



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

DECRETO N° 4129

ARICA, 21 de Marzo de 2014

EXENTO

- a) Lo dispuesto en la Ley N° 19 937 de Autoridad Sanitaria de Febrero 2004
- b) Lo dispuesto en la Normas Técnicas Básicas para obtener autorización sanitaria en Establecimientos de Salud de Diciembre 2008 del Ministerio de Salud
- c) Lo dispuesto en la Ley N° 19 966 de Régimen de Garantías Explícitas en Salud, Septiembre 2004
- d) Lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 15 del 2007 del Ministerio de Salud Reglamento del Sistema de Acreditación para los prestadores Institucionales
- e) Lo dispuesto en la Ley N° 19 378, de 1995, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipalizada y sus modificaciones
- f) Las facultades que me confieren la Ley N° 18 695 "Orgánica Constitucional de Municipalidades" y sus modificaciones

CONSIDERANDO.

- a) Que, el siguiente Programa corresponde a lo solicitado en el manual de acreditación de prestadores institucionales de atención abierta
- b) Que, en cumplimiento de la normativa legal vigente

DECRETO:

APRUEBASE el Programa de calidad para Cesfam Iris Veliz Hume dependiente del Departamento de Salud Municipal de Arica, documento que a continuación se transcribe

1. OBJETIVO

Establecer las directrices que enmarquen un sistema de Gestión de calidad en el Cesfam Iris Veliz y Establecimientos de salud dependiente de él, basado en los requerimientos de la normativa vigente, teniendo como fin principal, otorgar prestaciones que aseguren la calidad y la Seguridad entregada a los usuarios

2 ALCANCE

El Programa de Calidad debe ser conocido y aplicado por todos los funcionarios del Cesfam Iris Veliz y demás Establecimientos de Salud dependientes de éste

3 RESPONSABILIDADES

Responsable ejecución:

Todos los funcionarios de los Establecimientos de Salud dependientes del Cesfam Iris Veliz son responsables de aplicar y cumplir con lo establecido en este programa

Responsabilidad del encargado.

Director y/o encargado del establecimiento es el responsable de velar por la implementación de este programa Además deberá liderar la gestión de calidad en el (los) establecimientos de salud

Encargado de Calidad del Establecimiento es responsable de implementar, desarrollar y coordinar lo establecido en este programa asesorando a la Dirección del establecimiento como a todos los funcionarios



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

Responsable del monitoreo y evaluación:

Encargado de calidad del establecimiento es responsable de evaluar y monitorear este Programa de Calidad, en el (los) establecimientos de salud

Encargada de Calidad del DESAMU es responsable de monitorear el cumplimiento del programa

4. DEFINICIONES

- **Calidad:** Es la capacidad de que un producto consiga el objetivo deseado al costo más bajo posible. La OMS define la calidad en salud como
 - Un alto nivel de excelencia profesional
 - Uso eficiente de los recursos
 - Un mínimo riesgo para el paciente
 - Alto grado de satisfacción del paciente
 - Impacto final para la salud
- **Seguridad de la atención.** Eliminación y/o reducción de riesgos, accidentes, infecciones, efectos perjudiciales vinculados a la prestación de servicios de salud, tanto para el usuario como para el proveedor
- **Control de Calidad.** Actividades y técnicas operacionales para verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad
- **Sistema de Vigilancia:** Recopilación continua, sistemática, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud, cuyo análisis e interpretación deben servir como base para la planificación de acciones
- **Resoluciones Sanitarias:** Acto mediante el cual la Autoridad Sanitaria Regional (SEREMI) permite el funcionamiento de los prestadores institucionales de salud tales como Hospitales, Consultorios, Clínicas y Centros Médicos, para otorgar atenciones de salud cumpliendo con requerimientos de estructura (incluye equipamiento) y organización, que permiten garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios
- **Mejoramiento continuo de la calidad** Es una visión nueva de la cultura organizacional entendida como un sistema coherente de principios, valores y transformaciones que requieren de un proceso continuo para mejorar y consolidarse
- **DESAMU.** Departamento de Salud Municipal

