



# “Plan de corrección CESFAM Y SAR Paipote”

---

Reacreditación con observaciones

*Matrona María Fernanda Muñoz LI.  
Encargada de calidad CESFAM Paipote, Copiapó*

11 Diciembre 2025



## 14º Encuentro Nacional de Calidad en Salud

SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

Red Asistencial  
Región de Atacama- Copiapó

### RED ASISTENCIAL DE ATACAMA

5 Hospitales	17 CESFAM / 2 CES
1 CECOSF	4 SAPU / 2 SAR / 4 SUR
15 Postas de Salud Rural	12 Estaciones Rurales
	3 Bases SAMU

#### Provincia de Copiapó

- Comuna de Copiapó
- Comuna de Caldera
- Comuna de Tierra Amarilla

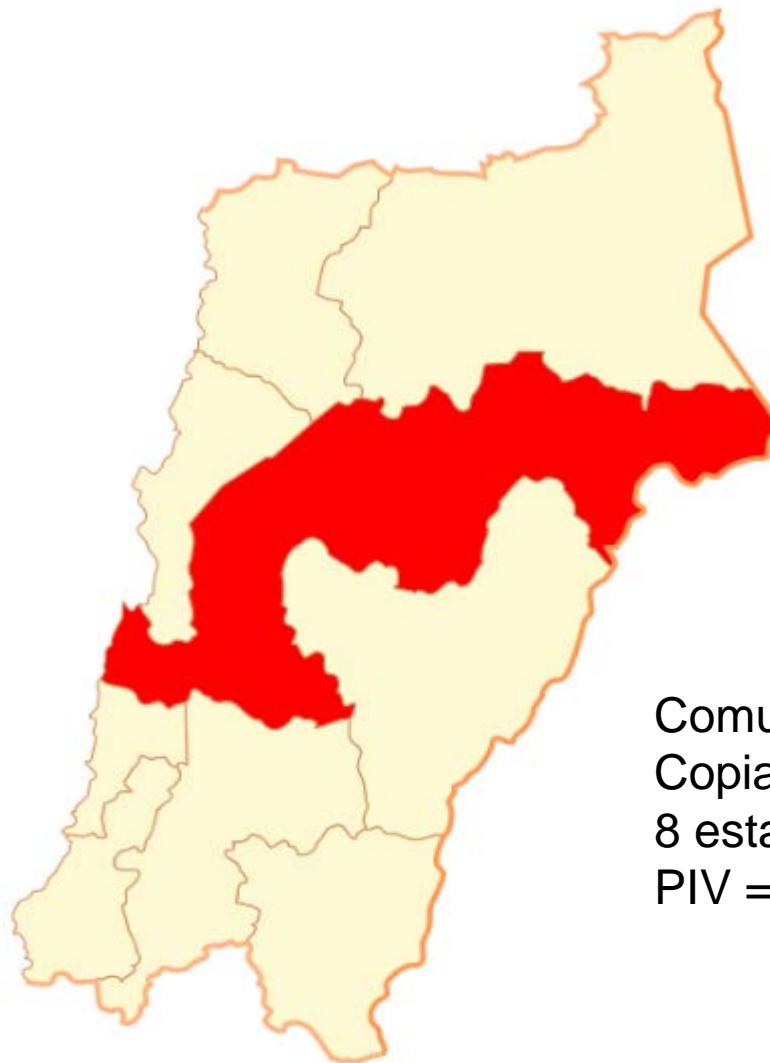
#### Provincia de Chañaral

- Comuna de Chañaral
- Comuna de Diego de Almagro

#### Provincia del Huasco

- Comuna de Vallenar
- Comuna de Alto del Carmen
- Comuna de Freirina
- Comuna de Huasco

**319.048**  
Población



Comuna de  
Copiapó  
8 establecimientos  
PIV = 135.333



## **14º Encuentro Nacional de Calidad en Salud**



SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

**CESFAM PAIPOTE**

**PIV:15.491**

### **Cartera de servicios:**

Sala IRA- ERA

Sala de estimulación infantil

Salud mental

Atencion de la mujer- Adolescente

Ecografía obstétrica.

Consulta Nutricional

Consulta dental

Sala de Rehabilitacion

Vacunatorio

Botiquin

PNAC

Ronda rural

Dependencia Severa



## 14º Encuentro Nacional de Calidad en Salud

SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

**SAR PAIPOTE**



Situado en terreno conlindante y adosado  
administrativamente al CESFAM  
Total de atenciones:

AÑO	TOTAL DE ATENCIONES	ADULTO	NIÑOS
2024	44.209	28.936	15.273
2025 (NOV)	43.872	29.445	14.427



## 14º Encuentro Nacional de Calidad en Salud

SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

**SAR PAIPOTE**

- Servicio Atención de urgencia, las 24 hrs de manera continua, 7 días a la semana.
- Servicio de radiología de urgencia y comunal.
- Ambulancia, traslado básico, mediado por SAMU.



 **14º Encuentro  
Nacional de  
Calidad en Salud**

Proceso de Acreditación



Acreditación certificada por  
SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

**1r. Proceso de Acreditación**

R.E. IP 1385 – 14-04-2020



## 14º Encuentro Nacional de Calidad en Salud

SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

### NUESTRA EXPERIENCIA PROCESO DE RECREADITACION

**11 Y 12 SEPTIEMBRE DE 2023, NOS PRESENTAMOS AL SEGUNDO PROCESO DE ACREDITACION,  
EVALUACION CON RETROSPECTIVIDAD DESDE AGOSTO 2020 A AGOSTO 2023 (PANDEMIA Y POST  
PANDEMIA)**





## **14º Encuentro Nacional de Calidad en Salud**

SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

NUESTRA EXPERIENCIA  
**PROCESO DE RECREADITACION**

**Cambios de funciones del personal y continuidad de la atención,  
disminución de la comunicación diaria entre compañeros y ausencia  
de la supervisión.**

.....

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD,  
PARA NIÑOS Y NIÑAS EN EL  
**CONTEXTO DE ALERTA SANITARIA COVID-19**

TERCERA VERSIÓN: AGOSTO DE 2020

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA - SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES  
DIVISIÓN PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES - DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD  
DEPARTAMENTO CICLO VITAL - DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE CUIDADOS

# INCUMPLIMIENTO DE CARACTERÍSTICA OBLIGATORIA

## REGISTROS (REG)

1

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

### Componente REG-1

El prestador institucional utiliza un sistema formal de ficha clínica.

### REG 1.1

#### Característica

El prestador institucional cuenta con ficha clínica única.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
REG-1.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles REG-1.1	Dirección o gerencia del prestador	General	* Se aceptará excepcionalmente la existencia de ficha clínica psiquiátrica separada.
		Se describe en un documento de carácter institucional la existencia de ficha clínica única e individual y su manejo.*			
		Se constata la existencia de ficha clínica única.			



\* Se aceptará excepcionalmente la existencia de ficha clínica psiquiátrica separada.



**14º Encuentro  
Nacional de  
Calidad en Salud**

## **INCUMPLIMIENTO DE CARACTERISTICA OBLIGATORIA**

En la constatación del registro único, se verificó el uso de registro mixto, que no estaba declarado en nuestro protocolo.

Movimiento de las fichas clínicas de papel para el registro de las atenciones en rondas rurales y visitas de dependencia severa

## INCUMPLIMIENTO DE CARACTERISTICA OBLIGATORIA

ENTIDAD	TIPOS NO CUENTAN CON CLAVE
ARCHIVO	<p>Ficha: 18710XXX</p> <p>Ficha: 2440xxxx</p> <p>Ficha: 3370xxx</p> <p>*Descripción de hallazgos: Se constata en el archivo del CESFAM de pacientes vigentes que cuentan con información clínica en formato papel anterior a la implementación del registro electrónico y que no se encuentra contenida en el registro clínico electrónico, por lo que verifica la existencia de fichas en 2 formatos, papel y electrónico en uso por el equipo clínico del CESFAM. Se verifican pacientes de Ronda que cuentan con registro, por ejemplo, el RUN 3370xxx cuenta con atención médica el 27 de nov del 2021 y al verificar en ficha electrónica no se constata dicha atención transcrita en formato electrónico ni ningún registro de atención ese día.</p> <p>*Descripción de hallazgos: Los profesionales acceden a ficha electrónica y la definen como ficha clínica única e individual y su código único que es el RUN, sin embargo, el Establecimiento cuenta con fichas papel en archivo, por lo que la ficha es mixta, es decir tiene ambos formato, tanto electrónico como papel y no se describe en documento el acceso a estas fichas ni la vinculación entre ambos formatos. Los profesionales sólo describen acceso a ficha electrónica no considerando como parte de la ficha del usuario al contenido en formato papel ni como se accede a este formato. Se constata que paciente RUN 3370xxx cuenta con atención en ficha papel en noviembre 2021 que no está incorporada en ficha formato electrónico. Por lo tanto, no cumple el elemento medible ya que, si bien, los profesionales responden y se constata el acceso a ficha electrónica según lo descrito en documento, desconocen que el formato en papel sea parte de la ficha de los usuarios del CESFAM. Además de que se constata que en CESFAM Paipote la ficha clínica no es única, constatándose registros de pacientes en formato papel que no están incorporados en ficha electrónica. Esta entidad no se puede hacer la convicción de que los profesionales tengan acceso a la integridad de la información clínica del</p>

