|  |
| --- |
| **Comité de Pronunciamiento N°06****Abril 2024** |



 **Intendencia de Prestadores de Salud**

 Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

 Unidad de Gestión en Acreditación

|  |
| --- |
| **Fecha reunión**: 08-04-2024**Hora inicio**: 09:50 hrs **Hora término**: 10:50 hrs**Secretaria de Acta**: María Cristina Dubournais.**Modalidad:** Presencial**Preside:** Giovanna Maregatti H. / Benedicto Romero H. |
| **Asistentes:*** Sandra Aguilera G., Coordinadora del Subdepartamento de Fiscalización en
* Calidad.
* María Cecilia Carmona P., Encargada Unidad de Gestión en Acreditación (S).
* Álvaro Gonzále., Analista Subdepartamento de Sanciones y Apoyo Legal.
* Jeannette González M., Jefa Subdepartamento Fiscalización en Calidad.
* Giovanna Maregatti H., Analista Unidad de Gestión en Acreditación.
* María Cristina Dubournais S., Analista Unidad de Gestión en Acreditación.
* Benedicto Romero H., Jefe Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud (S).
 |
| **1.- Pronunciamiento de Prestador:****CDIEM** **Centro de Investigación y Especialidades Médicas**  |
| 1. **Solicitud del Prestador:**
* Prestador por medio del Sr. Fernando Soza, envía solicitud vía correo con fecha ***21-02-2024***.
* Solicita lo siguiente: “solicitar un pronunciamiento respecto de nuestra solicitud de acreditación, ***sólo, para nuestra área de quimioterapia***, siendo que dentro del mismo centro tenemos otras áreas como: Toma de Muestra de laboratorio externo; Sala de Procedimientos menores, además de boxes de consulta”.

**Antecedentes del Prestador:*** Prestador envía Resolución Exenta N°: 2213441824, del 17/10/2022, que Aprueba Sanitaria la instalación y Autoriza el funcionamiento de un Establecimiento de Administración de Quimioterapia Oncológica, denominado **CDIEM,** ubicado en calle María Luisa Santander N° 485, comuna de Providencia. Cuenta con dependencias generales como: sala de espera, una (1) sala de examen de pacientes, recinto de aseo, área para la disposición transitoria de residuos entre otros y una sala de administración de quimioterapia.

**Fundamentos:*** Envía documento con fotografías de los recintos clínicos y los siguientes antecedentes:
* Cartera de prestaciones: Quimioterapia ambulatoria.
* Autorización sanitaria de instalación y funcionamiento: señala que es un Establecimiento de Administración de Quimioterapia Oncológica.
* Prestadores externos: los prestadores con quienes trabajamos son de dependencia técnica y administrativa de cada Institución (Profar, Labocenter).
1. **Discusión**
* Giovanna Maregatti H. comenta el caso del prestador con el Comité de Pronunciamiento, quienes analizan los antecedentes.
* Se revisa sitio web del prestador, frente algunas dudas que surgen en la reunión, y se evidencia que efectivamente es un centro de quimioterapia ambulatoria, junto con otras prestaciones.
* Jeannette González M.: señala que por los antecedentes el ámbito principal de acción del prestador sería la quimio terapia ambulatoria y bajo ese estándar debiera acreditarse, concordando con ella, Benedicto Romero H., y el resto de los integrantes del comité.
1. **Conclusiones:**
* De acuerdo con los antecedentes aportados por el prestador, el presente Comité aprueba la solicitud realizada, y acuerda que el Centro de Investigación y Especialidades Médicas CDIEM, debe presentarse al Proceso de Acreditación bajo el Estándar General de Acreditación para Unidades de Quimioterapia Ambulatoria.
 |

|  |
| --- |
| **2.- Pronunciamiento de Prestador:****SSC (Servicio de Salud Complementaria)** |
| 1. **Solicitud del Prestador:**
* Prestador envía solicitud, a través de Encargada de Calidad, Norma González, vía correo con fecha **19-02-2024**.
* Solicita lo siguiente: “Consultar sobre la formalidad de postulación de nuestra central de Esterilización”.

