREDITADO**, en el presente procedimiento de acreditación.”*
- c) El acta de fiscalización antes señalada, será remitida al correo electrónico del representante legal de la Entidad Acreditadora, la que dispondrá de **2 días hábiles** para hacer el cambio indicado en la b) precedente y remitir el informe final a la Intendencia, al correo [informesacreditacion@superdesalud.gob.cl](mailto:informesacreditacion@superdesalud.gob.cl)
- d) Una vez recibido el informe de acreditación en su versión final, el Subdepartamento de Fiscalización en Calidad, verificará que el cambio se ajuste a la instrucción y, de ser así, enviará un memorándum al Subdepartamento de Sanciones y Apoyo Legal, con todos los antecedentes pertinentes, para que ésta elabore la Resolución Exenta IP, en que se notifique al Prestador en cuestión, que ha sido declarado como “ACREDITADO CON OBSERVACIONES”, o en su defecto, que ha sido declarado como “NO ACREDITADO”.
- e) Si en la fiscalización se observa que, en el informe de acreditación remitido por la Entidad, ésta no da cumplimiento estricto a la instrucción impartida, se instruirá una última corrección, en los mismos términos previstos anteriormente, sin perjuicio de la posibilidad de que se instruya el correspondiente procedimiento sumarial.
- f) En los casos en que el resultado de la fiscalización, demuestre que existe una disconformidad entre el informe de evaluación del Plan de Corrección elaborado por la Entidad Acreditadora y los resultados de la fiscalización efectuada por la Intendencia de Prestadores, esta última, en virtud de sus facultades, podrá ordenar a la Entidad efectuar todas las correcciones correspondientes, oír a los representantes del Prestador Institucional evaluado, sin perjuicio de hacer uso de todas las acciones que complementen la fiscalización, tales como, pedir aclaraciones de temas específicos, ordenar un informe complementario, citar a reunión a la Entidad, entre otras.
- g) Una vez que la Resolución Exenta final, sea firmada por la (el) Intendente (e) de Prestadores, se procederá a la notificación del Prestador correspondiente, vía correo electrónico. La notificación incluirá los siguientes documentos:
  - i. Informe de acreditación en su versión final.



- ii. El informe de evaluación del Plan de Corrección elaborado por la Entidad Acreditadora.
- iii. La Resolución Exenta IP final.

**h)** El Prestador que sea declarado como "ACREDITADO CON OBSERVACIONES", será inscrito en el Registro de Prestadores Acreditados de esta Superintendencia, explicitando en él dicha condición.

**2.2.** Para efectos de la fiscalización señalada en el punto 2.1 precedente, cuando se trate de procesos de acreditación del Estándar General de Acreditación para Laboratorios Clínicos, ésta será efectuada por la Sección de Fiscalización de Laboratorios Clínicos del Instituto de Salud Pública de Chile, tal como se realiza de manera regular con todos los procesos de acreditación del citado Estándar.

**3. INFORMA E INSTRUYE, al Prestador Institucional "acreditado con observaciones", acerca de las acciones a seguir, para conseguir su acreditación definitiva:**

**3.1.** La verificación del cumplimiento del Plan de Corrección aprobado, se efectuará en un nuevo proceso de evaluación, dirigido solamente a evaluar el cumplimiento de dicho Plan, en lo que se considerará el cumplimiento de la o las características obligatorias incumplidas y, en el caso de su tercer o siguientes procesos de acreditación, de las no obligatorias incumplidas, que no hayan permitido la acreditación del Prestador en una primera instancia.

**3.2.** La nueva evaluación será solicitada por el Prestador dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al vencimiento del plazo para el cumplimiento del Plan de Corrección presentado por el Prestador y que hubiere sido aprobado. Debe tenerse presente, que dicho Plan deberá concretarse en un plazo máximo de seis (6) meses.

**3.3.** Los seis (6) meses determinados para el cumplimiento del Plan de Corrección, se contabilizarán a partir de la notificación al Prestador, de la Resolución Exenta IP en que se informa que la Entidad Acreditadora ha aprobado el citado Plan, y ha declarado que el Prestador ha sido acreditado con observaciones.

**3.4.** Asimismo, los seis (6) meses serán contados de manera continua, esto es que, por ejemplo, si la notificación de la Resolución indicada en la letra precedente, fue hecha al correo electrónico del Prestador con fecha 26 de septiembre de 2019, su vencimiento será el 26 de marzo de 2020. De acuerdo a lo anterior, en el caso del ejemplo, el Prestador deberá ingresar su solicitud para la nueva evaluación, entre los días 27 de marzo y 09 de abril de 2020.

**3.5.** Tras la solicitud de la nueva evaluación, el Prestador será incorporado a un sorteo de designación aleatoria de Entidades Acreditadoras, en el que se le designará la Entidad que efectuará la evaluación, sólo de las características comprometidas en su Plan de Corrección. Esa Entidad será distinta de aquella que realizó la primera evaluación y que le aprobó el Plan de Corrección.

**3.6.** El arancel para la nueva evaluación, corresponderá a la mitad del correspondiente al proceso de acreditación que lo causó, de acuerdo a la normativa vigente.

**3.7.** Las etapas para esta evaluación, serán los mismos que aplicaron en el proceso de acreditación en que el Prestador fue declarado acreditado con observaciones,



y las normas por las que ese nuevo procedimiento se registrará que se contienen en el Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud y las Circulares de esta Intendencia, que lo interpretan y complementan. Esas mismas normativas son aplicables a la fiscalización de ese nuevo procedimiento y al informe de acreditación que presente la Entidad Acreditadora al término de esta evaluación.

- 3.8.** Si al término del plazo señalado en el 3.2 anterior, el Prestador no hubiere ingresado su solicitud, o el nuevo procedimiento fracasare por cualquier causa imputable al Prestador Institucional evaluado, dicho Prestador quedará como "NO ACREDITADO". Asimismo, se ordenará la cancelación de su inscripción en el Registro de Prestadores Acreditados de esta Superintendencia, mediante resolución que será notificada al representante legal del antedicho Prestador.

**4. INSTRÚYESE, respecto del procedimiento que las Entidades Acreditadoras deberán seguir en los casos en que la evaluación del Plan de Corrección que presente el Prestador, demuestre que este se encuentra ejecutado.**

- 4.1.** En aquellos Prestadores que no hayan obtenido su acreditación o reacreditación en primera instancia, por un error o falencia en un hallazgo que sea susceptible de corregir de manera inmediata, y que luego de que sea notificado de su "situación de ser acreditado con observaciones", su plan de corrección correspondiente se presente con el respaldo de la ejecución del mismo (Nuevo documento, nueva versión, otros), la Entidad Acreditadora evaluará en completitud el plan de corrección y las pruebas de su realización;
- 4.2.** La Entidad Acreditadora, una vez verificado el plan de corrección y los respaldos acompañados por el prestador, si estos se encuentran conforme a la normativa vigente, en su "informe de evaluación del plan de corrección", declarará acreditado al prestador institucional;
- 4.3.** Por otra parte, una vez que la Entidad Acreditadora, emita el informe que declara acreditado al prestador, remitirá todos los documentos pertinentes al Subdepartamento de Fiscalización en Calidad, la que revisará en conjunto el plan de corrección y los respaldos acompañados al procedimiento, por el prestador y el informe elaborado al respecto, por la Entidad Acreditadora. Una vez analizados todos los antecedentes y verificado que estos cumplen con la normativa vigente, procederá a emitir el Informe de Fiscalización relativo al término del procedimiento y ordenará elaborar la Resolución Exenta IP, que declara acreditado al prestador institucional en cuestión;
- 4.4.** De acuerdo a lo anterior, los prestadores que se encuentran en "situación de ser acreditados con observaciones", que cumplan con lo indicado en los numerales precedentes, no requerirán de ingresar una nueva solicitud, para la evaluación del cumplimiento de su plan de corrección, puesto que, dicho plan ya fue ejecutado y sancionado, tanto por la Entidad Acreditadora, como por el Subdepartamento de Fiscalización en Calidad", dándolo por cumplido;
- 4.5.** Finalmente, cabe señalar que, lo indicado en el punto anterior solo será válido para las situaciones previamente descritas, a mayor abundamiento, falencias en hallazgos que son corregidas por el prestador y que son posibles de revisar y fiscalizar en modalidad back office, por la Entidad Acreditadora y por esta Intendencia, respectivamente. Todos los planes de corrección que involucren otro tipo de constataciones que necesariamente deban ser realizadas en terreno,

deberán ser sujeto de una nueva solicitud para su evaluación, en la forma indicada en el artículo 29 del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales.

## **5. INSTRÚYESE, del procedimiento para la verificación del cumplimiento del plan de corrección en prestadores que han sido declarados como "acreditados con observaciones".**

### **5.1. De la solicitud de verificación del cumplimiento del plan de corrección:**

- a) El prestador deberá ingresar su solicitud para la verificación del cumplimiento de su plan de corrección en el Sistema Informático de Acreditación de Prestadores de Salud de esta Intendencia (En adelante SIA), donde deberá ingresar los datos generales indicados en la carátula, actualizando aquellos que correspondan, con relación a su solicitud anterior. En el ítem "Tipo de Establecimiento", donde existe una combo que despliega las diferentes opciones, deberá elegir la opción que corresponda de acuerdo a su tipo de prestador y complejidad, asociado a "plan de corrección", por ejemplo; "Atención Cerrada Plan de Corrección Alta"; "Atención Abierta Plan de Corrección Baja"; "Centro de Diálisis Plan de Corrección Media", etc.
- b) Junto con la antedicha solicitud, el prestador deberá adjuntar el mismo plan de corrección que le fue aprobado por la entidad acreditadora correspondiente, y que le permitió quedar acreditado con observaciones. No requiere ingresar una nueva autoevaluación, ni ningún otro documento adjuntado anteriormente en la solicitud que derivó en su acreditación con observaciones.
- c) La evaluación técnica y jurídica correspondiente incorporará los demás antecedentes de que ella dispone, sin perjuicio de su facultad de requerir, en caso necesario, los demás antecedentes que estime pertinentes a esos efectos.
- d) Una vez aprobada la solicitud, se incorporará al correspondiente sorteo del procedimiento de designación aleatoria de entidad acreditadora para la ejecución de la verificación del plan de corrección, siguiendo el mismo proceso que se lleva a cabo para los procesos de acreditación. En dicho sorteo será excluida la entidad acreditadora que efectuó el procedimiento de acreditación anterior, en el que, además, se aprobó el plan de corrección;
- e) La evaluación del plan de corrección sólo podrá efectuarse en modalidad presencial, en las dependencias del prestador.