5. MODO OPERATIVO

Para llevar a cabo este programa, se definió una política de calidad institucional, estrategias y objetivos, los que se detallan a continuación

• **POLITICA DE CALIDAD.**

Con el propósito de promover una atención de salud segura y de calidad a nuestros usuarios, este establecimiento dependiente del Departamento de Salud Municipal de Arica, incorpora en su quehacer diario

- La satisfacción de las expectativas y necesidades de los usuarios, este último como eje central
- La mejoría continua de la calidad y seguridad de los procesos asistenciales, de apoyo clínico y administrativo
- Cumplimiento de la normativa legal y técnica vigente

Lo que se logra a través de un cambio cultural que permita alcanzar la calidad y seguridad asistencial establecida en los estándares nacionales

• **ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES PARA LA GESTION DE CALIDAD**

- **Cultura de calidad para lograr seguridad en la atención** Instaurar entre los funcionarios la cultura de calidad cuyo propósito final es la entrega de prestaciones seguras a los usuarios
- **Estrategia comunicacional:** De la gestión de calidad y proceso de acreditación en la institución
- **Trabajo en equipo:** Fomentar el trabajo y la cohesión del equipo, para lograr las metas establecidas.



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

• **OBJETIVOS DEL PROGRAMA.**

| | |
|-----------------------------------|---|
| Objetivo 1 | Difundir los aspectos relevantes sobre una atención de salud que cumpla con los estándares de calidad y seguridad del paciente (Continuar con la estrategia comunicacional iniciada en Julio del 2013 que permita la difusión y el conocimiento del proceso de acreditación) |
| Meta | Lograr que el 75 % de los funcionarios del establecimiento de salud asistan a lo menos 2 actividades programadas de difusión sobre las temáticas seleccionadas. |
| Actividades | <p>Planificación de actividades por parte del Encargado de Calidad del Establecimiento relacionadas con los temas siguientes</p> <ul style="list-style-type: none">o Calidad y seguridad en la atención de saludo Proceso de acreditacióno Implementación del programa de calidad <p>Encargado de calidad deberá llevar listado de asistencia a las actividades de formación masivas o grupales y otras desarrolladas, deberá velar por la capacitación de todos los funcionarios Para esto, podrá utilizar medios digitales (correos institucionales), escritos (por ej Murales) para la entrega de información de Calidad y el proceso de acreditación, charlas o talleres expositivos, instalación de protectores de pantallas, credenciales educativas de la acreditación</p> <p>Ver Anexo N° 1 "Programación de actividades para difusión de información respecto al proceso de acreditación de calidad "</p> |
| Evaluación de cumplimiento | <ul style="list-style-type: none">• Listado de chequeo con las actividades de participación de encargado de calidad en actividades expositivas masivas o grupales, difusión de documentación relativa al manual de prestadores• Listado con nombre, Run y firma de participantes en actividades antes mencionadas y tema difundido |
| Resultado Esperado | Avanzar en instaurar una cultura de calidad en el establecimiento que se evidencia a través del trabajo realizado por cada funcionario del establecimiento |
| Indicador | <ul style="list-style-type: none">• N° de funcionarios capacitados en acreditación <p>N° de funcionarios del establecimiento que recibieron al menos dos capacitaciones (masiva o grupal)</p> <p style="text-align: right;">X-100</p> <p>N° total de funcionarios del establecimiento de salud</p> |
| Responsable | Encargado de Calidad del Establecimiento de Salud |
| Objetivo 2 | Constituir la gestión de Calidad en el establecimiento, en conformidad a los lineamientos y requisitos establecidos en el sistema de Acreditación como Prestador Institucional de atención abierta, priorizando aspectos relacionados a la seguridad de la atención al paciente |
| Meta | Realizar el 90% de las reuniones programadas que permitirán constituir la gestión de calidad en el establecimiento de salud. |
| Actividades | <ul style="list-style-type: none">• Ejecutar Reuniones programadas con red de calidad del establecimiento Se planifica realizar una reunión mensual con la red de calidad• Ejecutar Reuniones programadas para coordinación de |



