



PERÚ

GOBIERNO REGIONAL
PUNO

DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO

RED DE SALUD
AZANGARO
CALIDAD EN SALUD



“año de la unidad, la paz y el desarrollo”

Azángaro, 04 de Setiembre del 2023

OFICIO N° 1126 -2023-DIRESA- PUNO/REDESS-AZ

SEÑOR : DIRECTOR REGIONAL DE SALUD PUNO
MD.MSP. Ismael Cornejo ROSELLO DIANDERAS

ATENCION : DIRECCION DE CALIDAD EN SALUD

ASUNTO : REMITO RESOLUCION DIRECTORAL DE PLAN DE AUTOEVALUACION DE LA
IPRES- 2941 HOSPITAL "CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDI -AZANGARO
2023

Mediante la presente me dirijo a Ud. para saludarlo cordialmente y a la vez hacer alcance de la Resolución Directoral del plan de autoevaluación del hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Azángaro 2023, a fin de dar cumplimiento a las actividades programadas en el plan anual del sistema de gestión de la calidad en salud y en los indicadores de convenios de gestión en el marco de R.M. 456-2007/MINSA.NORMA TECNICA DE ACREDITACION DE LOS EE.SS. Así mismo adjunto al presente documento en medio virtual y físico.

- R.D. Nro 238 -2023-D-REDESS-AZ/U-RRHH, de Plan de Autoevaluación para la acreditación del Hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" II-1 Azángaro.

En espera de la atención que brinde el presente, aprovecho la oportunidad para renovarles los sentimientos de mi mayor consideración.

Atentamente



M.C. Bernardino Pedro Champi Apaza
C.M.P. 36575 R.N.E. 36869
DIRECTOR
RED DE SALUD AZANGARO

Dirección Regional de Salud Puno
TRAMITE DOCUMENTARIO
08 SEP 2023
 Firma: _____ Hora: _____ Folios: 10
Control de Respuesta

c.c. ARCHIVO
S.G.C.S/dqp



Resolución Directoral

Azángaro, 24 de AOSTO del 2023

Visto el documento adjunto; OFICIO N° 083-2023-G.C.S. HOSPITAL/REDESS-AZ/DIRESA-PUNO, con registro N° 8327.

CONSIDERANDO:

Que, el título Preliminar VI de la Ley N° 26842 Ley de Salud, establece que es responsabilidad del estado promover las condiciones que garantice una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, de conformidad con el inciso b) del artículo 37° del Reglamento de Establecimientos de salud y servicios Médicos de apoyo con Decreto Supremo N° 013-2006-SA, establece que el director médico o el responsable de la atención de salud le corresponde de asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de los procedimientos de la atención de salud;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 456-2006/MINSA, se aprueba la N.T.S. N° 050-MINSA DGSP.V.02, Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, con la finalidad de contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los Establecimientos de Salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA, se aprobó la guía técnica del evaluador para acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, cuya finalidad es estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;

Que, según Resolución Ministerial N° 279-2009/MINSA, se aprobó la guía Técnica de evaluador para la Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, cuya finalidad es estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en dos fases de proceso de acreditación buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;

Que, el Artículo I Y II del título preliminar de la Ley N° 26842 "Ley General de la Salud", señalan que la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que su protección es de interés público por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el Artículo 37° de la Ley en mención establece que los Establecimientos de Salud y los servicios médicos de apoyo, cualquiera sea su naturaleza o modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicta la autoridad de Salud;

Estando a la delegación de funciones y atribuciones establecidos en la Resolución Ejecutiva Regional N° 342-2019-GR PUNO, de fecha 18 de julio del 2019;

Con opinión favorable de la Dirección de la Red de Salud- Azángaro y estando a lo informado por la Unidad de Recursos Humanos;

SE RESUELVE:

ARTICULO 1°. APROBAR, el PLAN DE AUTOEVALUACION 2023, del Hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" del Hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" de la Red de Salud-Azángaro, el mismo que forma parte de la presente Resolución.

ARTICULO 2°.- Transcribir la presente Resolución, a las instancias administrativas pertinentes para su difusión, Asistencia Técnica, Evaluación y Supervisión para su cumplimiento

Regístrese y Comuníquese.

(Fdo.) M.C. Bernardino Pedro, CHAMPI APAZA, Director de la REDESS Azángaro.

Lo que transcribo a Ud, para su conocimiento y demás fines de Ley.

Atentamente.