### **5.2. Principales trámites posteriores a la designación aleatoria de entidad acreditadora y sus plazos reglamentarios:**

Designada la entidad acreditadora, en términos generales las siguientes etapas, hitos y plazos del procedimiento, así como, los cambios de estado que se registren en el SIA, serán los establecidos en el Título IV del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, y las demás normas pertinentes, así como, por la Circular IP/N°37, de 31 mayo de 2017, modificada por la Circular IP/N°44, de 12 de marzo de 2020, a saber:

- a) Aceptación o rechazo de la entidad acreditadora a la designación para efectuar la verificación de cumplimiento del plan de corrección, dentro de los **cinco (5) días hábiles** siguientes a la notificación del acta del procedimiento de designación respectivo.
- b) Pago de la primera cuota del arancel por parte del prestador, en los **diez (10) días hábiles** siguientes a la fecha de aceptación por parte de la entidad acreditadora, según conste en el SIA y en la notificación automática de esta derivada al prestador.
- c) Planificación de la fecha de inicio de evaluación en terreno, en los cinco **(5) días hábiles** siguientes a la fecha del pago efectivo de la primera cuota del arancel.
- d) La fecha fijada para el inicio de la evaluación en terreno, deberá encontrarse dentro de los **veinte (20) días hábiles** siguientes a la fecha de pago efectivo de la primera cuota del arancel.
- e) Con al menos **diez (10) días hábiles** previos al inicio de la evaluación en terreno, la entidad acreditadora deberá remitir vía correo electrónico [acreditación@superdesalud.gob.cl](mailto:acreditación@superdesalud.gob.cl), el cronograma de verificación del plan de corrección, junto con su propuesta de formato de informe para la citada verificación del plan de corrección (Anexo N°5), para su fiscalización y aprobación, por parte del Subdepartamento de Fiscalización en Calidad.
- f) El informe de la entidad acreditadora sobre la verificación del cumplimiento del plan de corrección deberá ser ingresado al correo [informesacreditacion@superdesalud.gob.cl](mailto:informesacreditacion@superdesalud.gob.cl), dentro de los **15 días hábiles** contados desde el primer día del inicio de la evaluación del prestador en terreno.
- g) En caso de solicitud de prórroga para la entrega del informe, el o la representante legal de la entidad deberá solicitarla a través de su correo electrónico oficial dirigida al correo [acreditación@superdesalud.gob.cl](mailto:acreditación@superdesalud.gob.cl), antes de cumplido el plazo de 15 días señalado en numeral anterior, fundadamente, prórroga que entrará en vigor solo si esta Intendencia la concede expresamente.
- h) Pago de la segunda cuota del arancel, dentro de los **cinco (5) días hábiles** siguientes a la notificación de la resolución que ordena dicho pago al prestador evaluado.

Por otra parte, una vez que la entidad acreditadora nominada, haya aceptado la designación para la evaluación del plan de corrección del prestador institucional correspondiente, dentro de los **cinco (5) días hábiles siguientes**, el Subdepartamento de Fiscalización en Calidad, remitirá al correo oficial del o la representante legal de la entidad, a través del correo [acreditacion@superdesalud.gob.cl](mailto:acreditacion@superdesalud.gob.cl), los antecedentes pertinentes al plan de corrección del prestador, a saber, plan de corrección aprobado, la resolución que lo aprobó y el ordinario que instruye la retrospectividad para su evaluación, insumos que le permitirán la elaboración del cronograma para la evaluación del citado plan de corrección, el que deberá remitir a esta Intendencia, en el mismo

plazo instruido en la Circular IP N°37 de 2017, para los procesos de acreditación regulares.

### **5.3. Del Arancel:**

El arancel a cancelar para el proceso de verificación de cumplimiento del plan de corrección, corresponderá a un cuarto (25%) del arancel que fuera aplicado en el proceso de acreditación que lo dejó en estado "acreditado con observaciones", más el recargo por distancia, si correspondiera, a saber 15 UTM, el que será cancelado junto con la primera cuota. Por ejemplo, si se trata de un prestador de atención cerrada de alta complejidad, el arancel para un plan de corrección será de 75 UTM, para un centro de diálisis, 40 UTM, etc.

### **5.4. Sobre el cronograma del procedimiento de verificación de cumplimiento del plan de corrección en terreno:**

- a) La entidad deberá elaborar y enviar el cronograma del procedimiento de verificación y evaluación en terreno, según las instrucciones contenidas en la Circular IP/N°37, de 31 mayo de 2017, modificada por la Circular IP/N°44, de 12 de marzo de 2020, y/o las siguientes instrucciones que las modifiquen o sustituyan.
- b) En la confección del cronograma la entidad acreditadora deberá contemplar para las constataciones, a un director (a) técnico (a), y, un número de evaluadores (as) y días de trabajo en terreno necesarios para la verificación específica de todas las medidas y actividades correctivas a que se refiere el plan de corrección, más los verificadores que permitan comprobar que las actividades efectuadas por el prestador fueron efectivas para la subsanación de los incumplimientos presentados en el proceso de acreditación.
- c) Junto con el cronograma, la entidad acreditadora deberá remitir el formato de informe para la verificación del plan de corrección, elaborado de acuerdo a los Anexos N°5 y N°6 de la presente Circular, considerando la información de los documentos remitidos por el Subdepartamento de Fiscalización en Calidad, indicados al final del numeral 5.2 precedente.
- d) El cronograma y el formato de informe presentados, serán fiscalizados de acuerdo al procedimiento habitual, y de haber inconsistencias o errores manifiestos, se instruirán las correcciones pertinentes.

### **5.5. De la solicitud de documentos previos a la constatación en terreno:**

Una vez fiscalizado y aprobado el cronograma y el formato de informe para la verificación del plan de corrección, la entidad acreditadora podrá solicitar al prestador los documentos pertinentes a la verificación del cumplimiento del respectivo plan de corrección que corresponda constatar, para lectura y estudio previo, bajo las mismas instrucciones y criterios establecidos en la Circular IP/N°37, de 31 mayo de 2017, vigente y/o las siguientes instrucciones que las modifiquen o sustituyan.

## **5.6. Alcance retrospectivo para la verificación del plan de corrección:**

- a) En términos generales, para la verificación de las actividades definidas en el plan de corrección, la entidad acreditadora se ajustará a las fechas y plazos establecidos por el propio prestador, para cada una de esas actividades, lo que se describe en el cronograma para el plan de corrección, que se encuentra en el documento aprobado por la entidad que ejecutó el procedimiento de acreditación y debidamente constatado y validado por el Subdepartamento de Fiscalización.
- b) Para efectos de la constatación del o los verificadores a que se refiere el literal b) del numeral 5.4, el periodo de retrospectividad dependerá en cada caso en razón de lo que se deba constatar, asociado, además, a las fechas de cumplimiento de las actividades correctivas definidas, por lo que, para propender a una estandarización entre los diferentes planes de corrección que sean sujetos de un procedimiento de verificación, dicho criterio será establecido por el Subdepartamento de Fiscalización en Calidad, en el ordinario de retrospectividad que entregará a la entidad acreditadora, en la oportunidad que corresponda.

## **5.7. De las verificaciones en terreno por parte de la entidad acreditadora durante la constatación del cumplimiento del plan de corrección:**

- a) Las actividades durante la constatación en terreno, así como, las funciones y obligaciones del director (a) técnico (a), y evaluadores (as) serán las mismas instruidas y descritas en la Circular IP/N°37, de 31 mayo de 2017, y/o las siguientes instrucciones que las modifiquen o sustituyan.
- b) Adicionalmente, mientras se mantenga vigente el estado de Alerta Sanitaria por Covid-19, la entidad acreditadora deberá realizar las evaluaciones y constataciones en los puntos de verificación correspondientes, aplicando el "Protocolo de seguridad interno" elaborado por la entidad acreditadora y validado por el Subdepartamento de Fiscalización, de acuerdo a las normativas dictadas por el MINSAL.
- c) La verificación del cumplimiento del plan de corrección considerará en primera instancia, la evaluación del cumplimiento de cada una de las acciones correctivas que él contempla, acorde a las fechas fijadas para su implementación señaladas en el cronograma para el plan de corrección del prestador, constatando al efecto los respaldos y demás antecedentes probatorios que permitan al evaluador (a) y a la entidad acreditadora determinar objetivamente y adquirir la convicción sobre su efectivo cumplimiento. En segundo lugar, evaluará los verificadores determinados para constatar la efectividad de las actividades del plan de corrección, aplicando el periodo de retrospectividad instruido.
- d) En los procedimientos de evaluación de los planes de corrección, la entidad acreditadora deberá aplicar cuando corresponda y sea objetiva y científicamente pertinente, las recomendaciones emitidas por esta Intendencia, en la forma dispuesta en los Oficios Circulares vigentes, dictados hasta la fecha de las evaluaciones en terreno, u otras metodologías científicamente validadas y fundamentadas, empleando siempre criterios objetivos, no discriminatorios e imparciales,

comúnmente aceptados y científicamente fundados, a fin de verificar objetivamente el cumplimiento del plan de corrección respectivo.