 **14º Encuentro  
Nacional de  
Calidad en Salud**

**Proceso de Acreditación**

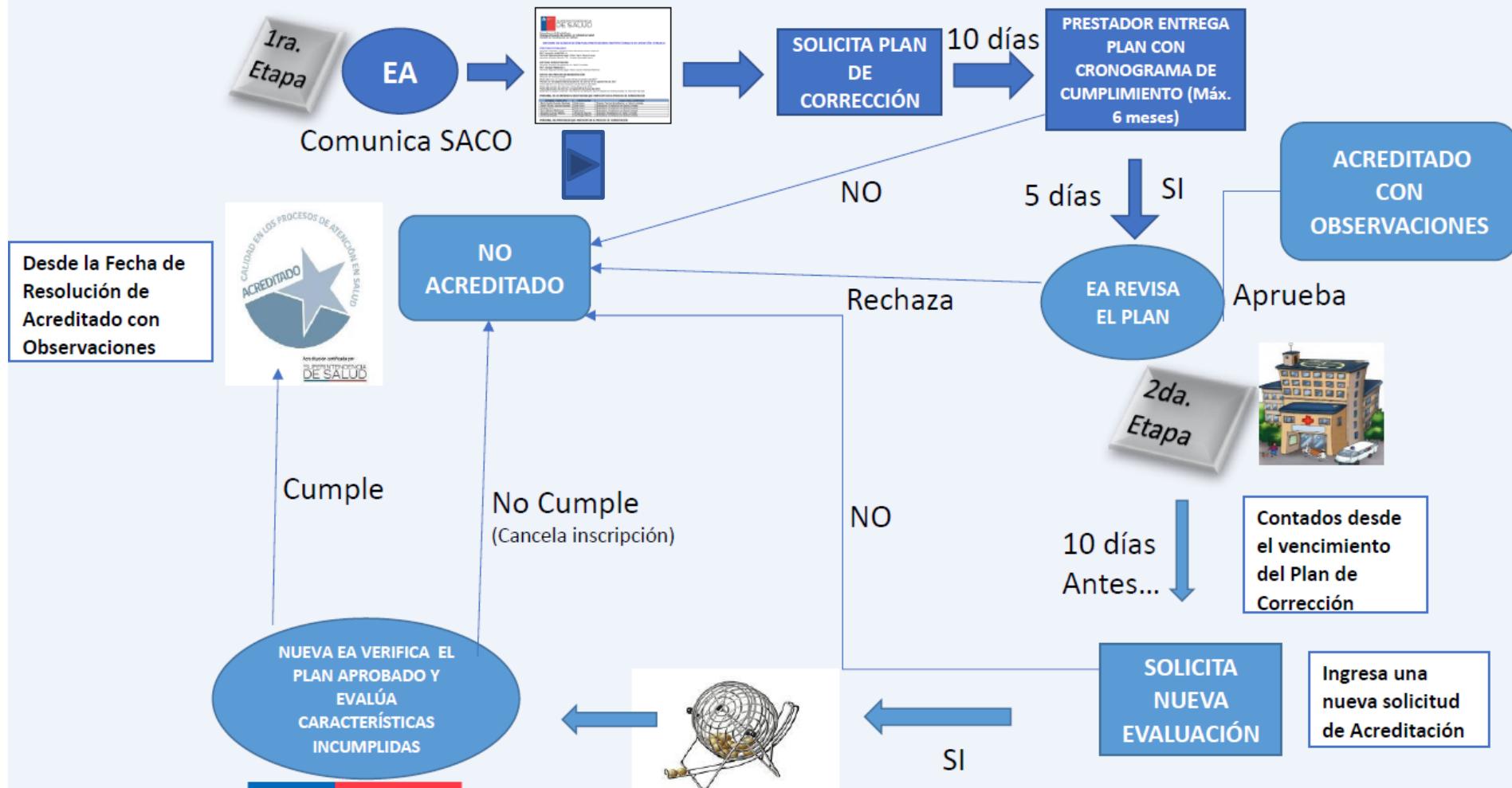


Acreditación certificada por  
**SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD**

**07.06.2024 - R.E IP 3815 -**

**Recreaditación con observaciones.**

## Acreditado con Observaciones



## RESULTADO DEL PROCESO

RESOLUCIÓN EXENTA IP/Nº 1361

SANTIAGO, 22 FEB. 2024

### RESOLUCIÓN:

- 1º DECLÁRASE** que el prestador institucional "**CENTRO DE SALUD FAMILIAR PAIPOTE**", en razón del informe presentado por la Entidad Acreditadora "QH SpA", se encuentra **en situación de ser acreditado con observaciones**, por lo que, de acuerdo a la normativa vigente, debe acompañar un **plan de corrección** y un **cronograma** de cumplimiento a la Entidad Acreditadora, en **un plazo de 10 días hábiles**, contado desde la notificación de la presente Resolución.
- 2º NOTIFIQUESE**, la presente Resolución al Representante Legal del prestador institucional "**CENTRO DE SALUD FAMILIAR PAIPOTE**" y al Representante Legal de la Entidad Acreditadora "QH SpA".

REGÍSTRESE Y ARCHÍVENSE



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

Analizar la situación  
**Metodología de los 5 ¿Por qué?**

- Es una herramienta de análisis que consiste en la realización de preguntas que exploran la causa- efecto de un suceso o un problema en particular, y así descubrir la raíz del problema. *Sakichi Toyoda*
- “Al repetir porqué cinco veces, la naturaleza del problema y su solución se vuelven claras”.



## **14º Encuentro Nacional de Calidad en Salud**

Analizar la situación  
**Metodología de los 5 por qué, en Paipote**

En cuanto a la problemática que emerge se coordina la generación de un grupo de expertos que permita obtener la mayor información del caso, para esto se incluye a:

- Subdirectora Técnica CESFAM Paipote
- Encargada de Calidad CESFAM Paipote
- Encargada de Calidad DASM Copiapó
- Encargada de Calidad y Seguridad de la Atención APS del Servicio de Salud Atacama
- Asesora técnica externa



## **Problema:**

Falta de incorporación en el documento institucional REG 1.1 el archivo de fichas clínicas en papel, su uso en rondas y visitas a pacientes con dependencia severa y su vinculación a la ficha clínica electrónica.

## 1.- ¿Por qué no se incorporó en el documento institucional REG 1.1 del CESFAM Paipote el registro de las atenciones en la ronda rural y en las visitas domiciliarias de los pacientes con dependencia severa?.

- Porque el archivo de fichas en papel debería ser pasivo y sólo se consignarían las atenciones de las/os usuarios en la ficha clínica electrónica (la ficha en papel sería de consulta de antecedentes o cuando lo solicitara el paciente o por orden judicial). Sin embargo, se llevaban a las rondas y a las visitas de pacientes con dependencia severa, para consulta, lo que generó la confianza en los profesionales médicos en realizar en ellas el registro de la atención.

## 2.-¿Por qué se consignaron las atenciones en las fichas clínicas en papel?

- Porque los médicos que realizaban la ronda rural y los encargados de dependencia severa, usaron las fichas clínicas de papel para dejar registro de las atenciones además las supervisiones a los funcionarios y monitorización de los procesos fueron escasas, lo que no permitió determinar el error en el que estaban incurriendo.

### 3.- ¿Por qué no se utiliza registro digital en visita domiciliarias en pacientes con dependencia severa ni en rondas?

- Porque como CESFAM no contábamos con dispositivo que pueda ejercer señal de Internet de manera móvil, por lo que acceder a la ficha clínica electrónica se tornaba imposible, y en rondas es más difícil porque estas son en lugares rurales alejados, lo que dificulta el uso de dispositivos digitales y con mayor razón emitidores de Internet

## 4.- ¿Por qué no se priorizan la monitorización de los procesos?

- Desde el año 2020 hasta agosto del 2023, a nivel Nacional estábamos en alerta sanitaria por pandemia relacionada con SAR COV- 2, lo que influyó en la priorización de la monitorización de otros protocolos y actividades, relacionados directamente con dicha alerta y lineamientos enviados por la autoridad sanitaria. Además se realizaron cambios de funciones del personal de salud del establecimiento, división de áreas y atenciones por turnos, lo que provocó sobrecarga laboral y perdida de la continuidad de la atención.