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

| | |
|-----------------------------------|--|
| | actividades entre encargados de calidad de los Establecimientos y DESAMU Programación de reuniones de trabajo con encargados de calidad de los Establecimientos y Desamu 2 veces al mes |
| Evaluación de cumplimiento | <ul style="list-style-type: none">o Lista de asistencia y Acta de reuniones de trabajo con red de calidad interna del establecimiento.o Lista de asistencia y Acta de reuniones de trabajo entre encargados de calidad establecimiento y Desamu. |
| Resultado Esperado | Fortalecimiento y funcionamiento de la estructura organizacional de calidad que permita unificar condiciones mínimas de atención a los usuarios y someterse adecuadamente al proceso de acreditación como prestador de atención abierta |
| Indicador | <ul style="list-style-type: none">o Reuniones programadas para coordinación de actividades. $\frac{\text{Nº de reuniones realizadas para coordinación de actividades entre encargados de calidad de establecimientos y DESAMU}}{\text{Nº de reuniones programadas para coordinación de actividades entre encargados de calidad de establecimientos y DESAMU}} \times 100$o Reuniones programadas para coordinación de actividades. $\frac{\text{Nº de reuniones realizadas para coordinación de actividades con la red de calidad del establecimiento.}}{\text{Nº de reuniones programadas para coordinación de actividades con la red de calidad del establecimiento.}} \times 100$ |
| Periodicidad | Evaluación semestral (pre informe) Informe de evaluación anual |
| Responsable | Encargado de Calidad del Establecimiento |
| Objetivo 3 | Cumplir con el desarrollo de las características establecidos en el manual de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta, necesarias para obtener la Acreditación del establecimiento de salud |
| Meta | Alcanzar un porcentaje total de cumplimiento del 100% de las características obligatorias y 70 % de cumplimiento de las características totales aplicables, el cual permita solicitar la acreditación a la Superintendencia de Salud. |
| Actividades | <ul style="list-style-type: none">• Elaborar documentación requerida por cada característica aplicable• Evaluación por su responsable de los indicadores definidos en la documentación requerida por cada característica aplicable• Desarrollar autoevaluaciones trimestrales planificadas (abril, julio, octubre, diciembre) para constatar el nivel de avance en los requisitos aplicables del proceso de Acreditación• Informar trimestralmente al Director del Establecimiento respecto a los resultados de las autoevaluaciones del proceso de acreditación Institucional• Exponer en consejo técnico los resultados obtenidos en las diferentes evaluaciones desarrolladas con el objetivo de monitorizar el nivel de avance respecto al cumplimiento de los requisitos contemplados en el proceso de acreditación• Evaluación de indicadores definidos en la documentación requerida por cada característica aplicable, por parte de los |



REPUBLICA DE CHILE
 ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

responsables

| | |
|-----------------------------------|--|
| Evaluación de cumplimiento | <ul style="list-style-type: none"> o Documento difundido y formalizado que establezca los cumplimientos y periodos para lograr la meta final para presentarse en el proceso de acreditación Institucional como prestador de atención abierta. o Pautas de chequeo y registros de evaluación de indicadores. o Informe trimestral de los resultados de las autoevaluaciones del avance en el proceso de acreditación Institucional. o Acta y registro de firmas de asistencia en consejo técnico donde se hayan difundido los resultados obtenidos en las diferentes evaluaciones desarrolladas para monitorizar el nivel de avance. |
| Resultado Esperado | Una vez cumplido el objetivo y su meta, obtener la Acreditación del establecimiento de salud |
| Indicador | <ul style="list-style-type: none"> o Cumplimiento de características obligatorias $\frac{\text{Nº de características obligatorias aplicables que se cumplen según el manual de acreditación de prestadores de atención abierta}}{\text{Nº total de características obligatorias aplicables según el manual de acreditación de prestadores de atención abierta}} \times 100$ o Cumplimiento de características generales $\frac{\text{Nº de características generales aplicables que cumplen según el manual de acreditación de prestadores de atención abierta}}{\text{Nº de características generales aplicables según el manual de acreditación de prestadores de atención abierta}} \times 100$ |
| Periodicidad | Evaluación semestral (pre informe) Informe de evaluación anual |
| Responsable | Encargado de Calidad del Establecimiento. |
| Objetivo 4 | Vigilar activamente el cumplimiento de 4 características obligatorias mediante la aplicación de instrumentos de medición. |
| Meta | Alcanzar un 100% de cumplimiento de las 4 característica obligatorias evaluadas |
| Actividades | <ul style="list-style-type: none"> o GCL 1.8: Aplicar "Lista Chequeo Trazabilidad de Biopsias o PAP" inserta en Procedimiento de registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias y/o PAP (Código: DSM-CAL -P14), a una muestra de pap 3 veces a la semana. En el caso de las biopsias y sólo si se están realizando procedimientos de cirugía menor, se tomará una muestra mensual de las biopsias realizadas. o AOC 1.1: Crear un instrumento de evaluación de aplicación de procedimiento de alerta y organización de la atención de emergencia (Código: DSM-CAL-P23). Realización de 2 simulacros anuales de código azul que ponga en aplicación el Procedimiento de alerta y organización de la atención de emergencia (Código: DSM-CAL-P23) evaluando mediante instrumento creado. REG 1.1: Constatar la presencia de ficha clínica única, revisando al azar 20 fichas clínicas físicas semanales y cotejando si la identidad y número de RUN del usuario es igual en la cartola de programa que éste asista y su ficha clínica digital. |