#### **5.8. Elaboración del informe sobre el proceso de verificación del cumplimiento del plan de corrección:**

- a) La elaboración del informe de evaluación del plan de corrección, así como, las obligaciones y responsabilidades del director/a técnico/a, para la elaboración, consolidación y revisión del informe antes de su envío a esta Intendencia, se regirá bajo las mismas normas e instrucciones establecidas en el Reglamento de Acreditación y en la Circular IP/N°48, de 19 de agosto de 2020, o la que la sustituya, cumpliendo, además, el formato de informe señalado en el Anexo N°5, y su instructivo correspondiente previsto en el Anexo N°6, ambos de la presente Circular.
- b) En el punto III del formato del informe del plan de corrección, bajo la (as) tablas de verificación de las actividades, la entidad acreditadora deberá incorporar las tablas diseñadas en el "Ítem hallazgos", del formato de informe de acreditación pertinente al estándar de acreditación que aplica al prestador en cuestión, de acuerdo a los verificadores definidos, los que se emplearán en los puntos de verificación que presentaron incumplimiento durante el proceso de acreditación, y otros atingentes, de acuerdo al plan de corrección presentado por el prestador.
- c) En el punto "IV. Conclusiones" del formato del informe de evaluación del plan de corrección, la entidad acreditadora deberá adaptar el texto al tipo de prestador evaluado y antecedentes del proceso de acreditación, acorde a lo señalado en el instructivo del Anexo N°6 de esta Circular.
- d) El informe de evaluación del plan de corrección, deberá ser elaborado en formato Word y transformado a PDF, validado mediante la firma electrónica avanzada del representante legal de la entidad acreditadora y la firma simple o avanzada del director (a) técnico (a), a mayor abundamiento, mismo procedimiento instruido para los informes de acreditación.
- e) La entidad acreditadora deberá remitir el antedicho informe, solo a través del correo [informesacreditacion@superdesalud.gob.cl](mailto:informesacreditacion@superdesalud.gob.cl), dentro del plazo reglamentario señalado en el numeral 5.2 precedente. En el caso de los procesos de evaluación del plan de corrección de Laboratorios Clínicos, los informes deberán ser remitidos al Instituto de Salud Pública de Chile, al correo [fiscalizacion.acreditacion@ispch.cl](mailto:fiscalizacion.acreditacion@ispch.cl), para su fiscalización por esa institución.

#### **5.9. De la fiscalización del informe sobre el proceso de verificación del cumplimiento del plan de corrección:**

- a) La fiscalización de los informes sobre el proceso de verificación del cumplimiento del plan de corrección, será efectuada por el Subdepartamento de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia, o por el Instituto de Salud Pública (Laboratorios Clínicos), según corresponda, conforme a los procedimientos e instrucciones internas, y, especialmente a lo previsto en la presente Circular y en la Circular IP N°48, de 2020, o a la que la sustituya, sobre formato y elaboración de los informes de acreditación.

- b) Los citados organismos fiscalizadores, en la fiscalización de los informes sobre el proceso de verificación del cumplimiento del plan de corrección, con el fin de asegurar la regularidad, autenticidad, la calidad asistencial y la fe pública del mismo, podrán ejercer todas las facultades fiscalizadoras que les otorgan las leyes y el Artículo 27 del Reglamento del Sistema de Acreditación, y adoptar todas las medidas que a esos efectos sean pertinentes, tales como, pedir aclaraciones a sus contenidos, ordenar un informe complementario, citar a reunión a la entidad y sus directivos, entre otras.
- c) Una vez que, la fiscalización del informe de cuenta que dicho documento cumple con las exigencias legales y reglamentarias antes señaladas, así como, que es coherente y consistente en sus evaluaciones respecto a los hallazgos de la constatación en terreno y en sus registros, se procederá a remitir un acta de fiscalización final que lo aprueba, notificando a la entidad acreditadora.
6. En cuanto a los trámites posteriores del proceso de verificación del cumplimiento del plan de corrección (Pago 2º cuota arancel, elaboración resolución final y notificación de resultados), este se someterá a las reglas previstas en los Artículos 27, 28 y 29 del Reglamento de Acreditación, y las Circulares pertinentes emitidas por la Intendencia de Prestadores.
7. **VIGENCIA:** La presente Circular entrará en vigencia desde su notificación a cada una de las entidades acreditadoras.
8. **DERÓGASE** la Circular IP N°14, de 19 de julio de 2011 y el Oficio Circular IP N°2, de 14 de marzo de 2022.
9. **NOTIFÍQUESE** la presente Circular a los representantes legales de las entidades acreditadoras, a su correo electrónico indicado en su registro de entidad acreditadora autorizada; y a los representantes legales de los prestadores acreditados y con proceso de acreditación en curso.

**REGÍSTRESE Y PUBLÍQUESE EN LA PÁGINA WEB DE ESTA SUPERINTENDENCIA**

  
**CARMEN MONSALVE BENAVIDES**  
**INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD**  
**SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

EN CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 41 DE LA LEY N°19.880, SE SEÑALA QUE LA PRESENTE CIRCULAR ES SUSCEPTIBLE DE LOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS DE REPOSICIÓN Y JERÁRQUICO. EL RECURSO DE REPOSICIÓN DEBERÁ INTERPONERSE ANTE ESTA INTENDENCIA DENTRO DEL PLAZO DE 5 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A SU NOTIFICACIÓN Y, EN SUBSIDIO, PODRÁ INTERPONERSE EL RECURSO JERÁRQUICO. SI SÓLO SE DEDUJERE ESTE ÚLTIMO RECURSO, DEBERÁ INTERPONERSE PARA ANTE EL SUPERINTENDENTE, DENTRO DEL PLAZO DE 5 DÍAS HÁBILES. ASIMISMO, CUALQUIER INTERESADO PODRÁ SOLICITAR ACLARACIÓN DE LA PRESENTE RESOLUCIÓN.



**Adjunta:**

- Anexo N°1 "Formato para la Elaboración del Plan de Corrección".
- Anexo N°2 "Instructivo para la Elaboración del Plan de Corrección".
- Anexo N°3 "Formato para la Elaboración del Informe de Evaluación del Plan de Corrección".
- Anexo N°4 "Instructivo para la Elaboración del Informe de Evaluación del Plan de Corrección".
- Anexo N°5: "Informe de evaluación del plan de corrección".
- Anexo N°6: "Instructivo para la elaboración del informe de evaluación del plan de corrección".

**JGM/AVS****DISTRIBUCIÓN:**

- Representantes Legales de Entidades Acreditadoras
- Prestadores acreditados y/o con proceso de acreditación en curso
- Subsecretaria de Redes Asistenciales Ministerio de Salud
- Jefe del Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención, DIGERA, Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Director del Instituto de Salud Pública de Chile
- Jefa Sección de Fiscalización de Laboratorios Clínicos del Instituto de Salud Pública de Chile
- Superintendente de Salud
- Fiscal
- Agentes Regionales de la Superintendencia de Salud
- Jefa Subdepartamento de Fiscalización en Calidad
- Encargado Unidad de Regulación
- Funcionario Registrador IP
- Coordinadoras Subdepartamento de Fiscalización en Calidad
- Jefe (s) Subdepartamento de Sanciones y Apoyo Legal
- Jefe (s) Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud
- Encargada (s) Unidad de Gestión en Acreditación
- Archivo





## **ANEXO N°1 FORMATO PARA ELABORACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN (PC)**

### **I. ANTECEDENTES DEL PRESTADOR**

- Prestador institucional:
- Representante legal:
- Director (a):
- Correo electrónico representante legal:
- Correo electrónico director (a):
- Correo electrónico encargada (o) de calidad:

### **II. ANTECEDENTES GENERALES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN**

- Entidad acreditadora (EA):
- Estándar de acreditación evaluado:
- Fecha de evaluación de acreditación:
- Fecha informe de acreditación:
- % de cumplimiento general:
- % de cumplimiento características obligatorias:
- N° características obligatorias incumplidas:
- Fecha RE IP que notifica resultado:
- Fecha notificación RE IP con resultado:
- Fecha elaboración del PC:
- Fecha envío PC a EA:

### **III. PLAN DE CORRECCIÓN**

<b>1. Característica y elementos medibles incumplidos</b>
<b>2. Fundamentos del (los) incumplimiento(s)</b>
<b>3. Causa(s) y factor (es) contribuyentes del incumplimiento</b>
<b>4. Actividad(es) de análisis</b>
<b>5. Acción (es) correctiva (s) a aplicar</b>

<b>6. Responsable (s)</b>
<b>7. Plazo (s) de implementación y fecha de reevaluación de la característica</b>

### CRONOGRAMA PARA EL PLAN DE CORRECCIÓN

Característica y EM	Acciones Correctivas	Responsables	Fecha de implementación
Xxx - xxx	1. 2. 3. 4. 5.	1. 2. 3. 4. 5.	1. 2. 3. 4. 5.
Xxx - xxx	1. 2. 3.	1. 2. 3.	1. 2. 3.
Xxx - xxx	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.
Xxx - xxx	1. 2.	1. 2.	1. 2.

