



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección Regional de Salud Puno

Red de Salud San Román  
Hospital Carlos Monge Medrano



59

"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

Juliaca, 16 de diciembre de 2024

OFICIO N° 2590 - 2024-DIRESA-PUNO/RED SAN ROMAN/UE-403/DE

Señor:

M.C. Jean Paúl Guillermo Valencia Reynoso  
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD PUNO



PUNO. -

**Asunto** : Remite informe técnico final sobre Autoevaluación 2024 Acción 4 (criterio 4)  
**Atención** : Dirección de Calidad en Salud – DIRESA Puno

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y en relación al cumplimiento del Compromiso de Mejora – Ficha N° 44 "Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de Calidad en la atención de salud" del Convenio de Gestión 2024

Adjunto al presente documentos que acredite el cumplimiento de la Acción 4 (criterio 4) de los siguientes:

**HOSPITAL NIVEL II DE ATENCION (con y sin población asignada)**

- Informe final sobre Autoevaluación 2024 del Hospital "Carlos Monge Medrano." Folios 96, los que se le han hecho llegar con anterioridad.

**RED DE SALUD**

- Informe final consolidado sobre Autoevaluación 2024 del primer nivel de atención de la Red de San Román (consolidado en matriz prestablecido por la UFGCS/MINSA). Folios:

Así mismo se envía remite al correo [calidad@diresapuno.gob.pe](mailto:calidad@diresapuno.gob.pe) los links de acceso a los reportes Excel

Sin otro particular, es ocasión de renovar mis consideraciones de estima personal.

GJB  
Archivo  
C.c.



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
RED DE SALUD SAN ROMÁN

Dr. José Luis Mejía Quiroz  
CMP 32310 RNE 23858  
DIRECTOR EJECUTIVO



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección Regional de Salud Puno

Red de Salud San Román Hospital Carlos Monge Medrano



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Juliaca, 29 de Noviembre del 2024.

OFICIO N° 541 -2024- DIRESA-PUNO/RSSR-HCMM/D

SEÑOR:  
Med. Jean Paul Valencia Reinoso  
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD  
PUNO

ATENCIÓN: UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

PRESENTE. -

ASUNTO: REMITO INFORME TÉCNICO FINAL DE AUTOEVALUACIÓN 2024.

Por intermedio del presente tengo a bien dirigirme a usted para saludarlo muy cordialmente y a la vez remitir a su coordinación el Informe Técnico Final de Autoevaluación del Hospital Carlos Monge Medrano del año 2024, como parte del desarrollo de las actividades programadas en la Unidad de Gestión de la Calidad, y en cumplimiento de los criterios de evaluación en la ficha N° 44 de Convenios de Gestión en el presente año. Se adjunta reporte de resultados del Aplicativo para la Acreditación.

Agradecido por la atención que merezca la presente, expreso a ud. Mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
RED DE SALUD SAN ROMÁN

M.C. José W. Mamani Vilca  
C.M.P. 52566  
DIRECTOR  
HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO"





GOBIERNO REGIONAL PUNO

Dirección Regional de Salud Puno

Red de Salud San Román



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Juliaca, 27 de Noviembre del 2024.

CARTA N° 0112 - 2024-DIRESA-PUNO-RSSR-H.C.M.M/GC

SEÑOR:  
Dr. José W. Mamani Vilca  
DIRECTOR DEL HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO

PRESENTE.-

ASUNTO: Remito Informe Técnico Final de Autoevaluación 2024.

Por intermedio del presente tengo a bien dirigirme a usted para saludarlo muy cordialmente y al mismo tiempo remitir el Informe Técnico Final de Autoevaluación del año 2024, en cumplimiento de la primera fase del proceso de Acreditación de nuestra institución, el cual contribuirá a la mejora de la calidad de atención del paciente atendido en el Hospital Carlos Monge Medrano.

Agradeciendo la atención que merezca la presente, aprovecho la oportunidad para renovar las consideraciones más distinguidas a su persona.