TRANSCRIBO PARA LOS
FINES PERTINENTES

OGP/MINSA	()
SERUNO / MINSA	()
GRUPO ADOLESC	()
REDESADO	()
MUTUAL () LEGAJO	()
ARCHIVO () AZANGARO	()



MERMA BEJAR
JEFE (R) RECURSOS HUMANOS
RED DE SALUD AZANGARO



PERÚ

GOBIERNO REGIONAL
PUNO

DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO

RED DE SALUD
AZANGARO
CALIDAD EN SALUD



"año de la unidad, la paz y el Desarrollo"

Azángaro 13 de Agosto 2023

OFICIO N° 083 - 2023-G.C.S. HOSP/REDESS-AZ/DIRESA PUNO

SEÑOR : DIRECTOR DE LA RED AZANGARO
MC.BERNARDINO PEDRO CHAMPI APAZA

ATENCIÓN : UNIDAD RECURSOS HUMANOS

ASUNTO : EMITIR RESOLUCION DIRECTORAL DEL PLAN DE AUTOEVALUACION 2023
HOSPITAL CCRV AZANGARO

MINISTERIO DE SALUD
ATENDEMOS PERÚ
RED DE SALUD AZANGARO
HOSPITAL C.C.R.V.
DOCUMENTAL

14 AGO 2023

14 N° Registro:

Firma:

=====

Por medio de la presente me dirijo a Usted para saludarlo y a la vez comunicar que, la oficina de gestión de la calidad en salud de la IPRESS – Hospital “Carlos Comejo Rosello Vizcardo” de Azángaro, para dar cumplimiento a la RM. N° 456-2007/MINSA, NTS. N° 050-MINSA/DGSP-“Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo” donde indica que debe realizarse en forma obligatoria la AUTOEVALUACION actividad programada en el plan de Gestión de la calidad 2023, motivo por lo que se solicita la autorización de su Dirección, a fin de dar cumplimiento a las actividades programadas en aras de garantizar las prestaciones de servicios de salud. Estando seguros de la atención que le prestara a la presente, aprovecho la oportunidad para renovarle los sentimientos de mi mayor consideración

Atentamente

Cc.Arch
Oficina/SGCS-H-AZ

Delia Quispe Parra
Delia Quispe Parra
CER. 14843
ENFERMERA



PERÚ

Gobierno Regional
PUNO

DIRECCIÓN REGIONAL
DE SALUD PUNO

RED DE SALUD
AZANGARO
CALIDAD EN SALUD



"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

HOSPITAL "CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO" AZANGARO

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL "CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO" DE AZÁNGARO



AZANGARO – PUNO – PERU

2023



CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN.....	2
II. JUSTIFICACION	3
III. OBJETIVOS.....	4
OBJETIVO GENERAL.....	4
OBJETIVO ESPECIFICO	4
IV. AMBITO Y ALCANCE.....	4
V. BASE LEGAL.....	5
VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION	7
VIII. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DEL HOSPITAL "CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO" AZANGARO 2023	11
IX. RESPONSABILIDADES	12



HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO" AZANGARO 2023

I. INTRODUCCIÓN

Uno de los objetivos de Políticas de Salud en el Perú es mejorar el acceso de la población a una atención integral de calidad con énfasis en la población más vulnerable; siendo en la actualidad una necesidad de los Servicios de Salud el evidenciar que su desempeño es una variable que permanentemente está evolucionando hacia la mejora continua.

En ese contexto, mejorar la calidad de los servicios de Salud no es una acción del momento, es un proceso permanente, requiere del compromiso total de los agentes que intervienen, siendo esta sostenible en el tiempo.

En ese sentido, el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud aprobado mediante R.M.519-2006/MINSA, establece la Acreditación de los establecimientos de salud como un proceso y pilar importante del componente de la Garantía y Mejoramiento de la calidad, el cual al implementarse contribuirá en mejorar el desempeño, de tal manera que la atención prestada sea lo más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario.

En la actualidad el Ministerio de Salud a través de la Dirección de Calidad en Salud, ha desarrollado una propuesta técnica de acreditación de los servicios de Salud para el Perú, herramienta que permite llevar a cabo la Acreditación de los hospitales del país, comparando el desempeño de la prestación de salud con una serie de estándares óptimos, promoviendo la mejora continua de los procesos, contribuyendo a garantizar la calidad de atención que se presta en los establecimientos de salud.

En ese contexto, nuestro Hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" viene realizando año tras año, con resultados que, si bien muestra un nivel de avance, aun no alcanzamos calificaciones satisfactorias que nos permitan pasar a la siguiente etapa.