#### FIRMAS RESPONSABLES DEL PRESTADOR

##### Representante Legal

Nombre:

Firma:

##### Director (a) Médico (a)

Nombre:

Firma:

##### Encargada (o) de Calidad

Nombre:

Firma:





## ANEXO N°2 INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN (PC)

### I. ANTECEDENTES DEL PRESTADOR

- Prestador institucional: HOSPITAL LA ARAUCARIA
- Representante legal: María González Pérez
- Director (a): Mario Pérez Castro
- Encargada (o) de calidad: Marcela López Lillo
- Correo electrónico representante legal: [mariagp@gmail.com](mailto:mariagp@gmail.com)
- Correo electrónico director (a) médico (a): [info@hospitallaaraucaria.cl](mailto:info@hospitallaaraucaria.cl)
- Correo electrónico encargada de calidad: [marcelall@gmail.com](mailto:marcelall@gmail.com)

### II. ANTECEDENTES GENERALES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN

- Entidad Acreditadora (EA): ACREDITACIONES PENTA E.I.R.L.
- Estándar de acreditación evaluado: Estándar de Acreditación para Prestadores de Atención Cerrada
  
- Fecha de evaluación de acreditación: 09-04-2019
- % de cumplimiento general: 80%
- % cumplimiento características obligatorias: 90%
- N° características obligatorias incumplidas: 3
- Fecha RE IP que notifica resultado: 09-07-2019
- Fecha notificación RE IP con resultado: 10-07-2019
- Fecha elaboración PC: 24-07-2019
- Fecha envío PC a EA: 25-07-2019

*En los puntos I y 2 precedentes, el prestador registrará los antecedentes asociados a su Institución y los del proceso de acreditación reciente.*

### III. PLAN DE CORRECCIÓN

#### 1. Característica y elementos medibles incumplidos

Registrar código y nombre de la característica incumplida.  
Explicitar cuál o cuáles elementos medibles no se cumplieron.

#### 2. Fundamento del (los) incumplimiento (s)

El prestador debe explicitar el fundamento, desde el punto de vista de la constatación por parte de la entidad acreditadora. Debe responder a la pregunta de qué fue lo que la entidad acreditadora no pudo verificar en terreno y cómo detectó tal hallazgo, por lo tanto, debe registrar los hallazgos descritos en el informe de acreditación, que fundamentan el incumplimiento del elemento medible.

"Se recomienda copiar lo descrito en ítem hallazgos y la tabla del ítem fundamento del informe de acreditación de la característica incumplida".

### 3. Causa(s) y factores contribuyentes del incumplimiento

El prestador deberá identificar y registrar la o las causas del incumplimiento y los factores contribuyentes. Los factores identificados serán producto del análisis que desarrolle el prestador en relación a la causalidad del incumplimiento y permiten obtener una visión más integral de él, pues la razón de no cumplir con una determinada exigencia es multicausal y para la implementación de las medidas correctivas es importante mantener dicho enfoque, ya que, eventualmente las acciones correctivas implementadas podrían subsanar y prevenir otros incumplimientos. Es posible que el prestador identifique numerosos factores contribuyentes al incumplimiento, para efectos del plan de corrección debe presentar los más relevantes, ya que a ellos deberá aplicar igualmente acciones correctivas y así será constatado en el plan presentado a la entidad acreditadora.

### 4. Actividad(es) de análisis

En este ítem el prestador debe describir brevemente las actividades realizadas y la metodología utilizada para llegar a la conclusión acerca de las causas y factores contribuyentes del incumplimiento detectados; así como quién o quienes participaron de dicha actividad.

El objetivo es que se evidencie que existió un trabajo compartido en el prestador respecto a este análisis y no fue producto de un sólo profesional, como podría ser el encargado de calidad del prestador.

### 5. Acción (es) correctiva (s) a aplicar

El prestador deberá identificar la o las acciones que serán implementadas con el fin de subsanar el incumplimiento. Estas acciones deben estar en directa relación a la causa y factores contribuyentes identificados del incumplimiento.

### 6. Responsable (s)

Debe identificar al profesional o profesionales que serán responsables de la implementación, seguimiento y evaluación de cada acción correctiva.

### 7. Plazo de implementación y fecha de reevaluación de la característica

El prestador deberá consignar el plazo que se considerará para la adecuada implementación de la acción correctiva y fecha estimada de la nueva evaluación de la exigencia incumplida. Es importante que el plazo sea atingente a las acciones correctivas planteadas, es decir, si se trata solamente de cambios documentales puede plantearse un plazo breve, pero si se trata de acciones de difusión o re-elaboración de protocolos e indicadores y su evaluación periódica, debe considerarse que el plazo planteado sea acorde a lo que se desea lograr.

Para evaluar la acción correctiva el prestador deberá estipular una fecha aproximada en que re-evaluará la subsanación del incumplimiento de la característica.

*El formato de tabla precedente, se deberá repetir para cada una de las características obligatorias incumplidas y para las características no obligatorias incumplidas, según corresponda, sobre las que el prestador presentará un plan de corrección, para alcanzar el estado de "acreditado con observaciones"*

#### **Importante:**

*En aquellos casos en que el prestador no alcance el porcentaje de cumplimiento general, donde se observen varias características incumplidas, la presentación de su plan deberá considerara lo siguiente:*

- **Características obligatorias incumplidas:** deberá presentar medidas de corrección para cada una de ellas.
- **Características no obligatorias incumplidas:** deberá presentar medidas de corrección para el número de características que con su rectificación le permita llegar al % de cumplimiento esperado para el proceso de acreditación de que se trate. Por ejemplo, si tiene 6 de estas características incumplidas, no obstante, con la subsanación de 3 alcanza el porcentaje esperado, como mínimo deberá presentar un PC para 3 características. Junto con lo anterior, las características que presente deberán ser priorizadas en razón de corregir los incumplimientos de aquellas que sean más relevantes para la seguridad de los pacientes, siguiendo una secuencia, de acuerdo al ámbito al que pertenezcan dichas características:
  - *Ámbito Gestión Clínica*
  - *Ámbito Competencias del Recurso Humano*
  - *Ámbito Gestión de la Calidad*
  - *Ámbito Seguridad del Equipamiento*

- *Ámbito Seguridad de las Instalaciones*
- *Ámbito Servicios de Apoyo*
- *Ámbito Registros*
- *Otros Ámbitos*

*Para cada característica, el incumplimiento puede tener diferentes causas: Un error u omisión en el documento, falta de adopción de determinada práctica descrita en los protocolos respectivos, fallas metodológicas en la medición de indicadores, etc. Por lo tanto, el contenido del plan tendrá distintas aproximaciones según el incumplimiento detectado, ya que, las acciones correctivas variarán en su magnitud según las causas y factores contribuyentes identificados.*

A continuación, se desarrollan dos ejemplos que pueden ser de utilidad para los prestadores, al momento de presentar el plan de corrección a la entidad acreditadora.

### **Ejemplo N°1: Incumplimiento por falta de adhesión a protocolo institucional**

<b>1. Característica y elementos medibles incumplidos</b>							
<b>DP 2.1</b> Se utilizan documentos destinados a obtener el consentimiento informado del paciente en forma previa a la ejecución de los procedimientos de mayor riesgo.							
<b>Segundo elemento medible;</b> se constata uso de consentimiento informado con los elementos definidos para dicho instrumento (Cirugías mayores, procedimientos endoscópicos, procedimientos de hemodinamia y de imagenología intervencional).							
<b>2. Fundamento del (los) incumplimiento (s)</b>							
Se solicita al prestador la información de las cirugías y procedimientos realizados desde enero a junio 2018. Se selecciona aleatoriamente una muestra de 30 fichas clínicas de pacientes por punto de verificación. Se procede a la revisión de los consentimientos informados de cada paciente evaluando el cumplimiento de los criterios mínimos solicitados en este instrumento. El Hospital no realiza procedimientos de imagenología intervencional, endoscopia ni de hemodinamia.							
Punto verificación	N° Consentimientos Revisados	N° Consentimientos Cumplen		% Cumplimiento			
Cirugía Adulto	30	17		57%			
Cirugía infantil	30	15		50%			
Subespecialidad Qx.	30	19		63%			
API	NA	NA		NA			
PRO Endoscópico	NA	NA		NA			
Hemodinamia	NA	NA		NA			
La Entidad Acreditadora registra en el Informe de acreditación, lo siguiente:							
<b>Puntaje asignado (0-1-NA)</b>	Dirección	Cir. Ad.	Cir. Infant.	Subesp. Qx.	API	PRO Endos.	Hemodinamia
1° elemento medible	1	1	1	1	NA	NA	NA
2° elemento medible		0	0	0	NA	NA	NA
<b>Umbral de la característica: ≥ 80%</b>		Puntaje total: 4/7		Porcentaje obtenido: 57%		Cumple: <b>NO</b>	
La entidad acreditadora respecto a los incumplimientos detectados realizó los siguientes hallazgos:							
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de registro en el formulario de consentimiento informado de la fecha de obtención.</li> <li>- Falta de identificación del profesional que obtiene el consentimiento informado (sólo una mosca sin otro dato).</li> <li>- Utilización de abreviaturas en los formularios del consentimiento informado en el campo de "procedimiento o intervención quirúrgica".</li> </ul>							
<b>3. Causa(s) y factores contribuyentes del incumplimiento</b>							
<b>Causa del incumplimiento:</b> Registro incompleto y/o erróneo del formulario de obtención del consentimiento informado del paciente por falta de adherencia al protocolo institucional.							
<b>Factores contribuyentes:</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escasa difusión del protocolo de registro del consentimiento informado en los equipos quirúrgicos, determinando que los profesionales desconozcan los campos de registro obligatorio y que no deben utilizarse abreviaturas.</li> <li>- Falta de supervisión de la completitud del consentimiento informado según protocolo, no existe una autoevaluación oportuna que permita corregir fallos</li> <li>- Inexistencia de una práctica instaurada de identificación del profesional que obtiene el consentimiento informado: profesionales asumen que es suficiente la firma.</li> </ul>							

- Deficiente acceso a los formularios de consentimiento informado, no siempre están disponibles en las consultas, debiendo ser completados en pabellón, sin contar con el espacio y tiempo adecuado para ello.