Atentamente,



HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO  
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
Walter Santa Cruz Cadenas  
ODONTÓLOGO AUDITOR  
RMAO 025 - COP 16823

24250







**INFORME TECNICO  
FINAL DE  
AUTOEVALUACIÓN  
DEL HOSPITAL CARLOS  
MONGE MEDRANO  
AÑO - 2024**



INDICE

|       |                                 |    |
|-------|---------------------------------|----|
| I.    | Presentación .....              | 3  |
| II.   | Objetivos .....                 | 4  |
| III.  | Alcance .....                   | 4  |
| IV.   | Metodología de evaluación ..... | 4  |
| V.    | Equipo de evaluador .....       | 6  |
| VI.   | Cumplimiento del Plan .....     | 7  |
| VII.  | Observaciones.....              | 9  |
| VIII. | Puntaje alcanzado .....         | 10 |
| IX.   | Recomendaciones .....           | 12 |
| X.    | Anexos .....                    | 12 |



## I. PRESENTACION

El Hospital CARLOS MONGE MEDRANO alineado a la responsabilidad como institución de brindar servicios de calidad y enmarcados en las disposiciones del MINSA como ejercicio pleno de su autonomía, reconoce la importancia de ser parte del proceso que nos llevará a la Acreditación, realizando la primera fase que es la Autoevaluación.

El proceso de ésta primera fase atiende a la normativa de "Acreditación de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo" y la R. M. N° 270-2009/MINSA que aprueba la Guía técnica del Evaluador para la Acreditación de los establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo, con acciones que marcan las pautas para el logro de los objetivos planteados en el Plan de Autoevaluación 2024 en el que se encuentra a detalle las actividades que se han llevado a cabo en el Hospital CARLOS MONGE MEDRANO re categorizado recientemente como nivel II-2.

En base a las orientaciones establecidas en la guía técnica, la asistencia técnica recibida de las instancias como la DIRESA Puno y el MINSA; se trabajó con el Equipo de Autoevaluación para el desarrollo de las actividades y aplicación de los instrumentos comprendidos para ésta finalidad, que contempla tanto la estructura, como el funcionamiento, considerando pautas sobre el trabajo realizado y sus resultados, estableciéndose como un proceso dinámico y que califica la totalidad del establecimiento, y el resultado es ser o no acreditado, lo que constituye una garantía de confiabilidad; el resultado o producto final es evidenciar el nivel de cumplimiento de los estándares, mejorando en la prestación de servicios especializados de salud en Consulta Externa, Emergencias y Hospitalización y así también la calidad de los diferentes procesos en la IPRESS, basados en el conocimiento, la importancia del factor humano y fortaleciendo sus capacidades, en forma continua.

Es en ese sentido que se elabora el presente Informe Técnico Final de Autoevaluación, donde se da a conocer la ejecución de las evaluaciones programadas en cada servicio y/o Área, según estándares definidos en el



marco normativo, el cual señala la obligación de informar sobre las actividades realizadas y la situación institucional encontrada, a la vez que se muestra la metodología, observaciones, puntaje alcanzado y las recomendaciones planteadas a las diversas instancias evaluadas y anexos correspondientes.

## II. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo General:

Mejorar continuamente la calidad de los servicios de salud que brinda nuestra institución por medio de la verificación del cumplimiento de los estándares establecidos, aplicado tanto a los recursos humanos como tecnológicos, y considerar las recomendaciones para continuar con el desarrollo de una cultura de calidad, sensible a las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

## III. ALCANCE

El proceso de Autoevaluación tuvo alcance a todas las unidades orgánicas y funcionales que conforman el Hospital CARLOS MONGE MEDRANO, abordándose los macro procesos gerenciales, prestacionales y de apoyo según normativa establecida.

## IV. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

La autoevaluación fue llevada a cabo siguiendo los pasos recomendados en la Guía Técnica, tomando en cuenta el marco normativo.