El presente plan de trabajo, incluye los aspectos organizativos, la selección y constitución de un equipo de profesionales evaluadores internos(23 integrantes), la ejecución propiamente de la autoevaluación según los criterios y estándares establecidos en la norma, la realización del informe final y la



retroalimentación; planteándose además, entre otros, que el Director y su equipo de Gestión se sensibilicen y apoyen este propósito, la coordinación y comunicación con las instancias superiores del proceso en curso.

II. JUSTIFICACION

La acreditación junto a procesos como la auditoria de la calidad de atención, el mejoramiento continuo de la calidad, la seguridad del paciente, entre otros, permitirán se potencie a efecto de alcanzar los resultados esperados en términos de implementación y en cumplimiento del componente de garantía y mejora de la calidad contenida en el Sistema de gestión de la calidad en salud establecida mediante Resolución Ministerial 519-2006/MINSA

La autoevaluación es inicio de un conjunto de acciones que cursa por el camino del mejoramiento continuo de proceso y se orienta hacia la acreditación de los establecimientos de salud, siendo imprescindible su desarrollo a efectos de diagnosticar las limitaciones o debilidades que permiten alcanzar un establecimiento que cumple con estándares de calidad aceptable

Según el Plan de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Carlos Comejo Rosello Vizcardo" de Azángaro, como órgano encargado de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad, en el componente Acreditación.

En dicho Plan se señala que en el Proceso de Autoevaluación institucional se ha mejorado el puntaje basal de autoevaluación 47% a 60% en el último año de evaluación (2022), para el presente año 2023 se conformó el equipo de evaluadores internos quienes serán capacitados por la unidad de Gestión de la calidad

En la RM. N° 270-2009/MINSA Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de Establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, donde establece que el equipo de evaluadores internos debe elaborar el plan de autoevaluación. El presente plan, responde al cumplimiento de la Norma técnica citada.

Existiendo 03 macro procesos que aprueban (gestión de medicamentos, referencias y contra referencias, atención Quirúrgica) y existiendo 17 macro procesos que no aprueban la autoevaluación las cuales deberán ser superados a través de acciones de mejora en el presente año, a fin de obtener la correspondiente Acreditación.



III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar la primera fase del proceso de acreditación: la Autoevaluación mediante la aplicación de la metodología y criterios establecidos según la norma correspondiente, con la participación del Director y su equipo de Gestión del Hospital Carlos Comejo Rosello Vizcardo Azángaro 2023.

OBJETIVO ESPECIFICO

- ✓ Constituir los grupos y responsables para las actividades que darán inicio a la autoevaluación en función a la normatividad
- ✓ Lograr que la Dirección y Jefes de servicios, Oficinas, unidades se sensibilicen y colabore con el proceso de autoevaluación.
- ✓ Ejecutar la autoevaluación según los criterios y estándares establecidos en la Norma
- ✓ Contribuir con las Unidades Orgánicas en la identificación de los problemas y necesidad que conlleva a la elaboración de proyectos de Mejora
- ✓ Concluir con la elaboración del informe Final y remitir a las Instancias correspondientes
- ✓ Fortalecer competencias de Evaluadores Internos para la Acreditación de la Institución según las normas técnicas del MINSA
- ✓ Desarrollar el Proceso de Autoevaluación para la acreditación de establecimientos de salud
- ✓ Desarrollar las acciones de mejora según los resultados de la Autoevaluación para el cumplimiento de los estándares de acreditación, que permitan lograr la acreditación institucional

AMBITO Y ALCANCE

El presente Plan tiene alcance sobre los servicios asistenciales y administrativos del Hospital "Carlos Comejo Rosello Vizcardo" de Azángaro



V. BASE LEGAL

- Ley 26642 Ley General de Salud
- Ley. 27657 ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1116, que aprueba la ley de Organización y Funciones del Ministerio de salud
- Decreto Legislativo N° 1158 que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprueba el "reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de apoyo"
- Decreto Supremo N° 008-2014-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud
- Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA que aprueba el "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud.
- R.M. N° 616-2003-SA/DM que aprueba el modelo de reglamento de organización y Funciones de los hospitales.
- Resolución Ministerial N° 519-2006 que aprobó el Sistema de Gestión de la Calidad en salud.
- Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V-02 de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- Resolución Directoral N°135-2023-D-REDESS-AZ/U-RRHH, que aprueba conformación del Equipo de Acreditación del Hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" II-1 Azángaro
- Resolución Directoral N°136-2023-D-REDESS-AZ/U-RRHH, que aprueba conformación del Equipo de Evaluadores Internos del Hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" II-1 Azángaro