## 5.-¿Por qué no existe monitorización del movimiento de las fichas clínicas de papel (registro pasivo)?

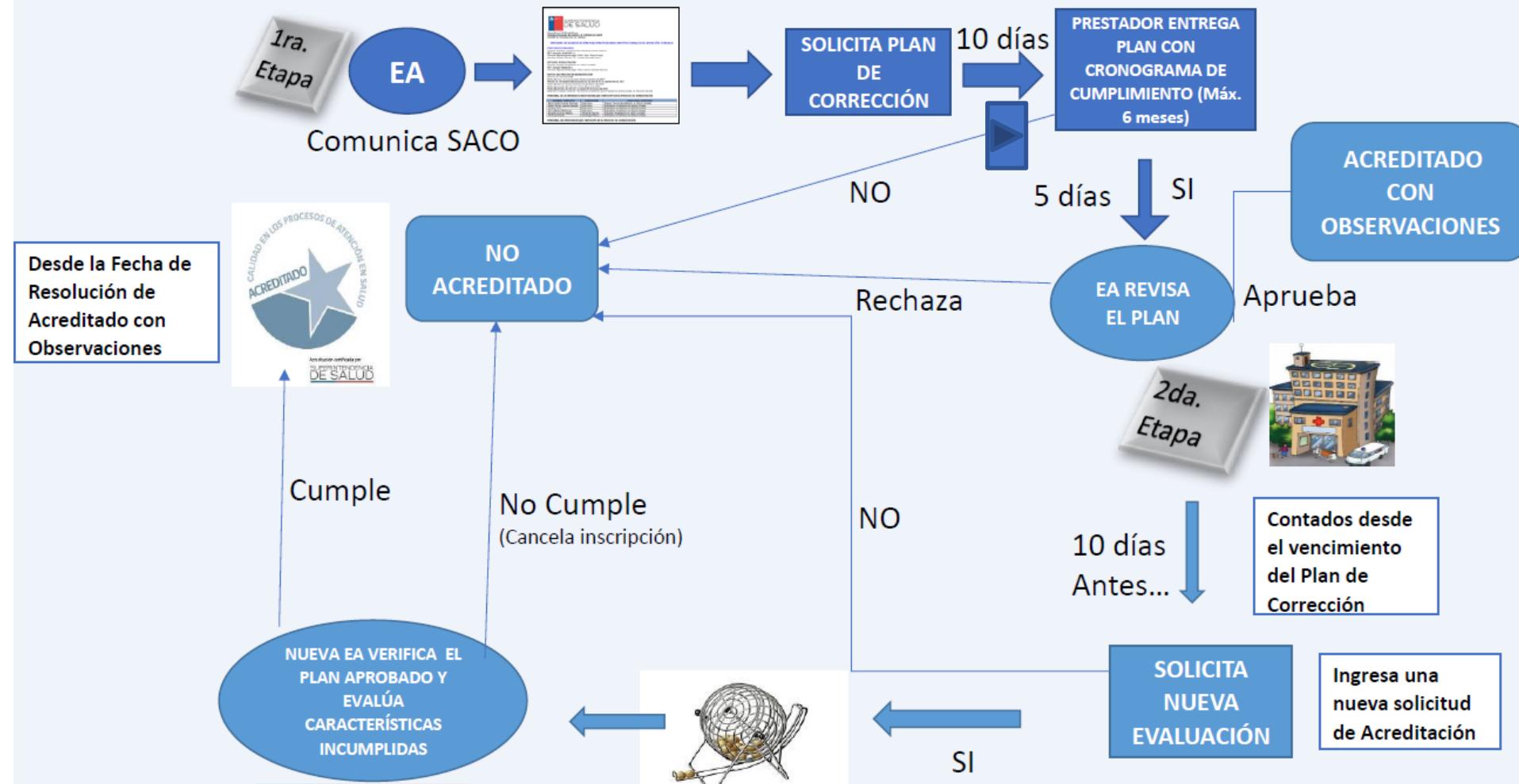
- Porque al realizar la inducción quedaba implícito que las fichas clínicas electrónicas era el único registro valido para todas las atenciones, por lo tanto no debería realizarse el registro en ficha de papel en lugares aledaños o donde no se tiene acceso a Internet o dispositivos digitales. (rondas y/o visitas domiciliarias).



### **SOLUCIÓN:**

- ✓ - Realizar una actualización del protocolo REG 1.1 de ficha clínica electrónica, explicitando el registro en la misma, en casos de atenciones en ronda rural y visitas domiciliarias a pacientes con dependencia severa.
- ✓ - Difusión de la actualización de protocolo REG 1.1. al equipo en reunión ampliada y/o reunión de sector.
- ✓ - Establecer por ordenamiento local que las fichas clínicas de papel serán solo de uso pasivo, y su revisión de antecedentes será en caso necesario solicitado por profesional, si lo solicita el usuario bien, por ordenamiento judicial.
- ✓ - Realizar la monitorización correspondiente al protocolo y supervisar el correcto registro y uso de la ficha clínica electrónica.

## Acreditado con Observaciones



## Formato del Plan de Corrección



Intendencia de Prestadores de Salud  
Subdepartamento de Fiscalización en Calidad



### ANEXO N°1 PLAN DE CORRECCIÓN (PC)

#### I. ANTECEDENTES DEL PRESTADOR

- Prestador institucional: CENTRO SALUD FAMILIAR PAIPOTE
- Representante legal: Marcos López Rivera
- Directora Subrogante: Lorena Ossandón Trujillo.
- Correo electrónico representante legal: copiapoveintedoce@gmail.com
- Correo electrónico director (a): directorcesfampainote@gmail.com
- Correo electrónico encargada (o) de calidad: calidadcespaine@gmail.com

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

- Entidad acreditadora (EA): QH SpA
- Estándar de acreditación evaluado: Atención Abierta
- Fecha de evaluación de acreditación: 11 y 12 de Septiembre de 2023
- Fecha informe de acreditación: 05-02-2024
- % de cumplimiento general: 91%
- % de cumplimiento características obligatorias: 90%
- Nº características obligatorias incumplidas: 1
- Fecha RF IP que notifica resultado: 22-02-2024
- Fecha notificación RF IP con resultado: 22-02-2024
- Fecha elaboración del PC: 26-02-2024
- Fecha envío PC a EA: 07-03-2024

1.- Antecedentes del Prestador

2.- Antecedentes generales del proceso de acreditación

## Formato del Plan de Corrección

### PLAN DE CORRECCIÓN

#### 1. Característica y elementos medibles incumplidos

**REG 1.1** El prestador institucional cuenta con ficha clínica única.

**1er elemento medible:** Se describe en un documento de carácter institucional la existencia de ficha clínica única e individual y su manejo.

**2do elemento medible:** Se constata la existencia de ficha clínica única.

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

La Entidad Acreditadora registra en el Informe de acreditación, lo siguiente:

**OBSERVACIONES:** El prestador declara en documento institucional que cuenta con sólo ficha clínica electrónica, sin embargo al constatar en terreno, se puede evidenciar que el CESFAM cuenta con una sala de archivo de fichas en formato papel, por lo que existen pacientes que cuenta con registros clínicos en formato papel que no se encuentran integrados digitalmente en la ficha electrónica, por lo que el CESFAM Paipote cuenta con ficha clínica en ambos formatos tanto electrónico como papel, lo cual no se encuentra descrito en su documento. Además en su documento no describe acceso a ficha papel ni vinculación de ambos formatos de ficha. Los registros constatados corresponden a fichas de papel de los usuarios anteriores al uso de ficha electrónica, por ejemplo se cuenta con fichas de personas en dependencia severa con registros activos de parte del equipo de salud.

Por lo tanto, no cumple el elemento medible ya que el CESFAM no cuenta con ficha clínica única, y no se puede hacer la convicción de que los profesionales tengan acceso a la integridad de la información clínica del paciente anterior al uso de la ficha electrónica, según lo señala el numeral 138 de la versión V del compendio de interpretaciones.

**DESCRIPCION DE HALLAZGOS :** Los profesionales acceden a ficha electrónica y la definen como ficha clínica única e individual y su código único que es el RUN, sin embargo, el Establecimiento cuenta con fichas papel en archivo, por lo que la ficha es mixta, es decir tiene ambos formato, tanto electrónico como papel y no se describe en documento el acceso a estas fichas ni la vinculación entre ambos formatos.

Los profesionales sólo describe acceso a ficha electrónica no considerando como parte de la ficha del usuario al contenido en formato papel ni como se accede a este formato.

Se constata que paciente RUN 3370xxx cuenta con atención en ficha papel en noviembre 2021 que no está incorporada en ficha formato electrónico.

- 1.- Característica y elementos medibles incumplidos
- 2.- Fundamento de los incumplimientos.



## 14º Encuentro Nacional de Calidad en Salud

SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

Plan de Corrección

### Formato del Plan de Corrección

#### 3.- Causas y factores que contribuyen al incumplimiento

ficha electrónica, por ejemplo se cuenta con fichas de personas en dependencia severa con registros activos de parte del equipo de salud.

Por lo tanto, no cumple el elemento medible ya que el CESFAM no cuenta con ficha clínica única, y no se puede hacer la convicción de que los profesionales tengan acceso a la integridad de la información clínica del paciente anterior al uso de la ficha electrónica, según lo señala el numeral 138 de la versión V del compendio de interpretaciones.

**DESCRIPCION DE HALLAZGOS :** Los profesionales acceden a ficha electrónica y la definen como ficha clínica única e individual y su código único que es el RUN, sin embargo, el Establecimiento cuenta con fichas papel en archivo, por lo que la ficha es mixta, es decir tiene ambos formato, tanto electrónico como papel y no se describe en documento el acceso a estas fichas ni la vinculación entre ambos formatos.

Los profesionales sólo describen acceso a ficha electrónica no considerando como parte de la ficha del usuario al contenido en formato papel ni como se accede a este formato.

Se constata que paciente RUN 3370xxx cuenta con atención en ficha papel en noviembre 2021 que no está incorporada en ficha formato electrónico.