**Antecedentes del Prestador:*** Prestador señala lo siguiente; “Para efectos legales la central de esterilización es parte de la empresa Servicios de Salud Complementaria Spa RUT: 76.797.455-8, quien a su vez posee una droguería, las cuales funcionan de forma independiente y autónoma cada una de ellas”. “Será necesario dividir estos rubros de forma notarial, para postular la central bajo el estándar de Prestadores Institucionales de Salud para la actividad de Esterilización, o basta con una declaración de diferentes giros dentro de una misma empresa”.
* La Droguería es otra área del negocio, con su propia Dirección técnica, cuya dirección comercial es diferente a la Central de Esterilización (calle tranquillo bodega B y C respectivamente).
* En relación a la cartera de servicios de la Droguería su giro corresponde a la venta de insumos y medicamentos.

**Antecedentes complementarios:*** Buenos días, junto con saludar le escribo para consultar sobre la
* formalidad de postulación de nuestra central de Esterilización.
* Para efectos legales la central de esterilización es parte de la
* empresa
* Servicios de Salud complementaria Spa RUT: 76.797.455-8, quien a su
* vez
* posee la misma central de esterilización y una droguería, las
* cuales funcionan de forma independiente y autónoma cada una de
* ellas.
* Le agradezco de antemano, su respuesta para iniciar la postulación.
* --
* --
* [anexoAutorización Sanitaria N°230248404, fechado 07-06-2023, que Autoriza la ampliación de campo de Laboratorio Clínico, y establece incorporación de una Sala de Esterilización.

**Fundamentos:*** No se cuenta con Autorización Sanitaria referente a la Central de Esterilización.
1. **Discusión**
* B: la AS que envían de la SEREMI es del Laboratorio Clínico, no de la Central de Esterilización.
* G: El centro de esterilización presta servicios a toda la comuna.
1. **Conclusiones:**
* De acuerdo con los antecedentes, el comité indica que se debe regularizar las autorizaciones sanitarias de la Sala de Esterilización, adjuntando una **autorización de autoclave y de operador.** De esta manera, se podrán considerar por cumplidos los requerimientos para realizar una Solicitud de Acreditación y evaluarse por separado del Laboratorio Clínico.

***\*\*Actualización 22-08-2023:***Giovanna Maregatti solicita documentación de Autorizaciones Sanitarias, y prestador envía Oficio N°19 /2015, N°18 /2015 y N°50 /2019, sobre número de registro de equipo, junto a 5 Certificados de Competencia de Operador de Autoclave, de la SEREMI de Salud Región de Antofagasta.Por tanto, este Comité de Pronunciamiento concluye que se dan por cumplidos los requerimientos para realizar la Solicitud de Acreditación del prestador Centro de Esterilización -Sarita Núñez. |

|  |
| --- |
| **3.- Pronunciamiento de Prestador:****CESFAM Pudahuel Estrella** |
| 1. **Solicitud del Prestador:**
* Prestador envía solicitud, a través de Encargada de Calidad, Rosa María Alonso, vía correo con fecha 10-08-2023.
* Solicita lo siguiente: “***Se acreditan en conjunto o por separado CESFAM Pudahuel Estrella, con Centro de Rehabilitación Pudahuel Norte***”.

**Antecedentes del Prestador:*** Dirección del Prestador CESFAM Pudahuel Estrella: Avenida San Francisco N°8698, Pudahuel
* Dirección Centro Comunitario de Rehabilitación: Avenida Federico Errázuriz N°921, dentro de las dependencias de la Piscina Municipal del complejo deportivo Alamiro Correa de Pudahuel

**Fundamentos:*** Centro Comunitario de Rehabilitación brinda servicios a CESFAM Pudahuel Estrella y CESFAM Cardenal Silva Henríquez. Su dependencia administrativa y de gestión clínica corresponde al CESFAM Pudahuel Estrella.
* **El Centro Comunitario de Rehabilitación Pudahuel Norte no tiene resolución de Autorización Sanitaria**, se encuentra en trámite en SEREMI Metropolitana.
* Para el proceso de acreditación, el CESFAM Pudahuel Estrella está en etapa inicial, debido a ello surge la duda si el **Centro Comunitario de Rehabilitación Pudahuel Norte debe acreditarse como punto de verificación APK del CESFAM** Pudahuel Estrella o si debe acreditarse como centro independiente.
* Credenciales de ambos prestadores es la misma, ambas informan CESFAM Pudahuel Estrella.
1. **Discusión**
* B: considerando que depende administrativamente del CESFAM Pudahuel Estrella, se toma como PV de este último prestador, y sería compra de servicios para el CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez.
* Todos de acuerdo.
1. **Conclusiones:**
* De acuerdo con los antecedentes aportados por el prestador, el presente Comité acuerda que el Centro Comunitario de Rehabilitación Pudahuel Norte debe presentarse como **Punto de Verificación “*APK*”** **del Prestador CESFAM Pudahuel Estrella**, considerando la dependencia administrativa. En tanto, respecto a la relación con el CESFAM Raúl Silva Henríquez, se considera como una compra de servicios a terceros.
 |
| **4.- Pronunciamiento de Prestador:****Clínica BUPA Antofagasta** |
| 1. **Solicitud del Prestador:**
* Prestador envía solicitud a través de la Subgerenta de Calidad y Seguridad Asistencial Segmento Clínicas, Denisse Gómez, vía correo electrónico con fecha 13-08-2023.
* Solicita lo siguiente: “***Pronunciamiento respecto a consultas médicas privadas en edificio de Clínica BUPA Antofagasta***”.