VI. METODOLOGÍA DE LA AUTOEVALUACIÓN

La autoevaluación será llevada a cabo por el equipo de evaluadores internos para lo cual harán uso del listado de estándares de acreditación correspondiente al nivel II-1, contando con la participación activa del Director, jefaturas, coordinadores y responsables de las unidades, servicios como evaluados y consecutivos implementando procesos y proyectos de mejora

Las Técnicas a usar por el equipo de evaluación serán:

- Verificación de documentos
- Observación directa de los procesos
- Entrevistas
- Encuestas
- Auditorías de registros médicos

Instrumento a utilizarse

El instrumento que se empleará durante la autoevaluación será el listado de estándares de acreditación, el cual contiene los estándares, atributos relacionados, referencias normativas y criterios de evaluación que consta de 20 macro procesos.

Proceso de ejecución

La metodología de trabajo del día a día en el periodo de la ejecución de la autoevaluación será la siguiente:

- Visita de las instalaciones por el equipo evaluador.
- Despliegue de las técnicas de evaluación.
- La evaluación se realiza mediante la visita a los diferentes servicios verificando los estándares señalados.
- El proceso de ejecución de la autoevaluación se hará con la presencia de los jefes de departamentos y oficinas o persona a quien delegue la responsabilidad de atender a los evaluadores internos para el sustento de cada criterio a evaluarse.
- Cada equipo de evaluadores internos al término del día de la evaluación se reunirá para revisar los estándares evaluados a fin de encontrar puntos de retroalimentación en conjunto.



- El equipo de acreditación y el evaluador líder será el responsable del monitoreo, supervisión del proceso de la ejecución de la autoevaluación.
- Con respecto al procesamiento de datos, análisis de resultados y elaboración del Informe preliminar estará a cargo de evaluador líder y equipo de acreditación.
- La revisión y corrección de informe preliminar será en conjunto con todos los evaluadores internos.
- Finalmente, el Equipo de Acreditación hará la presentación de los resultados ante autoridades del Hospital "Carlos comejo Rosello Vizcardo" Azángaro.

VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION

1.- Constituir los grupos y responsable para las actividades que darán inicio a la autoevaluación en función a la normatividad.

Una vez constituido el equipo de evaluadores internos se llevará la reunión en agosto 2023 que dará inicio al desarrollo y ejecución del presente plan, debiéndose previamente revisar información del trabajo realizado el año anterior sobre cuya experiencia se propone la conformación de 4 grupos con la designación de los líderes y responsables para los macro procesos.

De forma complementaria cada equipo se organizará internamente para el cumplimiento de las actividades. Lo que dará inicio al proceso de la autoevaluación los equipos antes mencionados deberán disponer del tiempo necesario para cumplir con los objetivos ya establecidos y remitirán sus informes a la Lic. Enf. Delia Quispe Parra, encargada del proceso de acreditación en la Unidad de Gestión de la Calidad, quien a su vez consolidará la información y en última reunión con los evaluadores internos emitirá en informe final

2.-Lograr que la Dirección y los jefes de servicio, oficinas, y unidades se sensibilicen y colaboren con el proceso de autoevaluación.

Se formularán estrategias de comunicación orientadas a sensibilizar y acoger la colaboración de los jefes, coordinadores y trabajadores en general en el proceso de autoevaluación y acreditación institucional. Para lo cual se realizará la presentación del plan en reunión del Equipo de Acreditación,



3.-Ejecutar la autoevaluación según los criterios y estándares establecidos en la Norma

Establecer el cronograma de actividades se procederá a la revisión de la normatividad a ser aplicada en el proceso de autoevaluación por cada uno de los integrantes, de forma complementaria se realizará la organización de tareas y metas por los responsables de equipos, para proceder al desarrollo de la autoevaluación acorde al cronograma establecido.

4.- Contribuir con las unidades orgánicas en la identificación de los problemas y necesidades que conllevan a la elaboración de proyectos de mejora.

Los evaluadores internos dejarán evidencias de las observaciones identificadas según MACROPROCESO evaluado que puedan contribuir en la elaboración de proyectos de mejora continua en las áreas correspondientes.

5.- Concluir con la elaboración del informe Final y remitir a las instancias correspondientes.