La metodología desarrollada comprendió el uso del instrumento "Listado de Estándares de Acreditación" correspondiente al nivel II-2.

Se utilizaron diversas técnicas de evaluación, las cuales permitieron evidenciar y calificar los criterios de la lista de estándares de acreditación: Verificación y/o revisión de documentos, Observación, Entrevista, Encuestas y Auditoría.

Los siguientes constituyen los macroprocesos, estándares y criterios que se evaluaron en el Hospital Carlos Monge Medrano, los cuales son 22 macroprocesos para el nivel II-2 (excluyendo el macroproceso N° 8 por no corresponder), consta de criterios de estructura (36%), de proceso (45%) y de resultado (19%):



RESUMEN DE ESTANDARES Y CRITERIOS DE EVALUACION Y ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

| Macroproceso  | Estándares | Criterios de Evaluación |
|---|------------|-------------------------|
| 1. Dirección General                                  | 2          | 11                      |
| 2. Gestión de recursos humanos                        | 4          | 11                      |
| 3. Gestión de la calidad                              | 3          | 22                      |
| 4. Manejo del riesgo de atención                      | 8          | 50                      |
| 5. Emergencias y desastres                            | 3          | 21                      |
| 6. Control de la gestión y prestación                 | 2          | 15                      |
| 7. Atención ambulatoria                               | 4          | 17                      |
| 8. Atención hospitalaria                              | 4          | 13                      |
| 9. Atención de hospitalización                        | 7          | 32                      |
| 10. Atención de emergencias                           | 3          | 14                      |
| 11. Atención quirúrgica                               | 4          | 24                      |
| 12. Docencia e investigación                          | 2          | 15                      |
| 13. Apoyo diagnóstico y laboratorio                   | 3          | 11                      |
| 14. Atención y sala                                   | 4          | 15                      |
| 15. Recursos y mantenimiento                          | 4          | 13                      |
| 16. Gestión de medicamentos                           | 3          | 15                      |
| 17. Gestión de la infraestructura                     | 3          | 14                      |
| 18. Docencia, formación, capacitación y actualización | 4          | 17                      |
| 19. Manejo del riesgo social                          | 2          | 6                       |
| 20. Manejo de atención de pacientes                   | 2          | 10                      |
| 21. Gestión de insumos y materiales                   | 2          | 8                       |
| 22. Gestión de equipos e infraestructura              | 2          | 12                      |
| <b>Total</b>  | <b>75</b>  | <b>361</b>              |

**4.1 La Organización de los Evaluadores Internos:**

Se realizó la comunicación respectiva de inicio de la autoevaluación por medio de la dirección de la IPRESS a los diferentes servicios y áreas a evaluar, con la previa capacitación de los evaluadores internos aprobado con resolución directoral.

También se envió en forma oportuna y se instó en reiteradas oportunidades a leer y revisar el anexo 8 a los diferentes jefes de los servicios y áreas según macroproceso para que tengan conocimiento de los documentos que se soliciten y a su vez que estén al alcance del equipo de evaluadores en el momento requerido.

**4.2 Interacción con los responsables de las UPSS:**

El equipo de Evaluadores Internos se organizó con cada sub Equipo para luego reunirse con los jefes de servicios y áreas, estableciendo fechas para la evaluación en la UPS respectivamente. El día de la Evaluación se hizo uso del





Instrumento establecido según normativa, a la vez llenando los anexos N° 2 y N° 4 y elaborando un acta de reunión con los presentes. Así mismo se hizo la recopilación y revisión de lo evaluado según referencia normativa.

#### V. EQUIPO EVALUADOR

Tomando en cuenta la experiencia de años anteriores, se seleccionó a un grupo de profesionales según el perfil requerido.