REPUBLICA DE CHILE
 ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> EQ 2.1: Evaluar cumplimiento de plazos de mantenimientos preventivos a equipos establecidos según Programa. |
| Modelo de evaluación de cumplimiento | <ul style="list-style-type: none"> GCL 1 8 "Lista Chequeo Trazabilidad de Biopsias o PAP" aplicadas AOC 1 1 Informe de ejecución de simulacros REG 1 1 Listado de constatación de presencia de ficha clínica única EQ 2 1 Memo con evaluación de cumplimiento de mantenimientos preventivos a equipos de acuerdo a los plazos programados |
| Resultado Esperado | <p>Establecer un sistema de medición y seguimiento continuo que permita diagnosticar oportunamente el incumplimiento de alguna de las características, lo cual permita actuar a tiempo aplicando planes de mejora</p> |
| Indicador | <ul style="list-style-type: none"> Trazabilidad de PAP. N° de muestras de Pap que cumplen con el total de los puntos aplicables según lista de chequeo de trazabilidad <hr/> X 100 N° total de muestras de Pap evaluadas según lista de chequeo de trazabilidad Trazabilidad de Biopsias. N° de muestras de Biopsias que cumplen con el total de los puntos aplicables según lista de chequeo de trazabilidad <hr/> X 100 N° total de muestras de Biopsias evaluadas según lista de chequeo de trazabilidad Alerta y organización de la atención de emergencia. N° de simulacros realizados que cumplen con todos los puntos de la "Pauta de evaluación de aplicación de procedimiento de alerta y organización de la atención de emergencia " <hr/> X 100 N° total de simulacros programados Ficha clínica única N° de fichas clínicas físicas evaluadas que cuentan con el Rut y el nombre del usuario igual al contenido en cartola y ficha digital del mismo usuario <hr/> X 100 N° de fichas clínicas físicas evaluadas Mantenciones preventivas. N° de mantenciones preventivas a equipos realizadas según los plazos establecidos en calendario del programa <hr/> X 100 N° de mantenciones preventivas a equipos calendarizadas |
| Periodicidad | <p>Evaluaciones trimestrales (pre informes) Informe de evaluación anual</p> |
| Responsable | <ul style="list-style-type: none"> GCL 1 8 Pap Matrón Encargado de PAP (Evaluar, elaborar informe, implementar estrategia según procedimiento Código DSM-CAL -P14) / Encargado de Calidad del Establecimiento de Salud (Calculo del indicador de este programa con información entregada por Matrón Encargado de PAP) Biopsias Enfermero encargado de pabellón de cirugía menor (Evaluar, elaborar informe, implementar estrategia según procedimiento Código DSM-CAL -P14/ Encargado de Calidad del Establecimiento de Salud) |