Como paso final es la elaboración de los informes de cada equipo evaluador y remisión al Equipo de Redacción que se encargara de la consolidación de los resultados y redactara el informe final que debe ser elevado a la Dirección y niveles correspondientes. Finalmente se procederá a la retroalimentación a las jefaturas, coordinación y trabajadores en general



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL "CCRV" AZANGARO 2023 -B

Responsable por Sub Equipo	macroprocesos	Equipos de Evaluadores Internos	OCTUBRE														Responsable(s) Evaluado (s)											
			2	3	4	5	6	9	10	11	12	13	16	17	18	19		20	23	24	25	26						
1 LIC DELIA	Direccionamiento	Cpc. Richard Alvarado		mañana						mañana					mañana											Obst. Yessenia Silva		
	Gestión de recursos humanos	Mg. Jose F. Alarcon			mañana							mañana															Ing. Nicolas Merino	
	Gestión de la calidad	Lic. Enf. Patricia Aliaga													mañana												Lic. Enf. Della Quispe P.	
	Manejo del riesgo de atención	Lic. Jessica Lipa		mañana						mañana																	Lic. Enf. Zulema Choquehuanca	
	Emergencias y desastres	Lic. Della Choquehuanca		mañana																							Lic. Enf. Ulrike Chafia	
	Control de la gestión y prestación	Mc. Eymar Enriquez			mañana								mañana														Obst. Yessenia Silva	
	Atención ambulatoria	Obst. Yessenia Silva		mañana										mañana													Mc. Alex Chafi	
	Atención extramural																											
	Atención de hospitalización	Obst. Eva M. Pari			mañana																							Lic. Enf. Roxana Choquehuambo
	Atención de emergencias	Obst. Dina Cordova				mañana																						Mc. Victor Jauregui
2 MC SEBASTIAN RAMOS	Atención quirúrgica	Mc. Jorge Laura		mañana																								
	Apoyo al diagnóstico y tratamiento	Mc. Sebastian Ramos				mañana																					Mc. Eymar Enriquez	
	Admisión y alta	Mc. Fernando Leon			mañana																						Bloq. Guido Machaca	
	Referencia y contrarreferencia	Obst. Yessenia Silva																									Tap. Julio Salas	
	Gestión de medicamentos	Mc. Sebastian Ramos																									Obst. Dina Cordova	
	Gestión de la información	Mc. Roxana Valencia																									Dr. Thalia Chaculla	
	Esterilización, lavandería y limpieza	Lic. Enf. Ana M. Gomez																									Ing. Blasirio Barique	
	Manejo del riesgo social	Psig. Claudia Peralta																									Lic. rIF. Yaelin Palza	
	Manejo de nutrición de pacientes	Lic. Enf. Jessica Lipa																									Lic. Ts. Gladis Blanco	
	Gestión de insumos y materiales	Mc. Roxana Valencia																									Lic. Noemi Mercado	
LIC. ZULEMA CHOQUE HUANCA	Gestión de equipos e infraestructura	Lic. Enf. Della Choquehuanca																									Cpc. Nichelle Alzos	
																											Ing. Ovidio Torres	

Lider del Equipo de Evaluadores OBST. YESSSENIA HENNY SILVA CONTRERAS



"CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN - DEL HOSPITAL "CCRV" AZANGARO - 2023 A

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	JUNIO-AGOSTO						OCTUBRE							NOV								
		2	3	4	5	6	9	10	11	12	13	16	17	18	19	20	23	24	25	26	4	5	6
Reuniones del equipo evaluador para elaboración del Plan y designación de evaluador líder	LIC. DELIA QUISEPÉ PARRA																						
Designación de responsables por cada macroproceso	LIC. DELIA QUISEPÉ PARRA																						
Presentación del Plan a la Dirección	LIC. DELIA QUISEPÉ PARRA																						
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del Listado de Estándares de Acreditación	LIC. DELIA QUISEPÉ PARRA																						
Presentación del Plan a Jefes de servicio personal	LIC. DELIA QUISEPÉ PARRA																						
Macroprocesos																							
Direccionamiento																							
Gestión de recursos humanos																							
Gestión de la calidad	LIC. DELIA QUISEPÉ PARRA																						
Manejo del riesgo de atención																							
Emergencias y desastres																							
Control de la gestión y prestación																							
Atención ambulatoria																							
Atención extramural																							
Atención de hospitalización																							
Atención de emergencias																							
Docencia e investigación																							
Atención quirúrgica																							
Apoyo al diagnóstico y tratamiento																							
Admisión y alta																							
Referencia y contrareferencia																							
Gestión de medicamentos																							
Gestión de la información																							
Estilización, lavandería y limpieza																							
Manejo del riesgo social																							
Manejo de nutrición de pacientes																							
Gestión de insumos y materiales																							
Gestión de equipos e infraestructura																							
Procesamiento de datos	ING. BLADIMIRO BENOQUE																						
Análisis de resultados	ING. BLADIMIRO BENOQUE																						
Elaboración del informe preliminar	LIC. DELIA QUISEPÉ PARRA																						
Presentación del informe preliminar	LIC. DELIA QUISEPÉ PARRA																						
Revisión y corrección del informe	LIC. DELIA QUISEPÉ PARRA																						
Entrega del informe técnico	LIC. DELIA QUISEPÉ PARRA																						