Inicialmente el Equipo de Evaluadores Internos se estableció en el mes de Junio, el cual se oficializó mediante Resolución Directoral N° 244-2024-DE-RED-S-SR/URH del 22 de Mayo del 2024, quedando de la siguiente manera:

##### EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

- M.C. José Wilfredo Mamani  
Director (Evaluador líder)
- C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas  
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
- Lic. Glenys Mariela Ito Ruelas  
Coordinadora de Convenios de Gestión
- Lic. Enf. Saida Yanide Calderón Castillo  
Jefe del Departamento de Enfermería
- Obsta. María del Carmen Mita Barrionuevo  
Jefe del Servicio de Obstetricia
- M.C. Iván Alfredo Ramírez Meléndez  
Médico Auditor

Para el segundo semestre del año por cuestiones organizacionales se agrega a un miembro al equipo de trabajo, siendo éste Auditor Médico, el cual es parte conformante del equipo de Evaluadores Internos, por lo que se hizo la modificación del equipo evaluador, quedando de la siguiente manera:

##### EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

- M.C. José Wilfredo Mamani  
Director (Evaluador líder)
- C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas  
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
- Lic. Glenys Mariela Ito Ruelas  
Coordinadora de Convenios de Gestión



- Lic. Enf. Saida Yanide Calderón Castillo  
Jefe del Departamento de Enfermería
- Obsta. María del Carmen Mita Barrionuevo  
Jefe del Servicio de Obstetricia
- M.C. Iván Alfredo Ramírez Meléndez  
Médico Auditor
- M.C. Lucero A. Ramos Pasaca  
Médico Auditor

## VI. CUMPLIMIENTO DEL PLAN

El Proceso de autoevaluación abarcó los puntos o pasos señalados en la Guía Técnica del Evaluador, aunque no fueron totalmente secuenciales.

La dirección del cumplimiento de la Autoevaluación fue liderada por el Equipo de Evaluadores Internos en coordinación con la oficina de Gestión de la Calidad contando con la participación activa del director, jefes, coordinadores y responsables de los diferentes servicios y áreas.

La autoevaluación propiamente se realizó del 01 al 31 de octubre del 2024 respectivamente.

Las acciones desarrolladas se ejecutaron según lo establecido en el Plan de Autoevaluación del Hospital Carlos Monge Medrano del año 2024 y específicamente se encuentra detallado en los cronogramas de actividades para la autoevaluación A y B, que a continuación se muestra.