#### 4. Actividad(es) de análisis

Se realizan reuniones para identificar causas y acciones correctivas a implementar aplicando un análisis causa-raíz. En estas reuniones participan Subdirector Médico, Encargado de Calidad, Jefe de Servicio de Cirugía, Enfermera Jefa de Pabellón. Cada reunión es respaldada por un acta que registra asistencia y principales conclusiones.

#### 5. Acción(es) correctiva(s) a aplicar

1. Se realizará difusión del protocolo institucional en los profesionales que obtienen consentimiento informado con actividades informativas en los Servicios involucrados.
2. Se adjuntará un breve instructivo en los formularios de consentimiento informado con los aspectos fundamentales para su completitud, reforzando que no se debe utilizar abreviaturas.
3. Se exigirá completitud del formulario de consentimiento informado para ingreso de paciente a pabellón.
4. Se entregarán timbres a todos los profesionales con su información personal para optimizar el registro en el formulario.
5. Se designará responsable de mantener copias suficientes disponibles de formularios de consentimiento informado en las consultas ambulatorias quirúrgicas.
6. Subdirección médica se compromete a respaldar compra de todos los insumos requeridos: timbres, impresión de formularios, etc.

#### 6. Responsables (s)

Subdirector Médico; Encargado de Calidad; Enfermera Supervisora de Pabellón y Jefe Servicio de Cirugía Adulto e Infantil.

#### 7. Plazo de implementación y fecha de reevaluación de la característica

Se considerará un plazo de un mes desde para implementar las medidas correctivas desde la fecha de aprobación de este plan de corrección, por parte de la entidad acreditadora.

El elemento medible será autoevaluado mensualmente en los próximos 4 meses para valorar las acciones implementadas y la aplicación eventual de medidas adicionales. Se realizará una evaluación final al sexto mes, se registrarán resultados y conclusiones en un informe final del Plan de Corrección.

### Ejemplo N°2: Incumplimiento asociado a omisión o error en protocolo institucional.

#### 1. Característica y elementos medibles incumplidos

**CAL 1.1:** Programa institucional de calidad

**Tercer elemento medible;** cuenta con un programa de calidad que incorpora un sistema de evaluación de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes.

#### 2. Fundamento del (los) incumplimiento(s) 3° EM

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento: Programa de Calidad 2019 del Hospital Regional			
Elaborado por: Encargado de Calidad		Aprobado por: Director Hospital	
Años evaluados:	2018		
<b>Incluye (SI/NO)</b>	1. Sistema de evaluación anual	NO	2. Aspectos relevantes para la seguridad de pacientes
			NO
<b>Breve descripción del contenido del documento:</b>			
Se tiene a la vista documento Programa de Calidad Hospital Regional, el cuál define " áreas de intervención":			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfacción con la atención de los pacientes hospitalizados.</li> <li>- Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.</li> <li>- Sistema de vigilancia de eventos adversos</li> <li>- Estándar de Acreditación</li> </ul>			
Se definen objetivos específicos por cada área de intervención, pero el programa no señala cuáles de estos objetivos serán evaluados ni cómo ni cuándo. Por ejemplo, para el área de IAAS, se establece como objetivo capacitar al personal sin ninguna información acerca de la evaluación. No es posible identificar las actividades que darán cumplimiento a cada objetivo planteado ni metas o indicadores que evalúen su cumplimiento.			

<b>Puntaje asignado (0-1-NA)</b>	Dirección o Gerencia	1° EM:1	2° EM:1	3° EM: 0	4° EM:1
<b>Umbral de la característica:100%</b>	Puntaje total: 3/4	Porcentaje obtenido: 75%		Cumple: NO	

#### 3. Causa(s) y factores contribuyentes del incumplimiento

**Causa del incumplimiento:** Omisión del sistema de evaluación anual de los aspectos relevantes para la seguridad de los pacientes, en el documento que describe el programa de calidad

<b>Factores contribuyentes:</b> Escaso trabajo en equipo para la elaboración del programa de calidad. Inexistencia de procedimientos que permitan verificar el cumplimiento de las exigencias de la pauta de cotejo, respecto a determinados contenidos en los documentos institucionales y así detectar inconsistencias u omisiones.
<b>4. Actividad (es) de análisis</b> Se realiza reunión del equipo de calidad junto a Subdirector Médico (Se adjunta acta de reunión). Se aplica un análisis de barreras para identificar factores asociados el incumplimiento.
<b>5. Acción (es) correctiva (s) a aplicar</b> 1. Se incorporará al documento las características del sistema de evaluación, por cada objetivo planteado se incorporarán las metas, la periodicidad de evaluación (anual), el responsable de la evaluación. Se describirán además, las actividades consideradas para cumplir con las metas propuestas, con descripción detallada de la existencia de evaluación anual (año calendario) y los aspectos relevantes para la seguridad de los pacientes. 2. Se establecerá un procedimiento de verificación del cumplimiento de determinados contenidos de la pauta de cotejo para los documentos institucionales (check list que se adjuntará al documento). Esto se realizará previo a solicitar la aprobación de Gerencia, este procedimiento debe involucrar la participación de todo el equipo de calidad.
<b>6. Responsable (s)</b> Encargado de Calidad, Gerente
<b>7. Plazo de implementación y fecha de reevaluación de la característica</b> Se otorgará un plazo de un mes para implementar las medidas correctivas desde la fecha de aprobación de este plan de corrección, por parte de la entidad acreditadora. Se realizará autoevaluación de la característica luego de un mes de implementadas las medidas correctivas.

### INSTRUCTIVO PARA EL CRONOGRAMA DEL PLAN DE CORRECCIÓN

Caract. / EM	Acciones Correctivas	Responsables	Fecha de implementación
DP 2.1 2° EM	1. Difusión del protocolo institucional a los profesionales y servicios correspondientes. 2. Se adjuntará un breve instructivo en los formularios de consentimiento informado. 3. Exigencia de completitud del formulario de consentimiento informado para ingreso de paciente a pabellón. 4. Entrega de timbres a todos los profesionales correspondientes, para optimizar el registro en el formulario. 5. Designación de responsable de stock de formularios de consentimiento informado en las Consultas Ambulatorias Quirúrgicas. 6. Compra de todos los insumos requeridos, con el respaldo de la Subdirección Médica.	1. Encargado de Calidad. 2. Encargado de Calidad. 3. Enfermera Supervisora de Pabellón. 4. Jefe Servicio de Cirugía Adulto e Infantil. 5. Jefe Servicio de Cirugía Adulto e Infantil. 6. Subdirector Médico.	Para las actividades; 1, 2, 3, 4 y 5. Un mes calendario desde la aprobación del plan de corrección.          6. Dos semanas desde la aprobación del plan de corrección.

*El cronograma deberá contener las actividades de subsanación, para todas las características y elementos medibles incumplidos, desarrollados en el ítem plan de corrección.*



**FIRMAS RESPONSABLES DEL PRESTADOR**

**Representante Legal**

Nombre:

Firma:

**Director (a)**

Nombre:

Firma:

**Encargada (o) de Calidad**

Nombre:

Firma:





## ANEXO N°3 FORMATO PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN (PC)

### I. ANTECEDENTES DEL PRESTADOR

- Prestador institucional:
- Representante legal:
- Director (a):
- Encargado (a) de Calidad:

### II. ANTECEDENTES GENERALES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN

- N° de Solicitud:
- Estándar de acreditación evaluado:
- Fecha de evaluación de acreditación:
- Fecha informe de acreditación:
- % de cumplimiento general:
- % cumplimiento características obligatorias:
- N° características obligatorias incumplidas:
- Fecha RE IP que notifica resultado:
- Fecha notificación RE IP con resultado:
- Fecha recepción del PC:
- Fecha informe de evaluación del PC:
- Fecha envío informe evaluación del PC a la IP:

### III. ANTECEDENTES ENTIDAD ACREDITADORA

- Nombre de fantasía:
- Representante Legal:
- Director (a) técnico (a) del proceso:

### IV. EVALUACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN

El Prestador XXXXXXXXXXXXXXXX, en el proceso de acreditación iniciado con el ingreso de la Solicitud de Acreditación N°xxx, de fecha \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_, presentó incumplimiento de 3 características obligatorias, a saber; XXX, XXX, XXX. De acuerdo a lo anterior, y luego de terminada la evaluación, en el informe de acreditación se declara que se encuentra en "situación de ser acreditado con observaciones", siempre que se cumpla con la normativa vigente respectiva.

De acuerdo a lo anterior, se le solicitó un plan de corrección tendiente a subsanar los incumplimientos e infracciones representadas, el que fue remitido por el prestador en la fecha indicada en el antecedente.

A continuación, se presentará el análisis de lo observado en la evaluación del plan de corrección remitido por el prestador.

**V. REVISIÓN Y ANÁLISIS DEL PLAN DE CORRECCIÓN PROPUESTO POR EL PRESTADOR**

CARACTERÍSTICA XXX:		
Incumplimiento	Propuestas de Corrección	Análisis y Resultado

CARACTERÍSTICA XXX:		
Incumplimiento	Propuesta de Corrección	Análisis y Resultado

CARACTERÍSTICA XXX:		
Incumplimiento	Propuesta de Corrección	Análisis y Resultado

**VI. EVALUACIÓN FINAL DEL PLAN DE CORRECCIÓN**

El prestador XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, presenta un plan de corrección que incluye medidas rectificadoras, acordes a los incumplimientos y hallazgos efectuados en las características incumplidas, representadas en el informe de acreditación elaborado por la Entidad Acreditadora XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX. Adicionalmente, analizados los plazos de ejecución propuestos en el plan, más el cronograma para su cumplimiento, se concluye que dicho plan de corrección es factible de desarrollar en un lapso de 6 meses a partir de la aprobación de éste.