Por lo tanto, no cumple el elemento medible ya que, si bien, los profesionales responden y se constata el acceso a ficha electrónica según lo descrito en documento, desconocen que el formato en papel sea parte de la ficha de los usuarios del CESFAM.

Además de que se constata que en CESFAM Paipote la ficha clínica no es única, constatándose registros de pacientes en formato papel que no están incorporados en ficha electrónica.

Esta entidad no se puede hacer la convicción de que los profesionales tengan acceso a la integridad de la información clínica del paciente desde su ingreso al CESFAM, según lo señala el numeral 138 de la versión V del compendio de interpretaciones.

#### 3. Causa(s) y factor(es) contribuyentes del incumplimiento

**Causa del incumplimiento:** Omisión en el protocolo REG 1.1, aprobado con R.E. N° 16 del año 2022 versión 2.0, que establece que desde el año 2010, que la ficha clínica electrónica, es la única plataforma en la que se consignaran los datos de las atenciones de los pacientes, debiendo registrarse incluso las atenciones que se realicen en las rondas rurales y a los pacientes de Dependencia Severa (atención domiciliaria), y no se deberá registrar ninguna atención en las fichas clínicas de papel (archivo pasivo), lo que conllevó a un registro paralelo de fichas clínicas durante los años 2020 y 2021, correspondiente a las atenciones descritas anteriormente.

Factores contribuyentes:



# 14º Encuentro Nacional de Calidad en Salud

SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

Plan de Corrección

## Formato del Plan de Corrección

- 4.-Actividad de análisis
- 5.- Acciones correctivas

- Brindar acceso a las fichas de papel (registro pasivo) a los médicos que realizaban rondas rurales los años 2020 y 2021 y a la encargada de Dependencia Severa y permitir que consignaran las atenciones en las fichas en papel y no en la ficha clínica electrónica u omitir el correcto traspaso de dichas atenciones.
- Escasa supervisión a las actividades de registro de los médicos y otros profesionales.
- Insuficiente resguardo del registro pasivo de fichas clínicas en papel.

### 4. Actividad(es) de análisis

#### Análisis posterior al Proceso de evaluación en terreno:

Posterior a la evaluación en terreno por parte de la Entidad Acreditadora, se realizó reunión con los funcionarios del CESFAM con el fin de identificar brechas para el trabajo posterior en materias de calidad y la mejora continua. Desde esta reunión emergen problemáticas y dudas en dos características de la pauta de cotejo, REG 1.1 y REG 1.4. Como decisión de equipo se decide priorizar la característica REG 1.1, debido a su carácter obligatorio, por lo anterior se toman las siguientes decisiones:

- ✓ Con la finalidad de mantener la integridad de los registros, su confidencialidad por el tiempo establecido en la regulación ( Decreto 41, artículo 11), sólo tendrán acceso a las fichas clínicas en papel, si un profesional requiere antecedentes de la enfermedad del paciente, cuando lo solicite el usuario/a o si lo requieren por orden judicial (lo cual está descrito en el documento correspondiente al REG 1.4).
- ✓ No se podrá consignar ninguna atención, ni observación en las fichas en papel a partir del año 2022.
- ✓ Las encargadas de Dependencia Severa, que realizan atención domiciliaria, deben registrar en la ficha clínica electrónica, al retorno de las visitas domiciliarias, la atención realizada.

#### Análisis posterior al informe de Acreditación:

Una vez obtenidos los resultados del proceso de acreditación e identificadas la característica obligatoria que no se cumple (REG 1.1), se realiza reunión entre Directora (s) del CESFAM, Encargada de Calidad, encargada de Calidad de la Dirección de Salud Municipal, encargada de Calidad del Servicio de Salud. Se aplica técnica de "los 5 por qué" de Sakichi Toyoda, para identificar causas asociadas al incumplimiento (Se adjunta acta y listado de asistencia).

Se realiza revisión de las fichas clínicas de papel de usuarios de ronda del sector La Puerta y de usuarios de dependencia severa, en donde se utilizaron las fichas clínicas de papel (registro pasivo), con la finalidad de tener conocimiento de las atenciones que no fueron registradas en la ficha clínica electrónica.

Se realiza documento interno que indica que desde el año 2022 no se realiza movimientos de ficha clínica de papel, quedando estas solo como archivo pasivo y su uso será para revisión de antecedentes según requerimiento profesional, por solicitud ciudadana del propio usuario o bien por solicitud del poder judicial, con previa autorización de dirección del Centro, quedando a resguardo según el decreto 41 artículo 11.

Se da a conocer este documento interno a los funcionarios del Centro de Salud Familiar Paipote.

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

La implementación de estas actividades se realizarán para rectificar el incumplimiento de esta característica y evitar errores futuros.

1. Se realizará el cambio del protocolo REG 1.1. edición 2 en donde se explicará el uso de la ficha clínica electrónica en el caso de atenciones de salud en ronda rural y en visitas domiciliarias a pacientes con dependencia severa.



## 14º Encuentro Nacional de Calidad en Salud

SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

Plan de Corrección

### Formato del Plan de Corrección

#### 6.- Responsables

#### 7.- Plazos de implementación

2. Se difundirá el protocolo en reuniones con los diferentes sectores del CESFAM.
3. Implementación del nuevo protocolo a partir de marzo del presente año.
4. Se realizará monitorización sobre el conocimiento del nuevo protocolo.
5. Se realiza documento aclaratorio en donde se explica que en el año 2020 y 2021 se realizó movimiento de las fichas clínicas de papel de pacientes con dependencia severa y ronda rural.

#### 6. Responsable (s)

Directora CESFAM; subdirectora técnica; Encargada de Calidad.

#### 7. Plazo (s) de implementación y fecha de reevaluación de la característica

Se considerará un plazo de 10 días hábiles desde la fecha de aprobación de este plan de corrección por parte de la entidad acreditadora para iniciar a realizar las medidas correctivas.

Teniendo 10 días hábiles para la elaboración y aprobación del protocolo; 10 días hábiles más para la difusión y orientación del protocolo; una vez realizados ambos procesos se dará la puesta en marcha del protocolo.

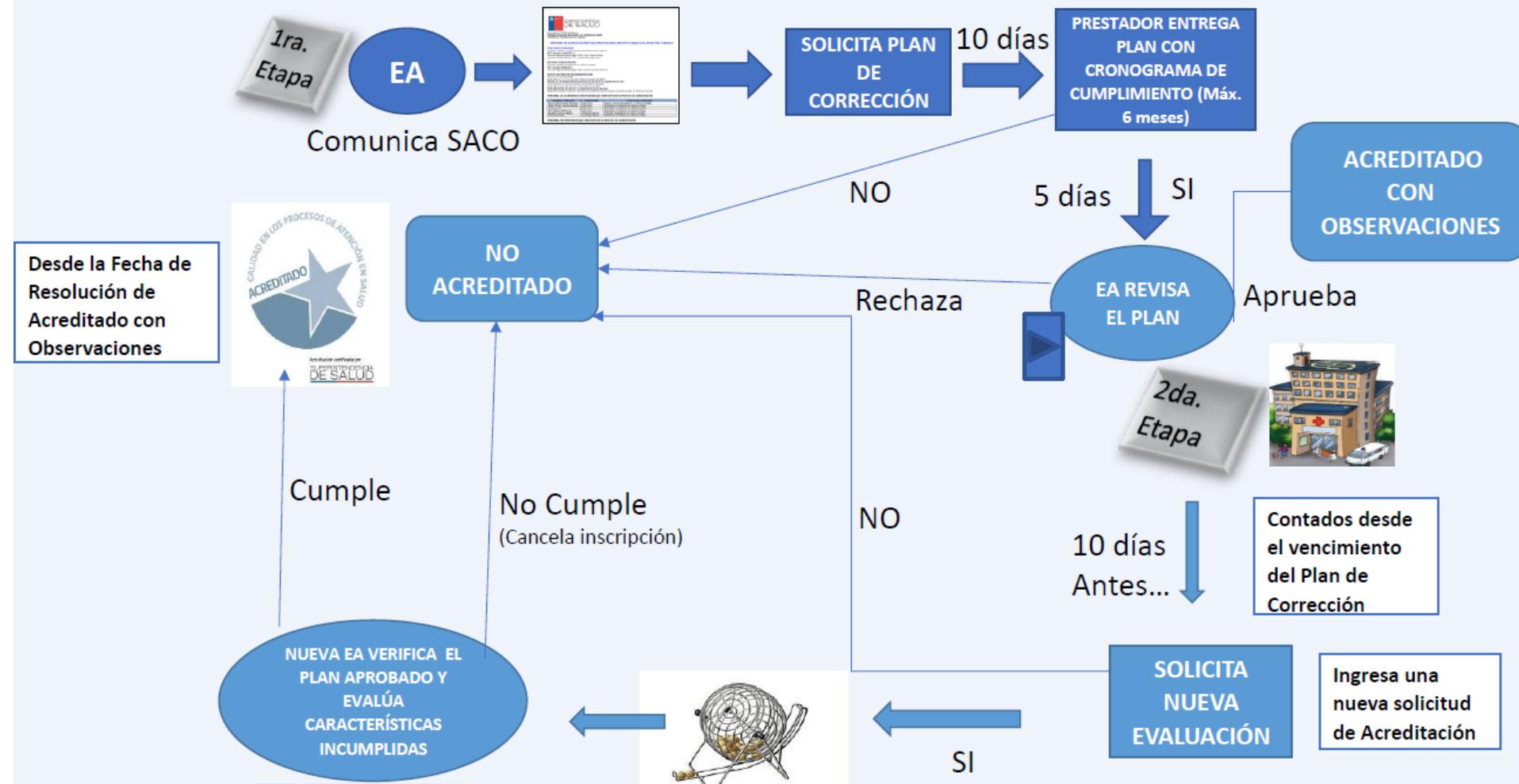
El elemento medible será autoevaluado mensualmente en los próximos 4 meses. Esta autoevaluación que consistirá en la constatación en terreno de conocimiento acerca del protocolo REG 1.1, y en constatación de fichas clínicas; para valorar las acciones implementadas y la aplicación eventual de medidas adicionales. Se registrarán resultados y conclusiones en un informe final del Plan de Corrección.