**Antecedentes del Prestador:*** Dirección del Prestador: Manuel Antonio Matta N°1868, Antofagasta

**Fundamentos:*** Cuentan con consultas médicas de diferentes propietarios, que no son parte de BUPA Antofagasta.
* Clínica BUPA Antofagasta de piso 1-6 (en el 5to piso tienen 3 oficinas, de consultas médicas)
* Pisos 5 - 11: distintos tipos de oficinas y consultas con diferentes propietarios
* Clínica Bupa Antofagasta arrienda las oficinas 501-502 y 503 para consultas de neurología y traumatología, que son incluidas dentro del proceso de acreditación. Mientras que se cuenta con oficina 504 para GES-CAEC, oficinas 1106 y 1107 para IAAS, Calidad, dirección médica y servicio al cliente.
* Han hecho intentos para que las otras consultas médicas del mismo edificio, se incorporen al proceso, sin éxito.
* En cuanto a la señalética de las consultas externas, están todas en diversos formatos.
1. **Discusión**
* B: En el caso de otros Centros, se han mandado antecedentes de que se ha intentado instaurar la calidad y acreditación con los propietarios. En el caso de clínica el Maule que presentaron antecedentes poco claros, tanto que finalmente se cerró. También se hizo un pronunciamiento similar de BUPA San José de Arica, pero se hizo cambio de color de puertas, distinción de las consultas médicas externas.
* J: Creo que la mayor complicación es el piso 5 donde se comparten los 2, pero en el 11 no van los usuarios. Se evalúa, pero es más crítico el 5to por la atención usuaria.
* B: En el caso de Arica se resolvió que podían ir aparte. Al menos realicen el esfuerzo, y envíen los respaldos correspondientes.
1. **Conclusiones:**
* De acuerdo con los antecedentes aportados por el prestador, quedará ***pendiente respuesta de comité***, ya que se solicitarán más antecedentes respecto si se han intentado incorporar al proceso de acreditación.
* En caso de tener respaldos de intentos de incorporación al Proceso de Acreditación fallidos con los propietarios de consultas médicas, se replicará lo indicado en pronunciamiento de Bupa Arica.

***\*\*Actualización 21-08-2023:***Giovanna Maregatti realiza búsqueda de pronunciamiento de Clínica San José de Arica, propiedad de Bupa Chile, donde en el ORD. IP N° 1827 de29-03-2019, se indica que *deben presentarse por separado* de las Consultas Médicas y del Centro de Imagenología.En tanto, también se adjunta ORD. IP N°8434 /2020 de Clínica Bupa Antofagasta, donde se le indica a dicho prestador que deben presentarse por separado de los otros prestadores con que comparten instalaciones, al igual que el proceso anterior, teniendo en consideración la clara identificación de los recintos y/o áreas clínicas que correspondan al prestador. |
| **5.- Pronunciamiento de Prestador:****Clínica de Especialidades Oftalmológicas**  |
| 1. **Solicitud del Prestador:**
* Prestador envía solicitud a través de Enfermera Coordinadora, Marcela Meza Contreras, vía correo electrónico con fecha 10-01-2023.
* Solicita lo siguiente: “***Solicita pronunciamiento para poder acreditar como Centro independiente de Intersalud***”.