Cronograma de actividades para la Autoevaluación A

| ACTIVIDAD  | UNIDAD DE MEDIDA                    | RESPONSABLE   | MESES      |           |            |            |              |                 |              |                |               |   |   |  |
|--|-------------------------------------|---|------------|-----------|------------|------------|--------------|-----------------|--------------|----------------|---------------|---|---|--|
|  |                                     |   | ABRIL 2024 | MAYO 2024 | JUNIO 2024 | JULIO 2024 | AUGUSTO 2024 | SEPTIEMBRE 2024 | OCTUBRE 2024 | NOVIEMBRE 2024 | DECEMBRE 2024 |   |   |  |
| Reunión para la conformación del Equipo de Acreditación y Autoevaluación.                                | Acta de Reunión                     | Unidad de Gestión de la Calidad                           | X          |           |            |            |              |                 |              |                |               |   |   |  |
| Conformación del Equipo de Acreditación y Equipos de Evaluadores Internos.                               | Acta Resolutive                     | Oficina de Gestión de la Calidad                          |            | X         |            |            |              |                 |              |                |               |   |   |  |
| Difusión del Equipo de Acreditación y Equipos de Evaluadores Internos.                                   | Publicación en la Web Institucional | Oficina de Gestión de la Calidad                          |            | X         |            |            |              |                 |              |                |               |   |   |  |
| Reuniones del equipo evaluador para la elaboración del plan y designación del evaluador líder.           | Acta de Reunión                     | Oficina de Gestión de la Calidad                          |            |           | X          |            |              |                 |              |                |               |   |   |  |
| Designación de responsables por cada macroproceso.   | Acta de Reunión                     | Equipo de Evaluadores Internos                            |            |           | X          |            |              |                 |              |                |               |   |   |  |
| Elaboración del plan de Autoevaluación del año 2023.   | Acta Resolutive                     | Equipo de Acreditación y Oficina de Gestión de la Calidad |            |           |            | X          |              |                 |              |                |               |   |   |  |
| Presentación del plan a la dirección.  | Acta de Reunión                     | Oficina de Gestión de la Calidad                          |            |           |            | X          |              |                 |              |                |               |   |   |  |
| Aprobación del Plan de Autoevaluación con Resolución Directoral.   | Acta Resolutive                     | Oficina de Gestión de la Calidad                          |            |           |            | X          |              |                 |              |                |               |   |   |  |
| Difusión del plan de Autoevaluación del año 2023.  | Publicación en la Web Institucional | Oficina de Gestión de la Calidad                          |            |           |            | X          |              |                 |              |                |               |   |   |  |
| Reuniones de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del listado de evaluadores de Acreditación. | Acta de Reunión                     | Equipo de Acreditación y Oficina de Gestión de la Calidad |            |           |            | X          |              |                 |              |                |               |   |   |  |
| Inicio de Autoevaluación   | Documento Oficial de Comunicación   | Dirección y Oficina de Gestión de la Calidad              |            |           |            |            | X            |                 |              |                |               |   |   |  |
| Desarrollo del Proceso de Autoevaluación   | Hojas de Registro                   | Equipo de Evaluadores Internos                            |            |           |            |            |              | X               |              |                |               |   |   |  |
| Procesamiento de datos   | Sistema de Información              | Oficina de Gestión de la Calidad                          |            |           |            |            |              |                 | X            |                |               |   |   |  |
| Análisis de resultados   | Acta de Reunión                     | Equipo de Acreditación y Oficina de Gestión de la Calidad |            |           |            |            |              |                 |              | X              |               |   |   |  |
| Socialización de los resultados  | Equipo de Acreditación              | Informe   |            |           |            |            |              |                 |              |                | X             |   |   |  |
| Informe Técnico Final de Autoevaluación  | Informe                             | Comité de Autoevaluación                                  |            |           |            |            |              |                 |              |                |               | X |   |  |
|  |                                     |   |            |           |            |            |              |                 |              |                |               |   | X |  |

Líder del Equipo de Evaluadores: M.C. José Meneses Vilca



Cronograma de actividades para la Autoevaluación B

| Responsable por Sub Equipo                              | MACROPROCESOS   | Equipos de Evaluadores Internos  | OCTUBRE 2024 |         |         |         |
|---|---|--|--------------|---------|---------|---------|
|   |   |  | 1ra sem      | 2da sem | 3ra sem | 4ta sem |
| C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas                         | Direccionamiento  | <ul style="list-style-type: none"> <li>M.C. José Wilfredo Mamani</li> <li>C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas</li> <li>Lic. Grisys Mariela Ito Ruelas</li> <li>Lic. Enf. Saida Yanide Calderón Castillo</li> <li>Obsta. María del Carmen Mita Barrionuevo</li> <li>M.C. Iván Alfredo Ramírez Meléndez</li> </ul> | x            |         |         |         |
|   | Gestión de Recursos Humanos                               |  | x            |         |         |         |
|   | Gestión de la Calidad                                     |  | x            |         |         |         |
|   | Manejo del Riesgo de Atención Emergencias y Desastres     |  | x            |         |         |         |
| M.C. Iván A. Ramírez Meléndez                           | Control de la Gestión y Prestación                        |  |              | x       |         |         |
|   | Atención Ambulatoria                                      |  |              | x       |         |         |
|   | Atención Extramural                                       |  |              | x       |         |         |
|   | Atención de Hospitalización                               |  |              | x       |         |         |
| Lic. Grisys Mariela Ito Ruelas                          | Atención de Emergencias                                   |  |              | x       |         |         |
|   | Atención Quirúrgica                                       |  |              |         |         |         |
|   | Docencia e Investigación                                  |  |              |         | x       |         |
|   | Apoyo Diagnóstico y Tratamiento                           |  |              |         | x       |         |
| Lic. Enf. Saida Y. Calderón Castillo                    | Admisión y Alta   |  |              | x       |         |         |
|   | Referencia y Contrareferencia                             |  |              | x       |         |         |
|   | Gestión de Medicamentos                                   |  |              | x       |         |         |
|   | Gestión de la Información                                 |  |              | x       |         |         |
| Obsta. María del Carmen Mita Barrionuevo                | Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización |  |              |         | x       |         |
|   | Manejo de Riesgo Social                                   |  |              |         | x       |         |
|   | Manejo de Nutrición de Pacientes                          |  |              |         | x       |         |
|   | Gestión de Insumos y Materiales                           |  |              |         | x       |         |
| Lider del Equipo de Evaluadores: M. C. José Mamani Viza | Gestión de Equipos e Infraestructura                      |  |              |         | x       |         |
|   |   |  |              |         | x       |         |