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

| | |
|-----------------------------------|--|
| | <p>(Calculo del indicador de este programa con información entregada por Enfermero encargado de pabellón de cirugía menor)</p> <ul style="list-style-type: none">• AOC 1 1 Enfermero encargado de procedimiento y/o urgencias (Monitoreo y evaluación de simulacro) / Encargado de Calidad del Establecimiento de Salud (Confección de instrumento de evaluación, Constatación de simulacro y revisión de evaluación realizada)• REG 1 1 Encargado de Calidad del Establecimiento de Salud• EQ 2 1 Responsable institucional del mantenimiento preventivo del equipamiento / Encargado de Calidad del Establecimiento de Salud |
| Objetivo 5 | Entregar respuestas oportunas y eficientes en la resolución de las solicitudes ciudadanas (reclamos), que ingresan al establecimiento de salud por las distintas vías formales. |
| Meta | Responder con solución al 100% de los reclamos dentro de los plazos que la ley establece (15 días hábiles) |
| Actividades | <ul style="list-style-type: none">• El Encargado de la OIRS tipificará las solicitudes ciudadanas realizadas a través del Formulario de Registro de solicitud ciudadana, filtrando los que correspondan a reclamos.• Realizará un memo (Evaluación global de los reclamos DP 1.2) en forma mensual dirigido a encargado de calidad en el cual dentro de lo descrito mencione el resultado del indicador mencionado a continuación. |
| Evaluación de cumplimiento | <ul style="list-style-type: none">• Memo de evaluación global de los reclamos (DP 1 2) |
| Resultado Esperado | Permitir que la ciudadanía acceda e interactúe de manera óptima con el establecimiento de salud, garantizando el derecho a informarse, sugerir, reclamar y recibir por esto una respuesta dentro de los plazos adecuados. |
| Indicador | $\frac{\text{Nº total de reclamos respondidos con solución dentro de los plazos legales establecidos (15 días hábiles)}}{\text{Nº total de reclamos}} \times 100$ |
| Periodicidad | Evaluaciones mensuales (pre informes) Informe de evaluación semestral Informe de evaluación anual |
| Responsable | Encargada de OIRS (ejecución) / Encargado de Calidad del Establecimiento de Salud (monitoreo) |
| Objetivo 6 | Instaurar un sistema de mejora continua a través del análisis de los eventos adversos y centinelas notificados y que son vigilados por el establecimiento de salud. |
| Meta | Realizar el análisis al 100% de las notificaciones recepcionadas por la encargada de calidad según Protocolo eventos adversos y centinela |
| Actividades | <ul style="list-style-type: none">• El encargado de calidad del establecimiento confirma el evento adverso o centinela y genera un informe de análisis y recopilación de resultados (Ver Protocolo de eventos adversos y centinela DSIW-CAL-P-13 en su Anexo 1).• Concretar cita con Director del establecimiento para informar evento ocurrido.• Reunión de Encargado de calidad, encargado de unidad, área o sector donde ocurrió el evento, Director y quien este último |



REPUBLICA DE CHILE
 ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

| | |
|-----------------------------------|--|
| | requiera para realizar el análisis del evento ocurrido. |
| Evaluación de cumplimiento | <ul style="list-style-type: none"> Acta de reunión y firmas de participantes en esta (Encargado de calidad, encargado de unidad, área o sector donde ocurrió el evento, Director y quien este último requiera) |
| Resultado Esperado | Contribuir a la seguridad de la atención mediante el análisis de eventos adversos y eventos centinela potencialmente prevenibles en los usuarios del establecimiento de salud |
| Indicador | $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de eventos adversos y centinelas notificados en el establecimiento que fueron analizados}}{\text{N}^\circ \text{ total de eventos adversos y centinelas notificados en el establecimiento}} \times 100$ |
| Periodicidad | Evaluaciones mensuales (pre informes) Informe de evaluación anual |
| Responsable | Encargado de Calidad del Establecimiento de Salud |

6. REFERENCIAS

- Programa unidad de calidad y seguridad del paciente 2013, Hospital Sotero del Rio
- Programa de calidad Anual 2011, Hospital Padre Hurtado
- Programa de gestión de Calidad 2011-2013, Hospital Dr Juan Noé Crevani
- Plan de Calidad anual 2013, Hospital regional Rancagua
- Plan operativo 2012, Servicio de Salud del Maule
- Norma general técnica N°154 sobre Programa nacional de calidad y seguridad en la atención en salud, 12 de Septiembre del 2013, MINSAL