## Formato del Plan de Corrección

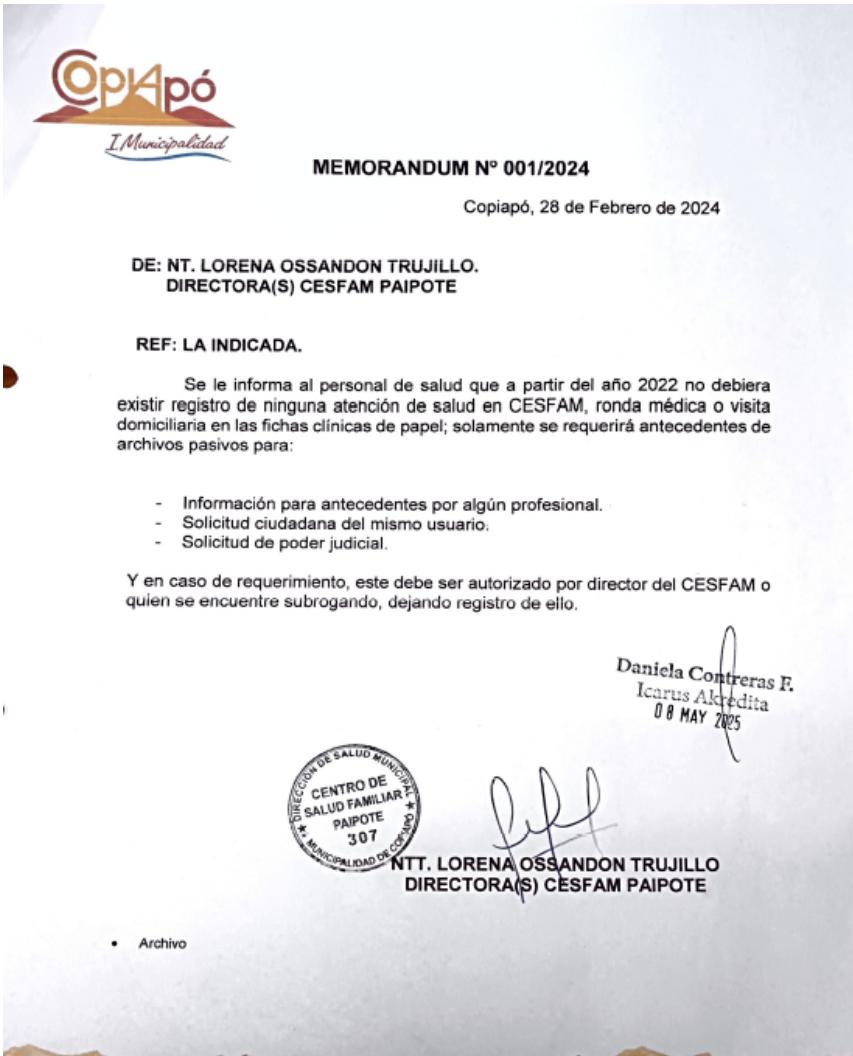
### CRONOGRAMA PARA EL PLAN DE CORRECCIÓN

Característica y EM	Acciones Correctivas	Responsables	Fecha de implementación
REG 1.1 1º EM	1. Actualización del Protocolo REG 1.1 2. Difusión del Protocolo REG 1.1 3. Reorganización de las Fichas clínicas de papel, que están almacenadas 5. Autoevaluación en Terreno de la característica REG 1.1 6. Informe Final Plan de Corrección	1. Encargada de Calidad. 2. Encargada de Calidad. 3. Encargada de Calidad y TENS de apoyo de Calidad 4. Directora CESFAM; Subdirectora técnica CESFAM; Encargada de Calidad 5. Encargada de Calidad; Subdirectora técnica CESFAM	1. 10 días hábiles desde la aprobación del Plan de Corrección. 2. 10 días hábiles después de la actualización del Protocolo REG 1.1 3. Desde la aprobación del Plan de Corrección. 4. Mensualmente a partir del primer mes posterior a la aprobación del plan de corrección. 5. Plazo máximo terminado el Sexto mes posterior a la fecha de aprobación del plan de corrección.

## Acreditado con Observaciones



## Acciones para dar cumplimiento del cronograma



- **MEMORANDUM INTERNO:** que establece que las fichas clínicas de papel son archivos pasivos, y que su movimiento será solo con la necesidad de conocer antecedentes, sin dejar registro en ella, o bien si es solicitada por el usuario o por el poder judicial



# 14º Encuentro Nacional de Calidad en Salud

Plan de corrección- Cronograma

## 1.- Cambio del Protocolo

	Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente UCSP Registro	Código: REG - 1.1 Edición: 3 Fecha: 10-06-2024 Páginas: 1 de 29 Vigencia: Junio 2029	
PROTOCOLO DE FICHA CLÍNICA CESFAM PAIPOTE			

### PROTOCOLO DE FICHA CLÍNICA UNICA ELECTRÓNICA CON SOPORTE MIXTO, CESFAM Y SAR PAIPOTE

El protocolo anterior, establecía el uso de una ficha clínica única, por uno que indica el uso de soporte mixto.

Documento Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
- Mat. María Fernanda Muñoz Ll. Encargada de Calidad. CESFAM Paipote	Nta Lorena Ossandon Trujillo Directora Subrogante CESFAM Paipote	Nta. Lorena Ossandon Trujillo Director subrogante CESFAM Paipote
Fecha elaboración	Fecha revisión	Fecha aprobación
10-06-2024	19-06-2024	21-06-2024
Distribución: • Dirección del CESFAM Paipote.		



## 14º Encuentro Nacional de Calidad en Salud

SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

Plan de corrección- Cronograma

### 2.- Difusión de nuevo Protocolo

Luego de realizar los cambios pertinentes al protocolo, se difunde al equipo, por diferentes medios; dejando evidencia de cada una de estas

#### 1.. Reuniones Ampliadas



## PROTOCOLO REG 1.1 REGISTROS FICHA CLINICA

05-07-2024



ACTA DE REUNIONES 2024

LUGAR: CESFAM PAIPOTE	FECHA	05-07-24
MOTIVO DE LA REUNIÓN:		
Repliego protocolo Reg 1.1.		
ACUERDOS:		
- Establecer conocimiento sobre protocolo		
- Establecer de uso constante		
OBSERVACIONES:		
NOMBRE RUT FIRMA		
Juventina Gonzalo Pava 10.007.240-0 Juventina G		
Klosterber Rulda Vilegas 15.869.711-5 Klosterber		
Silvana Soto Lira 12.918.767-7 Silvana S		
Belen Flores Troncoso 15.870.762-9 Belen F		



ACTA DE REUNIONES 2024

LUGAR: CESFAM PAIPOTE	FECHA	05-07-24
MOTIVO DE LA REUNIÓN:		
- Repliego nuevo protocolo Reg 1.1.		
ACUERDOS:		
- Registro electrónico desde 2022.		
- Registro híbrido entre 2010 y 2022.		
- Repliego en forma digital de papel (anexo) hasta 2010		
OBSERVACIONES:		