**Fundamentos:*** Solicita pronunciamiento para poder acreditar como **Centro independiente de Intersalud**; edificio de consultas ubicado en el mismo lugar que Centro de Especialidades Oftalmológicas.
* Centro Intersalud tienen diferentes propietarios.
* El **CEOFT ocupa el 2° piso módulo D del edificio de Intersalud**. El centro oftalmológico es propiedad de la Sociedad de Servicios Oftalmológicos Integrales. La dependencia técnica y administrativa del CEOFT es totalmente independiente a la de Intersalud.
* **El acceso principal del edificio es igual para ambos prestadores**, sin embargo, el sector donde está el **CEOFT está claramente identificado** y señalizado.
* Los protocolos de CEOFT son elaborados individualmente, solo se coordina con **Intersalud para mantención de infraestructura y vías de evacuación del edificio**.
1. **Discusión**
* B: Importante echar una mirada al pronunciamiento de Intersalud.
* G: Además de mirar el pronunciamiento Intersalud, van por separado.
* Todos de acuerdo
1. **Conclusiones:**
* Se deberá revisar lo indicado en el Pronunciamiento de Intersalud.
* De acuerdo con los antecedentes aportados por el prestador, se aprobará la Solicitud de Centro de Especialidades Oftalmológicas (CEOFT), siempre que no sea opuesto a lo indicado en el pronunciamiento de Intersalud.

***\*\*Actualización 21-08-2023:***Giovanna realiza búsqueda de pronunciamiento de Intersalud, sin éxito. Por tanto, este Comité de Pronunciamiento indica que se **aprobará la solicitud del prestador Centro de Especialidades Oftalmológicas (CEOFT)** de acreditarse independiente del prestador Intersalud. |
| **6.- Pronunciamiento de Prestador:****Clínica ISAMÉDICA**  |
| 1. **Solicitud del Prestador:**
* Prestador envía solicitud, a través del Representante Legal D. Reiner Quezada Gómez, vía correo electrónico con fecha 18-08-2023.
* Solicita lo siguiente: “***Pronunciamiento por intenciones de ampliación de planta física***”.

**Antecedentes del Prestador:*** Atención Cerrada de Alta Complejidad.
* Acreditación vigente

**Fundamentos:*** Quieren comprar **5 consultas médicas ubicadas en un edificio contiguo a Isamédica para ampliarse**.
* En el edificio contiguo, llamado Torre Médica, cuenta con diferentes propietarios.
* Isamédica, ya es dueño del subterráneo de Torre Médica, para su Laboratorio Clínico y pretende comprar un ala completa.
* Solicitan pronunciamiento respecto a las consultas de distintos dueños, que no están en su capacidad de gestión, pero compartirían instalaciones del edificio.
1. **Discusión**
* B: Para ellos no sería problema, considerando que todos los procedimientos serían los que harían en las consultas.
* J: Tengo entendido que se le puede decir que sí, entendiendo que en el proceso se acredita con las consultas, y si no lo incorporan ellos, seguramente tampoco van a acreditarse.
1. **Conclusiones:**
* Se deberá revisar si se cuenta con un pronunciamiento relacionado a Isamedica.
* De tal manera, con los antecedentes aportados por el prestador, se aprobará la Solicitud de Clínica Isamédica, siempre que no sea opuesto a lo indicado en el pronunciamiento anterior.

***\*\*Actualización 21-08-2023:***Giovanna realiza búsqueda de pronunciamiento de Clínica Isamédica, que indica que no deben presentarse con Centro de Diálisis Rancagua Dial, considerando que deben hacer una clara distinción de logo, credenciales de funcionarios y espacio físico. Por tanto, se aprobará la solicitud del prestador Clínica Isamedica de ampliación de planta física para efectos del Sistema de Acreditación.  |
| **7.- Pronunciamiento de Prestador:****Centro SONOFEM** |
| 1. **Solicitud del Prestador:**
* Prestador envía solicitud a través de Director Técnico, Francisco Cuello Chamorro, vía correo electrónico con fecha 19-05-2023.
* Solicita lo siguiente: “***Bajo qué Estándar corresponde Acreditarse***”.