7. ANEXOS

ANEXO N°1

PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES RESPECTO DEL PROCESO DE ACREDITACION DE CALIDAD (CESFAM IRIS VELIZ H)

| ACTIVIDAD | FRECUENCIA | FECHA PROBABLE | N° PARTICIPANTES | OBSERVACION |
|---|----------------|------------------------------|------------------|----------------------------|
| 1 Reuniones red interna de calidad | 1 c/mes | 3er jueves de cada mes | 20 | A partir de Abril del 2014 |
| 2 Instalación y actualización de protector de pantalla | 2 al año | Marzo Septiembre | | |
| 3 Difusion del proceso de acreditacion | 1 c/mes | | 20 | A partir de Abril del 2014 |
| 4 Boletín Informativo | 5 veces al año | Marzo-Mayo Julio- Septiembre | | A partir de Abril del 2014 |
| 5 Reuniones con unidades | 5 c/mes | 2do viernes del mes | 5 | A partir de Abril del 2014 |
| 6 Ejecución de simulacro de Procedimiento de alerta y organización de la atención de emergencia | 2 anuales | | | |
| 7 Revision de fichas clinicas | 80 mensuales | | | A partir de Abril del 2014 |



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

8. DISTRIBUCION

- Director(a) Establecimiento de Atención Primaria del Desamu
- Coordinador Técnico Administrativo del Establecimiento de Salud
- Encargada de Calidad del Establecimiento
- Encargada de calidad DESAMU
- Encargados de Sector y Unidades
- Todos los funcionarios

9. REGISTRO DE CAMBIOS

| Párrafo que se modifica | Página | Fecha |
|---|------------|--------------|
| Título de Documento Especificación de Establecimiento asistencias al que pertenece el Programa de calidad | 1 | Febrero 2014 |
| Alcances Especificación de Establecimiento asistencias al que pertenece el Programa de calidad | 3 | Febrero 2014 |
| Definiciones Incorporación de termino DESAMU | 4 | Febrero 2014 |
| Modo operativo Inclusión de Política de calidad de establecimiento de salud y las estrategias institucionales para la gestión de calidad | 4 | Febrero 2014 |
| Objetivo asistencia N°1 Se clarifica meta del objetivo asistencial, incorporándose actividades concretas a realizar, disminuyendo los elementos que constatan la evaluación del cumplimiento, se genera solo un indicador atingente al objetivo | 5 | Febrero 2014 |
| Objetivo asistencias N° 2 de Programa de calidad 2013 "Evaluación de situaciones de riesgo de la seguridad que se produce en la atención a usuarios a través de reclamos" Eliminado | ---- | |
| Objetivo asistencia N°2 de Programa de calidad 2014 (N°3 en programa de 2013) Se modifica su finalidad ya que se describe ejecución de reuniones con una red de calidad conformada | 6 | Febrero 2014 |
| Objetivo asistencia N°3 de Programa de calidad 2013 " Demostración de los requisitos para la autorización sanitaria" Eliminado | ----- | |
| Objetivo asistencia N°3 de Programa de calidad 2014 (N°4 en programa de 2013) Se mantiene modificándose Actividades e incorporando indicador | 7, 8 | Febrero 2014 |
| Se agrega Objetivos asistenciales N°4, 5 y 6 | 9,10,11,12 | Marzo 2014 |
| Anexo Incorporación de Programación de Actividades para Difusión de Información respecto al proceso de acreditación en calidad | 13 | Marzo 2014 |



REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

Tendrán presente este Decreto Alcaldicio el Departamento de Salud Municipal y Contraloría Municipal para los trámites administrativos correspondientes

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



FERNANDO NUÑEZ JARAMILLO
ALCALDE(S) DE ARICA



SECRETARIA MUNICIPAL
CARLOS CASTILLO GALLEGUILLOS
SECRETARIO MUNICIPAL

FNJ/CCG/ECM/jsr

Distribución

- Contraloría Municipal
- Secretaria Municipal
- DESAMU
- Archivo