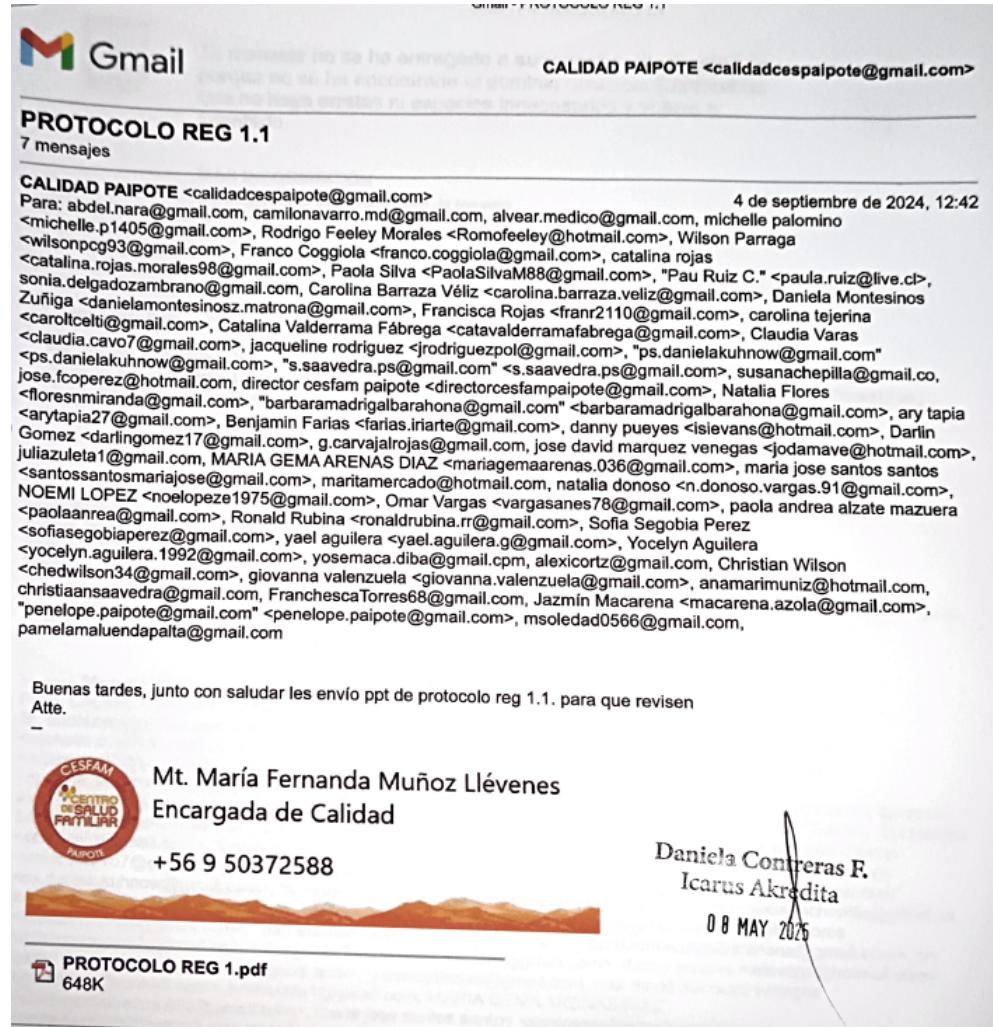


ACTA DE REUNIONES 2024

LUGAR: CESFAM PAIPOTE	FECHA	05-07-24
MOTIVO DE LA REUNIÓN:		
- Repliego protocolo Reg 1.1.		
ACUERDOS:		
- Establecer conocimiento sobre protocolo		
- Establecer de uso constante		
OBSERVACIONES:		
NOMBRE RUT FIRMA		
Rosaura Bonilla G. 18.038.173-6 Rosaura B		
Lidia Farreza O. 9.066.852-9 Lidia F		
Hugo Joe Aranua 17.109.252-8 Hugo J		

Plan de corrección- Cronograma

## 2.- Difusión de nuevo Protocolo- Vía mail



**Gmail**

**CALIDAD PAIPOTE <calidadcespaipote@gmail.com>**

**PROTOCOLO REG 1.1**  
7 mensajes

4 de septiembre de 2024, 12:42

Para: abdel.nara@gmail.com, camilonavarro.md@gmail.com, alvear.medico@gmail.com, michelle.palomino< michelle.p1405@gmail.com>, Rodrigo Feeley Morales <Romofeeley@hotmail.com>, Wilson Parraga <wilsonpcg93@gmail.com>, Franco Coggiola <franco.coggiola@gmail.com>, catalina.rojas <catalina.rojas.morales98@gmail.com>, Paola Silva <PaolaSilvaM88@gmail.com>, "Pau Ruiz C." <paula.ruiz@live.cl>, sonia.delgadozambrano@gmail.com, Carolina Barraza Véliz <carolina.barraza.veliz@gmail.com>, Daniela Montesinos Zuhiga <danielamontesinosz.matrona@gmail.com>, Francisca Rojas <franr2110@gmail.com>, carolina.tejerina <caroltcelti@gmail.com>, Catalina Valderrama Fábrega <catavalderramafabrega@gmail.com>, Claudia Varas <claudia.cavo7@gmail.com>, jacqueline rodríguez <rodriguezpol@gmail.com>, "ps.danielakuhnnow@gmail.com" <ps.danielakuhnnow@gmail.com>, "s.saavedra.ps@gmail.com" <s.saavedra.ps@gmail.com>, susanachepilla@gmail.co, jose.fcoperez@hotmail.com, director cesfam paipote <directorcesfampairote@gmail.com>, Natalia Flores <floresnmiranda@gmail.com>, "barbaramadrigalbarahona@gmail.com" <barbaramadrigalbarahona@gmail.com>, ary tapia <arytapia27@gmail.com>, Benjamin Farias <farias.iriarte@gmail.com>, danny pueyes <sislevans@hotmail.com>, Darlin Gomez <darlingomez17@gmail.com>, g.carvajalrojas@gmail.com, jose david marquez venegas <jodamave@hotmail.com>, juliazuleta1@gmail.com, MARIA GEMA ARENAS DIAZ <mariagemaarenas.036@gmail.com>, maria jose santos santos <santossantosmariajose@gmail.com>, maritamercado@hotmail.com, natalia donoso <n.donoso.vargas.91@gmail.com>, NOEMI LOPEZ <noellopeze1975@gmail.com>, Omar Vargas <vargasanes78@gmail.com>, paola andrea alzate mazuera <paolaanrea@gmail.com>, Ronald Rubina <ronaldrubina.rr@gmail.com>, Sofia Segobia Perez <sofiasegobiaperez@gmail.com>, yael aguilera <yael.aguilera.g@gmail.com>, Yocelyn Aguilera <yocelyn.aguilera.1992@gmail.com>, yosemaca.diba@gmail.com, alexicortz@gmail.com, Christian Wilson <chedwilson34@gmail.com>, giovanna valenzuela <giovanna.valenzuela@gmail.com>, anamarimuniz@hotmail.com, christiaanssaavedra@gmail.com, Franchesca Torres68@gmail.com, Jazmín Macarena <macarena.azola@gmail.com>, "penelope.paipote@gmail.com" <penelope.paipote@gmail.com>, msoledad0566@gmail.com, pamelamaluendapalta@gmail.com

Buenas tardes, junto con saludar les envío ppt de protocolo reg 1.1. para que revisen  
Atte.

Mt. María Fernanda Muñoz Llévenes  
Encargada de Calidad  
+56 9 50372588

PROTOCOLO REG 1.pdf  
648K

Daniela Contreras F.  
Icarus Akreditada  
08 MAY 2025

## 2.- Difusión del Protocolo- Infografia



### **3.- Reorganización de las Fichas Clínicas**

Las Fichas clínicas de papel fueron revisadas nuevamente, verificando que su movimiento fue solo hasta diciembre 2021, y que desde 2022 o se registro en ellas, y las que estaban apartadas que se usaron en visitas de dependencia severa y en las rondas se archivaron junto con el resto, por orden correlativo del RUT



## 14º Encuentro Nacional de Calidad en Salud

Una vez al mes, se realizó entrevista al equipo de manera aleatoria, sobre los puntos del nuevo protocolo, experiencia que también sirvió de entrenamiento para la constatación en terreno.

Plan de corrección- Cronograma

### 4.- Autoevaluación en terreno- Supervisión

PAUTA DE SUPERVISION : conocimiento de Protocolo REG 1.1

	FECHA	PROF. ICP					
	SUPERVISOR	MEN	MEN	MEN	MEN	MEN	MEN
	FUNCIONARIO SUPERVISADO	UNO	UNO	UNO	UNO	UNO	UNO
1	Funcionario(a) tiene conocimiento de la modalidad de ficha clínica en el establecimiento	/	/	/	/	/	/
2	Funcionario reconoce su acceso único a ficha clínica electrónica.	/	/	/	/	/	/
3	Funcionario ingresa a la ficha clínica única e individual con el RUT del usuario/a	/	/	/	/	/	/
4	Funcionario reconoce el acceso a la ficha clínica única e individual con el número de identificación provisoria, PSP o rut provisorio (en caso de extranjero que no cuente con RUT)	/	/	/	/	/	/
5	Funcionario conoce la vigencia de RUT provisorio	/	/	/	/	/	/
6	Funcionario da cuenta de los pasos a seguir en caso de vencimiento de RUT Provisorio	/	/	/	/	/	/
7	Funcionario tiene conocimiento de funcionamiento de generador en caso de interrupción de suministro eléctrico	/	/	/	/	/	/
8	Funcionario(a) tiene conocimiento donde registrar en caso de interrupción de suministro eléctrico y/o internet	/	/	/	/	/	/
9	Funcionario(a) que registra en formulario en papel conoce sobre la eliminación de éste	/	/	/	/	/	/
10	Funcionario(a) tiene conocimiento como realizar el registro en caso de VDI de usuarios con dependencia severa	/	X	/	/	/	/
11	Funcionario(a) que realiza ronda rural a sector La Puerta, tiene conocimiento del registro en ficha clínica electrónica	/	X	/	/	/	/
12	Funcionario(a) reconoce que no existe otro formato en papel que sea parte de la ficha clínica única en individual.ee	/	/	/	/	/	/