Lider del Equipo de Evaluadores: OBST. YESSSENIA HENNY SILVA CONTRERAS



VIII. EQUIPO DE EVALUADORES

El Hospital Azángaro en cumplimiento de la normativa vigente sobre el proceso de acreditación, realizó la convocatoria de evaluadores internos 2023.

A sí mismo el equipo de evaluadores internos realiza la elección del evaluador líder, siendo la Obst. YESSENIA HENNY SILVA CONTRERAS la Directora del hospital conforme en el acta de reunión equipo de autoevaluación N° 003-2023 OGC-Azángaro en día 16 agosto del 2023 a las 16:50 horas.

En ese sentido los integrantes de evaluador interno del hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" Azángaro 2023 se aprobó conforme a la resolución directoral N° 136-D-REDESS-AZ/U-RRHH aprobado el 12 junio del 2023.

1.- Lic. Enf. Delia Concepción, CHOQUEHUANCA CALCINA	Coordinadora Gestión Calidad Red
2.- CPC .Richard, AÑAMURO QUISPE	Administrador de la Red
3.- MG .José Francisco ALARCON JUSTO	Jefe de la unidad secretaria Técnica
4.- M.C. LUCIO MANDAMIENTO PEREZ	Jefa de la Unidad de salud de las personas
5- Lic. Enf. Patricia Gasdali, ALIAGA QUISPE	Coordinadora de Servicios de Salud
6.- MC. Dianna de la Flor, VILCA COTACALLAPA	Médico del servicio Salud Ocupacional
7.- Lic .Enf. Jessica iveth, LIPA GOMEZ	Representante de CSST
8.- Obst. Eva Margarita, PARI LOPEZ	Jefatura de Obstetricia
9.- Lic: Enf. Delia, QUISPE PARRA	Responsable Gestión Calidad Hospital
10.- M.C. Eyner Galeli, ENRIQUEZ BARRIALES	Jefe de servicio Centro Quirúrgico
11.- Lic. Enf. Daysi Jennifer ,HUANCA MAMANI	Responsable de Atención del Recién Nacido red
12.- OBST. Yessenia Henny, SILVA CONTRERAS	Directora de Hospital Azángaro
13.- Lic.Enf. Zulema, CHOQUEHUANCA MACEDO	Jefatura de Enfermería
14.- MC. Víctor JAUREGUI HUAYAPA	Jefe de servicio Medicina
15.- Obst. Dina, CORDOVA GOMEZ	Responsable de Referencia y Contra referencia
16.- MC. Jorge Augusto, LAURA CHURA	Jefe de Servicio Cirugía
17.- M.C. Sebastián RAMOS LUPACA	Representante del cuerpo Medico
18.- M.C. Fernando LEON HANCO	Medico Auditor Hospital
19.- Lic. Enf. Elizabeth MOROCCO FERNANDEZ	Responsable PAUS
20.- M.V.Z. Abraham, CRUZ MOLINA	Responsable de Salud Ocupacional
21.- LIC. ENF. Ana Marleny, GUTIERREZ ACROTA	Representante de la unidad Epidemiologia
22.- Psc. Claudia Smith PERALTA HUARACALLO	Responsable del servicio Psicología



IX. RESPONSABILIDAD:

- La Dirección Ejecutiva en conjunto con la Unidad de Gestión de la Calidad son los responsables de liderar el cumplimiento del presente plan en el año.
- Los órganos, unidades orgánicas y servicios son los encargados de facilitar la información solicitada por el Equipo de autoevaluación.



Delia Quispe Pariza
Delia Quispe Pariza
CEP 35843
ENFERMERA