Por lo anterior, la Entidad Acreditadora XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, aprueba el plan de corrección presentado por el Prestador XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

**Firma Representante Legal**

**Firma Director (a) Técnico**





## ANEXO N°4 INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN (PC)

### I. ANTECEDENTES DEL PRESTADOR

- Prestador institucional: HOSPITAL LA ARAUCARIA
- Representante legal: María González Pérez
- Director (a): Mario Pérez Castro
- Encargada (o) de calidad: Marcela López Lillo

### II. ANTECEDENTES GENERALES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN

- N° de Solicitud: 3.645
- Estándar de acreditación evaluado: Estándar de Acreditación para Prestadores de Atención Cerrada
- Fecha de evaluación de acreditación: 09-04-2019
- Fecha informe de acreditación: 19-05-2019
- % de cumplimiento general: 80%
- % cumplimiento características obligatorias: 90%
- N° características obligatorias incumplidas: 3
- Fecha RE IP que notifica resultado: 09-07-2019
- Fecha notificación RE IP con resultado: 09-07-2019
- Fecha recepción del PC: 25-07-2019
- Fecha informe de evaluación del PC: 30-07-019
- Fecha envío informe evaluación PC a IP: 01-08-2019

### III. ANTECEDENTES DE LA ENTIDAD ACREDITADORA

- Nombre de fantasía: ACREDITACIONES PENTA E.I.R.L.
- Representante legal: Evaristo Barrera Hernández
- Director técnico del proceso: Carlos Sánchez González

*En los puntos I, II y III, precedentes, se deberán registrar los antecedentes solicitados, de manera fidedigna, utilizando como insumo, el Sistema Informático de Acreditación y el informe de acreditación en su versión final.*

### IV. EVALUACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN

El Prestador HOSPITAL LA ARAUCARIA, en el proceso de acreditación iniciado con el ingreso de la Solicitud de Acreditación N°3.645, de fecha 15 de enero de 2019, presentó incumplimiento de 3 características obligatorias, a saber; REG 1.1, EQ 2.1 e INS 1.1. De acuerdo a lo anterior, y luego de terminada la evaluación, en el informe de

acreditación se declara que se encuentra en "situación de ser acreditado con observaciones", siempre que se cumpla con la normativa vigente respectiva.

De acuerdo a lo anterior, se le solicitó un plan de corrección tendiente a subsanar los incumplimientos e infracciones representadas, el que fue remitido por el prestador en la fecha indicada en el antecedente.

A continuación, se presentará el análisis de lo observado en la evaluación del plan de corrección remitido por el prestador.

## V. REVISIÓN Y ANÁLISIS DEL PLAN DE CORRECCIÓN PROPUESTO POR EL PRESTADOR

<b>CARACTERÍSTICA REG 1.1 - OBLIGATORIA:</b> El Prestador Institucional cuenta con ficha clínica única individual.		
<b>Incumplimiento</b>	<b>Propuestas de Corrección</b>	<b>Análisis y Resultado</b>
<p><b>Segundo elemento medible:</b> En Hospitalización, se constata la existencia de registros en formato Word con evolución médica de pacientes, los que constituyen un registro paralelo no vinculante con la ficha clínica.</p> <p>En Consultas Gineco-Obstétricas Ambulatorias, se constata que existe ficha de fecundidad de pacientes que no se encuentran vinculadas por RUT, no permitiendo acceso a las atenciones ambulatorias en el Sistema Rayen.</p>	<p>1. Eliminar registro de evolución clínica en Word, hasta implementar sistema electrónico de registro clínico en Unidad de Hospitalizados. Se mantiene registro manual de evolución clínica, para todos los profesionales que intervienen en la atención de pacientes hospitalizados.</p> <p><u>Responsable:</u> Enfermera Jefe de SOME y Encargada de Calidad.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> septiembre de 2019</p> <p>2. Restricción del registro en tarjetón, abocando su uso solo para fines estadísticos. No registrar evolución clínica que se encuentra descrita en ficha clínica electrónica RAYEN.</p> <p><u>Responsable:</u> Enfermera Jefe de SOME, Encargada de Calidad y Matrona Supervisora.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> septiembre 2019</p> <p>3. Vinculación de tarjetón a través de número único vinculante definido como el RUT, registrando este dato en todos los tarjetones existentes.</p> <p><u>Responsable:</u> Personal Poli Mater.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> septiembre de 2019</p>	<p>Las actividades definidas para subsanar los incumplimientos representados, son pertinentes para cumplir dicho objetivo, y, además, son factibles de implementar en un plazo inferior a los 6 meses.</p> <p>Se aprueba el Plan de Corrección presentado.</p>

<b>CARACTERÍSTICA EQ 2.1 - OBLIGATORIA:</b> Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos críticos para la seguridad de los pacientes.		
<b>Incumplimiento</b>	<b>Propuesta de Corrección</b>	<b>Análisis y Resultado</b>
<p><b>Segundo elemento medible:</b> El programa de mantenimiento preventivo, no define las actividades mínimas a solicitar a los proveedores de equipos bajo la modalidad de comodato.</p>	<p>1. Modificar protocolo de EQ 2.1, describiendo los requisitos mínimos solicitados a proveedores de equipos bajo modalidad comodato.</p> <p><u>Responsable:</u> Encargado de Mantenimiento, Encargada de Calidad y Seguridad del Paciente.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> octubre de 2019</p>	<p>La actividad definida para subsanar los incumplimientos representados, es pertinente para cumplir dicho objetivo, y, además, son factibles de implementar en un plazo inferior a los 6 meses.</p>
<p><b>Tercer elemento medible:</b> El prestador no considera todos los equipos críticos en el programa de mantención. Además, la información entregada del equipamiento crítico, no permite verificar si la</p>	<p>1. Hacer catastro de equipos existentes por cada Unidad del Establecimiento, de acuerdo a equipamiento solicitado en pauta de cotejo de característica EQ 2.1, en planilla Excel con registro de cada equipo, la que contenga: Equipo, marca, modelo, fecha de adquisición, N° inventario, vida útil, termino de vida</p>	<p>Las actividades definidas para subsanar los incumplimientos representados, son pertinentes para cumplir dicho objetivo, y, además, son factibles de implementar en un plazo inferior a los 6 meses.</p>

<p>mayoría de las mantenencias corresponden efectivamente al equipo señalado, al omitir la información en la documentación presentada respecto del N° de inventario y N° de serie de cada equipo, por lo que, para la constatación se debió identificar los equipos a través de la marca y modelo de cada uno junto a su ubicación física, la cual no siempre era la correcta o se desconocía.</p> <p>En una incubadora se constata, que el respaldo de la mantención correspondía a la del proveedor externo y no a la declarada por el Prestador en su protocolo.</p> <p>En cuanto a las ambulancias de emergencia, se evidencian algunas inconsistencias entre los kilometrajes registrados en los reportes de mantención y bitácoras de las ambulancias. Por otro lado, una ambulancia sobrepasa el kilometraje definido por el Prestador para la mantención.</p>	<p>útil, vida útil actual, estado de propio, en arriendo o comodato y estado de funcionamiento.</p> <p><u>Responsable:</u> Encargado de Mantención y Auxiliar de Apoyo Mantención.</p> <p>2. Actualización de registros existentes, identificando con número de serie y número de inventario correspondiente, cada respaldo de las mantenencias realizadas. Mantener modalidad de registro para mantenencias posteriores, de acuerdo a catastro realizado en actividad anterior.</p> <p><u>Responsable:</u> Encargado de Mantención.</p> <p>3. Actualización del protocolo, definiendo que el Encargado de Mantención será responsable de la verificación del cumplimiento de kilometraje definido en el documento, para realizar las gestiones y mantención preventiva.</p> <p><u>Responsable:</u> Encargada de Calidad, Encargado de Mantención, Dirección.</p> <p>4. Revisar registro y establecer el valor real de acuerdo a los registros de los diferentes sistemas en uso. Mantener esta práctica en los registros de mantenencias siguientes, asegurando la implementación correcta del proceso.</p> <p><u>Responsable:</u> Encargado de Mantención.</p> <p><u>Plazo propuesto para todas las actividades:</u> octubre 2019</p>	
---	---	--

**CARACTERÍSTICA INS 1.1 - OBLIGATORIA:** El Prestador Institucional evalúa periódicamente el riesgo de incendio y realiza acciones para mitigarlo.