PAUTA DE SUPERVISION : conocimiento de Protocolo REG 1.1

	FECHA	PROF. ICP					
	SUPERVISOR	MEN	MEN	MEN	MEN	MEN	MEN
	FUNCIONARIO SUPERVISADO	UNO	UNO	UNO	UNO	UNO	UNO
1	Funcionario(a) tiene conocimiento de la modalidad de ficha clínica en el establecimiento	/	/	/	/	/	/
2	Funcionario reconoce su acceso único a ficha clínica electrónica.	/	/	/	/	/	/
3	Funcionario ingresa a la ficha clínica única e individual con el RUT del usuario/a	/	/	/	/	/	/
4	Funcionario reconoce el acceso a la ficha clínica única e individual con el número de identificación provisoria, PSP o rut provisorio (en caso de extranjero que no cuente con RUT)	/	/	/	/	/	/
5	Funcionario conoce la vigencia de RUT provisorio	/	X	X	X	/	/
6	Funcionario da cuenta de los pasos a seguir en caso de vencimiento de RUT Provisorio	/	/	/	/	/	/
7	Funcionario tiene conocimiento de funcionamiento de generador en caso de interrupción de suministro eléctrico	/	/	/	/	/	/
8	Funcionario(a) tiene conocimiento donde registrar en caso de interrupción de suministro eléctrico y/o internet	/	X	/	/	/	/
9	Funcionario(a) que registra en formulario en papel conoce sobre la eliminación de éste	/	X	/	/	/	/
10	Funcionario(a) tiene conocimiento como realizar el registro en caso de VDI de usuarios con dependencia severa	X	/	/	/	/	/
11	Funcionario(a) que realiza ronda rural a sector La Puerta, tiene conocimiento del registro en ficha clínica electrónica	/	/	/	/	X	X
12	Funcionario(a) reconoce que no existe otro formato en papel que sea parte de la ficha clínica única en individual.ee	/	/	/	/	/	/

Daniela Contreras E.  
Icarus Acredita

08 MAY 2025



# 14º Encuentro Nacional de Calidad en Salud

SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

Plan de corrección- Cronograma

## 5.- Informe de Plan de Corrección- Autoevaluación

	Informe de evaluación final del Plan de corrección CESFAM Paipote	
---	---	---

### INFORME FINAL PLAN DE CORRECCIÓN CESFAM PAIPOTE

Ámbito REG 1.1  
Característica: 1  
Elemento medible: 2  
Fecha: 02-12-2024

Daniela Contreras F.  
Icarus Acredita  
08 MAY 2025

	Informe de evaluación final del Plan de corrección CESFAM Paipote	
---	---	---

Nº	Actividades y fechas para la corrección indicadas en el Plan de corrección	Medios de verificación documento(s) / fecha	Análisis de la actividad	Cumple (Sí/No)
1	Realizar cambio de Protocolo REG 1.1	- Protocolo REG 1.1 edición 3.	A causa de la no-felicidad desde la Intendencia de prestación de servicios, se analizó con observación por el no cumplimiento de característica obligatoria REG 1.1, se realiza un cambio del protocolo, en donde se especifica la transición de las fichas clínicas de papel al registro electrónico, estableciendo que el periodo de transición del registro de ficha clínica de papel al electrónico fue desde el año 2022, realizando un registro mixto y luego desde el 2023 a la fecha nuestro registro es electrónico con soporte mixto.	Si
2	Difusión del Protocolo REG 1.1, edición 3 a los funcionarios.	- Difusión de Memorándum de notificación del no movimiento de las fichas clínicas de papel, las condiciones para ello y requerimientos para realizar. (acta de recepción de información)  - Actas de reuniones en donde se difunde el protocolo por medio de presentación a los funcionarios.  - Difusión de dicha presentación vía correo electrónico.	- Se realiza memorándum en donde se deja constancia que las fichas clínicas de papel se mantienen en sector de archivos y que su movimiento está prohibido con excepciones, y como poder solicitarlas en estos casos.  - Luego de realizar el plan de corrección, se realiza 4 reuniones para la difusión de la nueva edición del protocolo y así poder tener mayor representatividad de los funcionarios.  - El 4 de septiembre se difunde a todos los funcionarios la presentación en power point por medio de correo electrónico, que se realizó para la reunión de la difusión del protocolo.	Si

Daniela Contreras F.  
Icarus Acredita  
08 MAY 2025

	Informe de evaluación final del Plan de corrección CESFAM Paipote	
---	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza un recordatorio, tipo infografía, en formato jpg para poder difundir los importantes de la actualización del protocolo, el cual se envía periódicamente mediante mensajería instantánea al grupo mensajería instantánea (WhatsApp) en donde están todos los funcionarios del CESFAM.</li> </ul>	
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reorganización de las Fichas Clínicas de papel, que están almacenadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desde julio 2024, se ha ido reorganizando las fichas clínicas de papel, constando la ausencia de movimiento de las mismas desde el año 2022, en donde solo pasaron a ser archivos pasivos, además de la separación de usuarios fallecidos</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoevaluación en terreno de la característica REG 1.1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pauta de supervisión que se realiza mediante encuesta a los funcionarios una vez al mes desde la aprobación del plan de corrección.</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe Final Plan de corrección</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realización de este informe entre la última semana de noviembre y la primera semana de diciembre</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siendo dos de diciembre, se da fin al informe del plan de corrección</li> </ul>

Daniela Contreras F.  
Icarus Acredita  
08 MAY 2025



# 14º Encuentro Nacional de Calidad en Salud

SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

Plan de corrección- Cronograma

## 5.- Informe de Plan de Corrección- Autoevaluación

	Informe de evaluación final del Plan de corrección CESFAM Paipote	
--	---	--

### Análisis de cumplimiento del plan:

Para cumplir con las actividades definidas para subsanar el incumplimiento notificado desde la Intendencia de Prestadores bajo Resolución Exenta IP N° 3815 del 07 de junio de 2024 de acreditado con observaciones debido al no cumplimiento de característica obligatoria REG 1.1, se realiza una reunión con equipo de calidad de CESFAM Paipote (directora, subdirectora y encargada de calidad) junto a las asesoras de Dirección Municipal y del Servicio de Salud, realizando un análisis del resultado del proceso de recreaditación y así poder establecer los factores que contribuyeron a ello y evaluación de las medidas que se adoptarán para que la evaluación de la característica obligatoria REG 1.1 carezca de sucesos que puedan entorpecer el normal desarrollo de las actividades relacionadas con el cumplimiento de la característica REG 1.1, para lo que se realiza el plan de corrección y se confecciona un memorándum que establece explícitamente que el movimiento de las fichas clínicas de papel queda estrictamente restringido, que su movimiento será con previa autorización de dirección, en caso de que algún profesional requiera evaluar algún antecedente, por solicitud ciudadana del mismo usuario y/o por poder judicial, siendo este difundido a todo el personal del CESFAM Paipote.

Luego de la aprobación de este, en junio, se comienza con las actividades programadas, como la actualización y difusión del protocolo REG 1.1 estableciendo claramente la transición de ficha clínica de papel al registro electrónico.

Paralelamente la TENS de apoyo al programa de calidad, comienza a reorganizar las fichas clínicas de papel, resguardando las de usuarios que han fallecido.

Se confeccionó una pauta de supervisión la que se aplicó a los funcionarios la primera semana de cada mes, desde julio hasta el momento de presentarnos al proceso de evaluación de la recreaditación.

Al constatar que todas nuestras actividades programadas fueron cumplidas según lo estimado, tenemos un 100% de cumplimiento del Plan de corrección