**Fundamentos:*** Cuentan con Autorización Sanitaria de Sala de Procedimientos para atención gineco-obstétrica y ecografía, además Sala de Procedimientos Invasivos.
* Dentro de la Cartera de Prestaciones: ecografías, atención gineco-obst, atención de matrona, procedimientos como PAP, instalación y extracción de implante subdérmico, instalación y extracción de DIU, toma de biopsia endometrio, exámenes como tipificación de VPH, cultivo vaginal. En resumen, imagenología, consultas y procedimientos, y laboratorio clínico.
1. **Discusión**
* Todos: Atención Abierta
* S: son como los Centros Médicos pequeños que se acreditan
1. **Conclusiones:**
* De acuerdo con los antecedentes aportados por el prestador, el presente Comité acuerda, que el Centro SONOFEM debe presentarse al Proceso de Acreditación bajo el Estándar de Acreditación para Prestadores de **Atención Abierta**.
 |

|  |
| --- |
| **8.- Pronunciamiento de Prestador:****Laboratorio Clínico San Rafael** |
| 1. **Solicitud del Prestador:**
* Prestador envía solicitud a través de Jefa de Laboratorio, Marisela Canales Aravena, vía correo electrónico con fecha 11-05-2023.
* Solicita lo siguiente: “***Solicita acreditarse bajo Estándar de Atención Abierta***”.

**Antecedentes del Prestador:*** Dirección del Prestador: Antonio Varas N°720, Cauquenes.
* Dirección Imagenología: Carrera Pinto N°453, Cauquenes.

**Fundamentos:*** Prestador con autorización de instalación y funcionamiento de Laboratorio Clínico en 2022. Luego, presenta otra autorización que modifica Centro Médico y **Laboratorio San Rafael** y amplía a: Toma de muestras, 1 unidad de urgencias, consultas médicas, sala ecotomografía y 1 pabellón de cirugía menor en la misma dirección.
* Por otra parte, el **equipo de imagenología,** se autoriza hace menos de 6 meses en otra dirección (Carrera Pinto N°453), pero pertenece al mismo Centro.
* Tienen un certificado sanitario que el **Centro de Salud San Gabriel** se encuentra en el Centro de Salud San Rafael y que podrá utilizar las unidades del Centro San Rafael (urgencia, laboratorio, consultas, pabellón de cirugía mayor y cirugía menor). Arrienda instalaciones y equipamiento. No cuenta con Autorización Sanitaria, sino que Certificado Sanitario.
1. **Discusión**
* B: En el fondo es 1 solo Centro, y es el San Rafael por Atención Abierta. Ya no sería Laboratorio clínico, sino que Centro Médico San Rafael, tienen que precisarlo.
* C: Importante revisar en las Autorizaciones Sanitarias qué nombre tienen
* G: Claro, porque no están acreditados.
1. **Conclusiones:**
* De acuerdo con los antecedentes aportados por el prestador, se aprobará la Solicitud del Centro San Rafael para acreditarse bajo el Estándar de Acreditación para Prestadores de Atención Abierta. Lo anterior, teniendo en consideración que se deben presentar bajo el nombre que se indique en la Autorización Sanitaria, e incluyendo al Centro Médico, Laboratorio e Imagenología para el proceso de Acreditación.
 |
| **9.- Pronunciamiento de Prestador:****Hospital San Juan de Dios de Curicó** |
| 1. **Solicitud del Prestador:**
* Presentado por Benedicto Romero H.
* Prestador envía solicitud a través de Director del Hospital San Juan de Dios Curicó, D. Mauro Salinas Cortés, vía Oficina de Partes con fecha 18-04-2023.
* Solicita lo siguiente: “***Acogerse a la excepción 2, del Decreto GES, de Normalización***”.

**Fundamentos:*** Solicitan acogerse a la excepción 2da del Decreto GES, Art. N°14, para proceso de Reacreditación, en contexto de Proceso de puesta en Marcha y avance estimado del 90%.
* Se hará certificado por excepción 2
* Estaría en marcha en octubre de este año, de manera progresiva. Todo lo de Hospitalización ya se solicitó al SEREMI.
* Este año, la acreditación vence 08-05-2023. Se confiaron y no habían hecho la Solicitud de acreditación, que finalmente se realizó fechado 04-06-2023.
1. **Discusión**
* B: En este caso hay detalles que consultar: tiene hospital nuevo construido, y están haciendo la transición al otro hospital lentamente.
* S: ¿Se haría a partir de cuándo?
* B: Serían un año a partir de la fecha del certificado.
1. **Conclusiones:**
* De acuerdo con los antecedentes aportados por el prestador, Benedicto Romero H. se encargará de presentar la documentación a Sra. Carmen Monsalve B., Intendenta de Prestadores, para emitir Certificado de excepción 2, del Decreto GES para dicho prestador.
 |
| **10.- Pronunciamiento de Prestador:****Hospital de Quellón** |
| 1. **Solicitud del Prestador:**
* Presentado por Benedicto Romero H.
* Prestador envía solicitud a través de Directora de Servicio de Salud de Chiloé, Marcela Cárcamo Hemmelmann, vía Agencia Regional con fecha 14-07-2023.
* Solicita lo siguiente: “***Acogerse a la excepción 2, del Decreto GES, de Normalización***”.