Incumplimiento	Propuesta de Corrección	Análisis y Resultado
<p><b>Cuarto elemento medible:</b> El Prestador presenta el documento "Análisis de resultados del Informe de Bomberos". En dicho documento se propone una propuesta de mejora para seis situaciones de riesgo detectadas, pero no están claras las acciones a realizar, ni el plazo para su ejecución y al momento de la fiscalización no se contó con evidencia de mejora realizada.</p>	<p>1. Modificar Plan de mejora definiendo con claridad actividades, plazos y responsables.</p> <p>2. Adjuntar evidencias de mejora a carpeta.</p> <p>3. Modificar Plan de mejora acorde con los riesgos del establecimiento.</p> <p><u>Responsable:</u> Responsable Calidad Instalaciones.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> 31 de octubre 2019</p>	<p>Las actividades definidas para subsanar los incumplimientos representados, son pertinentes para cumplir dicho objetivo, y, además, son factibles de implementar en un plazo inferior a los 6 meses.</p>
<p><b>Quinto elemento medible:</b> En la constatación de la recarga vigente de los 117 extintores revisados, 10, no se encontraban con etiquetas de vigencia o con manómetro en rango de uso adecuado. Se constata que la red húmeda está accesible, sin embargo, respecto de la mantención de la misma, no se puede constatar en qué fecha fue efectivamente realizada.</p>	<p>1. Revisión periódica por jefes de servicio, cambios de extintores no vigentes.</p> <p>2. Revisar metodología de constatación de red húmeda.</p> <p><u>Responsable:</u> Responsable Calidad Instalaciones.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> 31 de octubre 2019</p>	<p>Las actividades definidas para subsanar los incumplimientos representados, son pertinentes para cumplir dicho objetivo, y, además, son factibles de implementar en un plazo inferior a los 6 meses.</p>

*En la columna de "incumplimiento", se deberá registrar de forma sucinta los hallazgos observados durante la evaluación del prestador, que determinaron el incumplimiento de los elementos medibles de una característica.*

En la columna "propuesta de corrección", se deberá registrar de manera resumida las correcciones propuestas por el prestador, apuntando a la actividad (es) específica (s) que se definen en el plan de corrección. También, se registrará el o los responsables de desarrollar e implementar la o las actividades, y finalmente, indicar los plazos propuestos por el prestador.

En la columna "Análisis y Resultado", la entidad acreditadora, manifestará su determinación de aprobar o rechazar las actividades de corrección, con relación a si estas son adecuadas para subsanar los incumplimientos representados y si son factibles de llevar a cabo en un lapso que no supere los 6 meses.

## VI. EVALUACIÓN FINAL DEL PLAN DE CORRECCIÓN (Ejemplo para planes aprobados)

El Prestador HOSPITAL LA ARAUCARIA, presenta un plan de corrección que incluye medidas rectificadoras, acordes a los incumplimientos y hallazgos efectuados en las características incumplidas, representadas en el informe de acreditación elaborado por la Entidad Acreditadora ACREDITACIONES PENTA E.I.R.L. Adicionalmente, analizados los plazos de ejecución propuestos en el plan, más el cronograma para su cumplimiento, se concluye que dicho plan de corrección es factible de desarrollar en un lapso de 6 meses a partir de la aprobación de éste.

Por lo anterior, la Entidad Acreditadora **ACREDITACIONES PENTA E.I.R.L.**, aprueba el plan de corrección presentado por el Prestador **HOSPITAL LA ARAUCARIA**.

**Firma Representante Legal**

**Firma Director Técnico**

El representante legal de la entidad acreditadora, firmará el informe con su firma electrónica avanzada y el director(a) técnico(a) con esa misma (FEA) o con firma simple, tal como se encuentra instruido para los informes de acreditación.

### Ejemplo de Plan de Corrección que no cumple:

<b>CARACTERÍSTICA APK 1.3 – NO OBLIGATORIA:</b> El Prestador Institucional resguarda la seguridad de la atención en la aplicación de rehabilitación kinésica		
<b>Incumplimiento</b>	<b>Propuesta de Mejora</b>	<b>Análisis y Resultado</b>
<p><b>Primer elemento medible:</b> El prestador no cuenta con un documento, que describa las contraindicaciones para la ejecución de procedimientos específicos y prevención de eventos adversos relacionados con la rehabilitación kinésica.</p> <p><b>Segundo y tercer elementos medibles:</b> El prestador no cuenta con indicador y umbral definido.</p>	<p>1. El Hospital La Araucaria, no cuenta con Sala de Rehabilitación Kinésica, por lo que será complejo abordar esta característica, motivo por el cual se solicita intervención del Subdirector Médico.</p> <p><u>Responsables:</u> Kinesiólogos, Subdirector Médico, Encargada de Calidad.</p> <p><u>Plazo propuesto:</u> octubre 2019</p>	<p><b>Rechaza el planteamiento del Prestador.</b></p> <p><b>Fundamento del rechazo:</b> La característica no exige tener implementada una Unidad de Rehabilitación Kinésica. El prestador deberá trabajar la característica abordando la prevención de eventos adversos, en cuanto a la rehabilitación kinésica que se realiza en los pacientes hospitalizados en la Sala de Medicina.</p>



## **VII. EVALUACIÓN FINAL DEL PLAN DE CORRECCIÓN (Ejemplos para planes no aprobados)**

*"Los párrafos que se muestran a continuación, son solo a modo de ejemplo, estos deberán ser descritos en concordancia con el análisis del plan de corrección evaluado, considerando los fundamentos explícitos que llevaron a la entidad acreditadora a rechazar dicho plan de corrección".*

- i.** El Prestador HOSPITAL LA ARAUCARIA, presenta un plan de corrección que incluye medidas rectificadoras, acordes a los incumplimientos y hallazgos efectuados en las características obligatorias incumplidas, representadas en el informe de acreditación elaborado por la Entidad Acreditadora ACREDITACIONES PENTA E.I.R.L., con excepción de la propuesta de corrección para la característica APK 1.3, con la que no se dará cumplimiento a la infracción representada.
- ii.** El Prestador HOSPITAL LA ARAUCARIA, presenta un plan de corrección que incluye medidas que no se encuentran en concordancia con los incumplimientos y hallazgos efectuados en las características incumplidas, representadas en el informe de acreditación elaborado por la Entidad Acreditadora ACREDITACIONES PENTA E.I.R.L., por lo que no serán efectivas para subsanar las infracciones detectadas y finalmente, para dar cumplimiento a las características obligatorias REG 1.1, EQ 2.1 e INS 1.1.
- iii.** El Prestador HOSPITAL LA ARAUCARIA, presenta un plan de corrección que incluye medidas enmendadoras, acordes a los incumplimientos y hallazgos efectuados en las características obligatorias incumplidas, representadas en el informe de acreditación elaborado por la Entidad Acreditadora ACREDITACIONES PENTA E.I.R.L. No obstante, lo anterior, analizados los plazos de ejecución propuestos en el plan, más el cronograma para su cumplimiento, se concluye que, dicho plan de corrección dada la envergadura de sus actividades, no es factible de desarrollar en un lapso de 6 meses.

Por lo anterior, la Entidad Acreditadora **ACREDITACIONES PENTA E.I.R.L.**, rechaza el Plan de Corrección presentado por el Prestador **HOSPITAL LA ARAUCARIA**.

**Firma Representante Legal**

**Firma Director Técnico**







## **ANEXO N°5 INFORME DE EVALUACIÓN DEL PLAN CORRECCIÓN**

### **I. ANTECEDENTES GENERALES**

#### **PRESTADOR EVALUADO**

Prestador institucional:  
Representante legal:  
Director(a) técnico(a):

#### **ENTIDAD ACREDITADORA**

Entidad acreditadora:  
Representante legal:  
Director(a) técnico(a):

### **II. DATOS DEL PROCESO DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN (PC)**

N° de solicitud:  
Características incumplidas en la acreditación:  
Fecha de aprobación del PC:  
RE IP que aprueba el PC:  
Fecha de inicio de la verificación PC:  
Fecha de término de la verificación:  
Fecha de emisión del informe:  
Fecha de emisión de informe corregido:

#### **PERSONAL DE LA ENTIDAD ACREDITADORA QUE PARTICIPÓ EN LA VERIFICACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN**

<b>NOMBRE Y DOS APELLIDOS</b>	<b>PROFESIÓN</b>	<b>CARGO EN LA ENTIDAD</b>

#### **PERSONAL DEL PRESTADOR QUE PARTICIPÓ EN LA VERIFICACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN**

<b>NOMBRE Y DOS APELLIDOS</b>	<b>PROFESIÓN</b>	<b>CARGO EN EL PRESTADOR</b>

**PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA LA VERIFICACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN**

- 1. Etapa de preparación de la entidad acreditadora:
- 2. Proceso de evaluación en el prestador:
- 3. Elaboración del informe:

**III. VERIFICACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN APROBADO AL PRESTADOR**

PROPUESTA PARA SUBSANAR LAS DEFICIENCIAS EN LA CARACTERÍSTICA XXXX				
Nº	Actividades y fechas para la corrección indicadas en el PC	Medios de verificación documento(s) /Fecha	Análisis de la Entidad	Cumple (Sí/No)
1				
2				
3				
4				
5				
Observaciones generales:				

**EVALUACIÓN DE LOS VERIFICADORES:**

**IV. CONCLUSIONES**

Teniendo presente que el prestador institucional **XXXXXXXXXX**, mediante la Resolución Exenta IP N°XXX, de fecha XX de XX de XXXX, fue declarado, "Acreditado con observaciones", bajo el Estándar General de Acreditación para XXXXXX XXXXXXXXXX XXXX, en razón de que se tuvo por aprobado su Plan de Corrección, por parte de la Entidad Acreditadora XXXXXX, procedimiento que fue debidamente fiscalizado y validado por la Intendencia de Prestadores.

Y que, habiéndose sometido al presente procedimiento de evaluación del cumplimiento del antedicho Plan de Corrección, la Entidad Acreditadora **XXXXXXXXXX** informa que el prestador evaluado, cumple íntegramente con el Plan propuesto, por lo que lo declara **ACREDITADO**.