	Informe de evaluación final del Plan de corrección CESFAM Paipote	
--	---	--

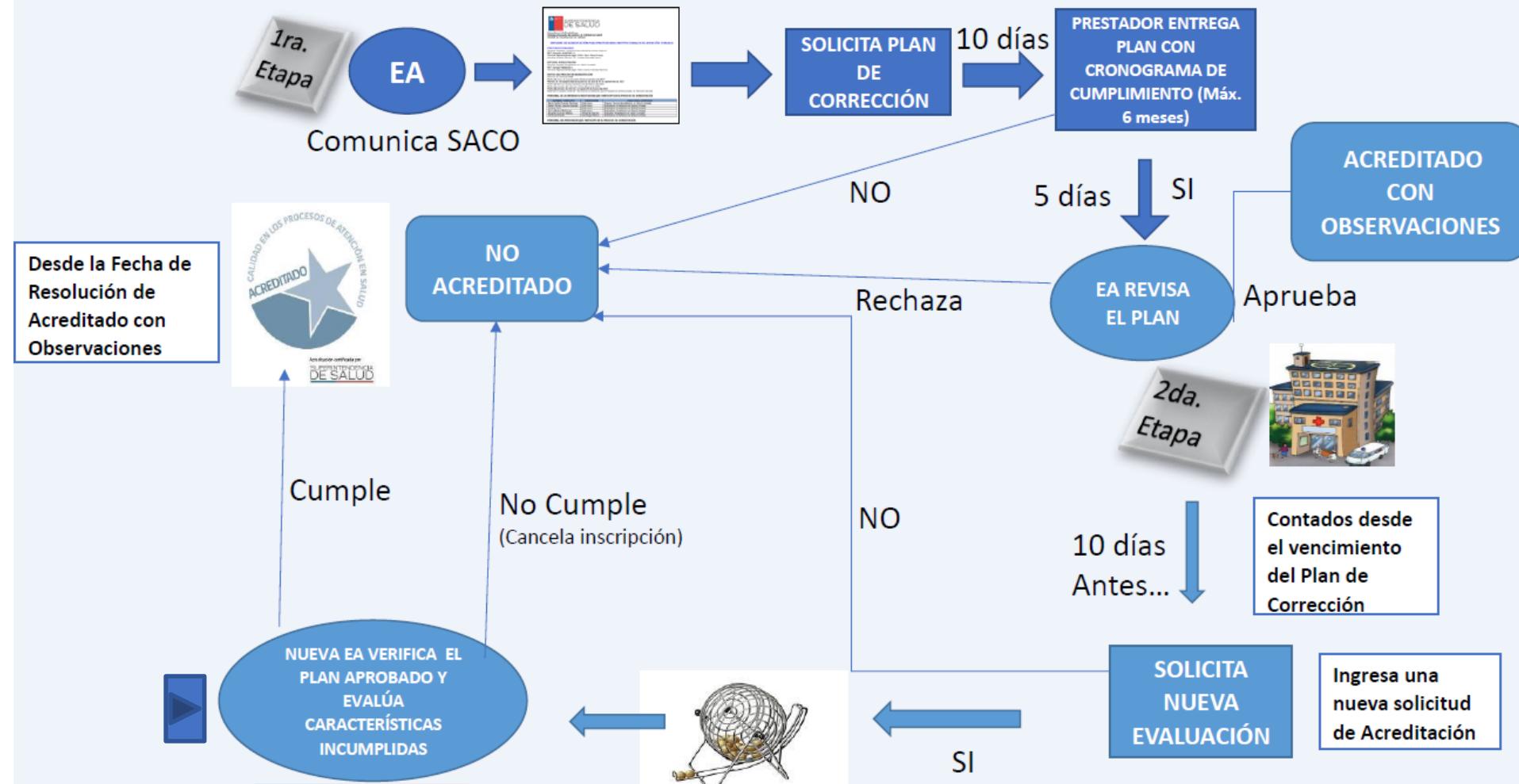
### 4. ANÁLISIS GENERAL:

Actividades	Actividades cumplidas	Actividades programadas	% de cumplimiento	Cumple Si / No
Actualización del protocolo REG 1.1.	1	1	100%	Si
Difusión del protocolo REG 1.1.	3	3	100%	Si
Reorganización de las fichas clínicas	1	1	100%	Si
Autoevaluación en terreno de la característica REG 1.1	6	6	100%	Si
Total	11	11	100%	Si

Daniela Contreras E.  
Icarus Almedita  
08 MAY 2025

Daniela Contreras E.  
Icarus Almedita  
08 MAY 2025

## Acreditado con Observaciones





## **14º Encuentro Nacional de Calidad en Salud**

SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

Plan de corrección

### **Solicitud de Evaluación**

- **08-05-2025, nos presentamos a la nueva evaluación en donde la EA constata en el centro nuestro Plan de Corrección**
  - Reunión de inicio con Entidad Acreditadora.
  - Presentación del protocolo REG 1.1 y documentos de plan de corrección
  - Revisión de las fichas clínicas en papel
  - Entrevista a funcionarios del CESFAM y SAR
  - Reunión de cierre con Entidad Acreditadora



# 14º Encuentro Nacional de Calidad en Salud

SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

Intendencia de Prestadores de Salud  
Subdepartamento de Fiscalización en Calidad  
Subdepartamento de Sanciones y Apoyo Legal

RESOLUCIÓN EXENTA IP/Nº 4616

SANTIAGO, 15 SEP 2025

VISTOS:

- 1) Lo dispuesto en los numerales 11º y 12º, del Artículo 4º; y en los numerales 1º, 2º y 3º, del Artículo 121; del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud; en la Ley N°19.880; en los Artículos 16, 27, 43 y demás pertinentes del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, aprobado por el Decreto Supremo N°15/2007; el Decreto Exento N°18, de 2009, que aprueba el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta; modificado por el Decreto Exento N°5, de 2019; todos del Ministerio de Salud; en la Circular IP N°40, de 2019, que imparte instrucciones a las entidades acreditadoras sobre los procesos de acreditación en que los prestadores Institucionales estén en situación de ser acreditados con observaciones; en la Circular IP N°48, de 2020, que imparte instrucciones a las entidades acreditadoras sobre el formato y elaboración del informe de acreditación; en la Circular Interna IP/Nº4, de 2012, que instruye sobre la forma de efectuar las inscripciones en el Registro Público de Prestadores Acreditados de esta Intendencia; y en la Resolución RA 882/20/2024, de 15 de enero de 2024;
- 2) La solicitud de acreditación N°5.275, de 13 de abril de 2023, mediante la cual don Marcos López Rivera, representante legal del prestador institucional "**CENTRO DE SALUD FAMILIAR PAIPOTE**", ubicado en Avenida Las Delicias S/N, ciudad de Copiapó, Región de Atacama, pide someter a dicho prestador a un segundo procedimiento de acreditación, en función del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta, aprobado por el Decreto Exento N°18, de 2009, del Ministerio de Salud;
- 3) El informe de acreditación corregido, de 27 de mayo de 2024, emitido por la entidad acreditadora "QH SpA";
- 4) La resolución Exenta IP/Nº3.815, de 7 de junio de 2024, que, fundada en el informe de acreditación recogido en el número anterior, que aprobó el plan de corrección y declaró al "**CENTRO DE SALUD FAMILIAR PAIPOTE**" acreditado con observaciones, ordenando mantener la inscripción de dicho prestador en el Registro Nacional de Prestadores Institucionales de Salud Acreditados;
- 5) La solicitud de acreditación N°7.542, de 11 de diciembre de 2024, mediante la cual don Maglio Cicardini Neyra, en representación del "**CENTRO DE SALUD FAMILIAR PAIPOTE**",

7º. Que, de conformidad con las normas legales y reglamentarias que rigen el Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, se debe proceder a poner en conocimiento del representante del prestador institucional evaluado el texto del informe emitido en el presente proceso, así como ordenar el término del este procedimiento administrativo y el archivo de sus antecedentes;

Y TENIENDO PRESENTE las facultades que me confieren las normas legales y reglamentarias precedentemente señaladas, vengo en dictar la siguiente

RESOLUCIÓN:

- 1º. DECLÁRASE acreditado al prestador institucional "**CENTRO DE SALUD FAMILIAR PAIPOTE**", en virtud de haber cumplido íntegramente su plan de corrección, por tanto, cumple con el **100% de las características obligatorias** que le eran aplicables y con el **93% de las características totales**.
- 2º. MANTÉNGASE la inscripción que el prestador Institucional antes mencionado, ostenta bajo el N°740, en el Registro Público de Prestadores Institucionales de Salud Acreditados.
- 3º. MODIFÍQUESE en lo que corresponda la inscripción antes referida por el Funcionario Registrador de esta Intendencia, dentro del plazo de cinco días hábiles, contado desde que ésta le sea notificada, incorporando en ella los datos relativos al período de vigencia de la nueva acreditación que se declara en el numeral 5º siguiente y una copia de este documento, todo ello de conformidad a lo dispuesto en la Circular Interna IP N° 4, de 3 de septiembre de 2012.
- 4º. PÓNGASE en conocimiento del solicitante de acreditación el texto fiscalizado y final, del informe de la entidad acreditadora "ICARUS AKREDITA SpA", señalado en el N°7) de los Vistos precedentes.
- 5º. TÉNGASE presente que, para todos los efectos legales, la vigencia de la acreditación de este prestador se extenderá **desde la fecha de la resolución Exenta IP/Nº5.409**, que lo declaró acreditado con observaciones, esto es, **desde el 7 de junio de 2024**.
- 6º. PREVÉNGASE al solicitante de acreditación que, cualquier modificación que se refiere a los datos que deben ser considerados en el Registro de Prestadores Institucionales de Salud Acreditados debe ser informada, a la brevedad posible, a esta Intendencia.
- 7º. AGRÉGUESE por el Funcionario Registrador de esta Intendencia una copia de la presente resolución en la inscripción del prestador Institucional antes señalado en el Registro de Prestadores Institucionales Acreditados de esta Superintendencia.
- 8º. NOTIFÍQUESE al prestador Institucional, los Oficios, en virtud de los cuales se imparten instrucciones relativas al formato y correcto uso que deben dar los prestadores acreditados al certificado de acreditación que esta Superintendencia otorga a dichos prestadores, a las ceremonias de otorgamiento del certificado de acreditación, y a su deber de dar estricto cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del artículo 43 del Reglamento. Para los efectos de estas materias, se

SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

Plan de corrección  
Resolución



## 14º Encuentro Nacional de Calidad en Salud

SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

Plan de corrección  
**Resolución**



Acreditación certificada por  
SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD



*Trabajar en equipo  
divide el trabajo  
y multiplica los  
resultados*



# Gracias

*Matrona María Fernanda Muñoz LI.  
Encarga de calidad CESFAM Paipote, Copiapó*

Diciembre 2025