**Fundamentos:*** Misma petición: Segunda reacreditación y puesta en Marcha de Nuevo Hospital. El hospital antiguo sigue funcionando, pero no tienen ninguna Autorización Sanitaria de las instalaciones del hospital nuevo.
* Cuentan con Normalización o reposición de más del 80% de sus instalaciones.
* Se solicitó cronograma del cambio.
* También serían 12 meses los que se acogen la excepción 2 GES.
1. **Discusión**
* S: ¿Y estaban acreditados?
* B: Sí, con solicitud ingresada en 02-02-2023
1. **Conclusiones:**
* De acuerdo con los antecedentes aportados por el prestador, Benedicto Romero H. se encargará de presentar la documentación a Sra. Carmen Monsalve B., Intendenta de Prestadores, para emitir Certificado excepción 2, del Decreto GES, de Normalización para dicho prestador.
 |

|  |
| --- |
| **11.- Pronunciamiento de Prestador:****Laboratorio Clínico Clini** |
| 1. **Solicitud del Prestador:**
* Presentado por Benedicto Romero H.
* Solicita lo siguiente: “***Acogerse a la excepción 1, del Decreto GES, como prestador nuevo***”.

**Fundamentos:*** Nueva Autorización sanitaria, por reciente inicio de actividades.
* Es la Directora de ELSA
* Cuentan con Autorización Sanitaria a partir del 25-01-2022.
1. **Discusión**
* B: Solicitan excepción 1, de 2 años. O sea, sería para estar acreditados a enero 2024.
1. **Conclusiones:**
* De acuerdo con los antecedentes aportados por el prestador, Benedicto Romero H. se encargará de presentar la documentación a Sra. Carmen Monsalve B., Intendenta de Prestadores, para emitir Certificado de excepción 1 del Decreto GES, para dicho prestador.
 |

|  |
| --- |
| **12.- Pronunciamiento de Prestador:****Hospital Metropolitano** |
| 1. **Solicitud del Prestador:**
* Presentado por Benedicto Romero H.
* Solicita lo siguiente: “***Incorporar prestaciones de Unidad Peritoneo Diálisis y Oncología Ambulatoria***”.

**Fundamentos:*** Incorporar Unidad de Peritoneo Diálisis y Oncología Ambulatoria.
* Estas prestaciones no se inician
* No saben cuándo se les dará la Autorización Sanitaria, entonces para la evaluación tendrían un periodo menor a 6 meses de funcionamiento de dichas prestaciones.
1. **Discusión**
* S: ¿Cuándo les corresponde?
* B: Están en evaluación técnica de los antecedentes; y no han ido a sorteo.
* S: Van a ver y evaluar lo que lleve más de 1 año, muchas veces empiezan a funcionar antes de la Autorización Sanitaria.
* B: Corresponde hacer acto de fe, además la directora se comunicó con Carmen.
1. **Conclusiones:**
* De acuerdo con los antecedentes aportados por el prestador, se aprobará la Solicitud de Hospital Metropolitano, de no evaluar en este proceso de Acreditación las nuevas prestaciones, que de Oncología Ambulatoria y Unidad de Peritoneodiálisis, dado que, básicamente, porque aún no cuentan con sus Autorizaciones Sanitarias y por tanto, no tendrían la retrospectividad mínima requerida.
 |

|  |
| --- |
| **Firmas Asistentes:**Fecha de Aprobación: 12-09-2023* Sandra Aguilera G………………………………………………………………………………………………...
* María Cecilia Carmona P………………………………………………………………………………………..
* Camilo Corral G……………………………………………………………………………………………………
* Jeannette González M……………………………………………………………………………………………
* Giovanna Maregatti H……………………………………………………………………………………………..
* María Fernanda Monsalves M………………………………………………………………………………
* Benedicto Romero H……………………………………………………………………………………………….
 |