**ALCANCES**

**FIRMAS REPRESENTANTE LEGAL Y DIRECTOR(A) TÉCNICO(A) ENTIDAD ACREDITADORA:**





**ANEXO N°6**  
**INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DEL PROCESO DE  
EVALUACIÓN DEL PLAN CORRECCIÓN**

**I. ANTECEDENTES GENERALES**

**PRESTADOR EVALUADO**

Prestador institucional:  
Representante legal:  
Director(a) técnico(a):

**ENTIDAD ACREDITADORA**

Entidad acreditadora:  
Representante legal:  
Director(a) técnico(a):

**II. DATOS DEL PROCESO DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN (PC)**

N° de solicitud:  
Características incumplidas en la acreditación:  
Fecha de aprobación del PC:  
RE IP que aprueba el PC:  
Fecha de inicio de la verificación PC:  
Fecha de término de la verificación:  
Fecha de emisión del informe:  
Fecha de emisión de informe corregido:

**PERSONAL DE LA ENTIDAD ACREDITADORA QUE PARTICIPÓ EN LA VERIFICACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN**

NOMBRE Y DOS APELLIDOS	PROFESIÓN	CARGO EN LA ENTIDAD

**PERSONAL DEL PRESTADOR QUE PARTICIPÓ EN LA VERIFICACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN**

NOMBRE Y DOS APELLIDOS	PROFESIÓN	CARGO EN EL PRESTADOR

*En los puntos I y II, precedentes, se deberán registrar de manera fidedigna los antecedentes solicitados, utilizando los registros que constan en el Sistema Informático de Acreditación, más los que fueron remitidos por el Subdepartamento de Fiscalización en Calidad.*

*Asimismo, en las tablas precedentes debe consignar la nómina de todos los profesionales de la entidad y funcionarios del prestador que participaron en la evaluación del plan de corrección.*

## PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA LA VERIFICACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN

### 1. Etapa de preparación de la entidad acreditadora:

Describir las principales medidas organizadas y ejecutadas por la entidad acreditadora (EA), previo a iniciar el proceso de evaluación en lo referente a: Contacto con el prestador, conformación y organización del equipo de evaluadores, cronograma de evaluación, metodología utilizada durante la evaluación en terreno, medidas preventivas del Covid-19 en el equipo de evaluadores, otros.

### 2. Proceso de evaluación en el prestador:

Describir aspectos generales de la reunión de inicio, reuniones extraordinarias y reunión de cierre, interlocutor válido establecido por el prestador, descripción breve de los medios de constatación utilizados por la EA, aspectos relevantes ocurridos durante la evaluación, consultas realizadas a la SdS en los casos que corresponda.

### 3. Elaboración del informe:

Consignar si fuera el caso, documentos solicitados con posterioridad a la evaluación en terreno, visitas extraordinarias, etc. Procedimiento breve de elaboración del informe del plan de corrección.

## III. VERIFICACIÓN DEL PLAN DE CORRECCIÓN APROBADO AL PRESTADOR

PROPUESTA PARA SUBSANAR LAS DEFICIENCIAS EN LA CARACTERÍSTICA XXXX				
Nº	Actividades y fechas para la corrección indicadas en el PC	Medios de verificación /documento(s) /Fecha	Análisis de la Entidad	Cumple (Sí/No)
1				
2				
3				
4				
5				
<b>Observaciones generales:</b>				

En la columna "Nº", se deberá enumerar las acciones correctivas registradas por el prestador en su plan de corrección, destinadas a subsanar las deficiencias de las características y elementos medibles incumplidos. Agregar o eliminar filas, según las actividades consignadas en el PC evaluado.

En la columna "Actividades y fechas para la corrección indicadas en el PC", se deberá registrar cada una de las "Acciones correctivas" y sus "fechas de implementación", señaladas en el "Cronograma para el plan de corrección" aprobado.

En la columna "Medios de verificación/documentos (s) /Fecha", se deberá consignar los documentos, respaldos u otros, que le permitieron objetivamente verificar la ejecución de cada una de las actividades correctivas del PC aprobado, además, de registrar la fecha de los respaldos constatados.

En la columna "Análisis de la Entidad", se registrará un breve análisis que fundamente la constatación realizada, que le permitió formarse la convicción de la ejecución de las acciones de mejora propuestas, conducentes a subsanar los incumplimientos especificados en el PC aprobado.

En la columna "Cumple (Sí/No)", con todos los antecedentes constatados, se registrará si las acciones de mejora propuestas en el PC aprobado fueron realizadas por el prestador.

En "Observaciones generales", se registrará de manera global si se ejecutaron las acciones correctivas establecidas en el PC, lo que permitirá corregir de manera específica los incumplimientos causantes de su condición de "acreditado con observaciones".

## EVALUACIÓN DE LOS VERIFICADORES

(Consignado solo a modo de ejemplo para este instructivo).

### GCL 3.2 Verificador

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento			
Nº Resolución:	Versión:	Fecha:	
Elaborado por:	Aprobado por:		
Carácter institucional:	Fecha vigencia:	Nº páginas:	
<b>Considera (SI/NO)</b>	1. IIH vigiladas:	2. Procedimientos de vigilancia:	3. Criterios de notificación:
Breve descripción del contenido del documento:			

### GCL 3.2 – Verificador

Dirección o Gerencia	
Metodología de Constatación (Sistemas o documentos revisados):	
Describir la constatación para verificar la vigilancia periódica de IAAS:	
<b>Cumple (SI/NO):</b>	

*Se incorporarán en específico la (s) tabla (s) de evaluación del ítem hallazgos de la (s) característica (s) que se encuentran en los formatos de los informes de acreditación y que corresponden a la (s) característica (s) que presentaron deficiencias en el proceso de acreditación, y que llevaron al prestador a su condición de "acreditado con observaciones".*

*Las tablas de las características del ítem hallazgos a incorporar, deberán ser concordantes al formato del informe de acreditación del estándar de acreditación que le aplica al prestador.*

*En estas tablas, se deberán describir detalladamente los hechos constatados por la entidad acreditadora, utilizando la misma metodología de evaluación de los procesos de acreditación habitual.*

*Las verificaciones de los PC están dirigidas únicamente a las deficiencias presentadas en la (s) característica (s) y/o elemento(s) medible (s) y/o atributo (s) causal (es) del (de los) incumplimiento (s). Por lo tanto, solo se consignarán en el informe del PC, los atributos específicos de incumplimiento que llevaron a la ejecución de las acciones correctivas por parte del prestador.*

*Por ejemplo, para este caso, en la característica GCL 3.2 se incumplió la vigilancia de IHO. Dentro de las acciones correctivas el prestador establece la actualización del documento institucional de vigilancia de IAAS, entonces, se deberá incorporar la tabla del primer EM con el objetivo de únicamente describir dicho documento en lo que respecta "específicamente a la IHO".*

*Para la constatación del verificador (3º EM) de este ejemplo, se consignará la evaluación de la vigilancia de las infecciones de herida operatoria.*

*En las tablas del ítem hallazgos que se utilicen y que cuenten con otros atributos que no son parte de la verificación del PC, estos se registrarán como "NA".*

*Para determinar el cumplimiento global de la verificación efectuada, solo se deberá añadir una fila "Cumple (SI/NO) y registrar el cumplimiento "SI" O "NO" con negrita, según el resultado de la evaluación acorde a las exigencias establecidas en la pauta de cotejo del estándar de acreditación, solo en lo que respecta a las medidas de corrección propuestas por el prestador y los respectivos verificadores. A mayor abundamiento, el resultado final del proceso de evaluación del plan de corrección, será siempre dicotómico, Cumple: SI/NO, por lo que no se deben aplicar porcentajes de cumplimiento.*



## **IV. CONCLUSIONES**

### **Para evaluaciones de plan de corrección "cumple"**

Teniendo presente que el prestador institucional **XXXXXXXXXX**, mediante la Resolución Exenta IP N°XXX, de fecha XX de XX de XXXX, fue declarado, "Acreditado con observaciones", bajo el Estándar General de Acreditación para XXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXX, en razón de que se tuvo por aprobado su Plan de Corrección, por parte de la Entidad Acreditadora XXXXXX, procedimiento que fue debidamente fiscalizado y validado por la Intendencia de Prestadores.

Y que, habiéndose e sometido al presente procedimiento de evaluación del cumplimiento del antedicho Plan de Corrección, la Entidad Acreditadora **XXXXXXXXXX** informa que el prestador evaluado, cumple íntegramente con el Plan propuesto, por lo que lo declara **ACREDITADO**.

### **Para evaluaciones de plan de corrección "no cumple"**

Teniendo presente que el prestador institucional **XXXXXXXXXX**, mediante la Resolución Exenta IP N°XXX, de fecha XX de XX de XXXX, fue declarado, "Acreditado con observaciones", bajo el Estándar General de Acreditación para XXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXX, en razón de que se tuvo por aprobado su Plan de Corrección, por parte de la Entidad Acreditadora XXXXXX, procedimiento que fue debidamente fiscalizado y validado por la Intendencia de Prestadores.

Y que, habiéndose sometido al presente procedimiento de evaluación del cumplimiento del antedicho Plan de Corrección, la Entidad Acreditadora **XXXXXXXXXX** informa que el prestador evaluado, no cumple con el Plan propuesto, por lo que lo declara **NO ACREDITADO**.

*Se completarán los datos correspondientes del prestador a evaluar, dejando solo uno de los párrafos finales, de acuerdo al resultado obtenido.*

### **ALCANCES:**

*Solo registrar situaciones anormales que se suscitaren durante el procedimiento de evaluación.*

### **FIRMAS REPRESENTANTE LEGAL Y DIRECTOR TÉCNICO ENTIDAD ACREDITADORA:**

*El representante legal de la entidad acreditadora, firmará el informe con su firma electrónica avanzada y el director(a) técnico(a) con esa misma (FEA) o con firma simple, tal como se encuentra instruido para los informes de los procesos de acreditación.*