VII. OBSERVACIONES

- El equipo de Evaluadores Internos tuvo cierta dificultad para desarrollar el cronograma de visitas por las diferentes tareas propias de cada servicio, debido a imprevistos que se suscitaron en las fechas establecidas.
- Algunas fechas coordinadas tuvieron que ser reprogramadas por presentarse situaciones de emergencia, pero luego se llevaron a cabo con normalidad.
- El proceso de autoevaluación fue abordado como una tarea temporal, en que el equipo de evaluadores internos tuvo participación fuerte en el mes de la ejecución de campo, las cuales fueron guiadas por los líderes de grupo.
- El levantamiento de las "Observaciones y Recomendaciones" entregadas a los jefes





aún está en pendiente a su cumplimiento, según plazos establecidos en las actas.

- Las observaciones desprendidas de la evaluación, por macroprocesos y según criterio, se encuentra detalladas en las actas, las cuales se adjuntan en ANEXOS.

### VIII. PUNTAJE ALCANZADO

Al haberse concluido la evaluación el puntaje total alcanzado es de 81.74%, habiendo un incremento del 5% en relación al puntaje alcanzado el año anterior, cuyos detalles se aprecian en el cuadro extraído del aplicativo de acreditación del MINSA.

A continuación, se muestra el puntaje general alcanzado:

#### RESULTADOS POR CATEGORIA

| Cod Categ    | Categoría  | Puntaje | Porcentaje    |
|--------------|------------|---------|---------------|
| GER          | GERENCIA   | 163.60  | 73.70%        |
| PRE          | PRESTACION | 228.19  | 89.94%        |
| APO          | APOYO      | 126.68  | 79.89%        |
| <b>TOTAL</b> |            |         | <b>81.74%</b> |

En la tabla se puede observar claramente que la categoría de PRESTACIÓN obtuvo el mayor porcentaje, a la vez que probatorio; mientras que las categorías de Apoyo al Diagnóstico y Gerencia aún se encuentran con un porcentaje por debajo del 85% y por ende se encuentran en proceso de aprobación, por lo que la dirección de la IPRESS a través de la oficina de Gestión de la Calidad se encargará de realizar el seguimiento y/o monitoreo para el cumplimiento respectivo del levantamiento de Observaciones, para que consiguientemente se pueda solicitar la Evaluación Externa.

Cabe mencionar que existe el compromiso de los integrantes del Equipo de Acreditación y la dirección del hospital que para el año 2025 alcanzar y sobrepasar el 85% y así solicitar la Evaluación Externa respectivamente.

#### CUADRO GENERAL DE RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN

00003298-CARLOS MONJE MI  
 II-2  
 AutoEvaluación  
 2024  
 1

Establecimiento :  
 Hospital de Carlos Monje MI  
 ISE:  
 No:  
 Informe :

MACRO-PROCESO CATEGORIAS

| Macroprocesos  | Criterios eval |            |            |           | Nro total criterios |               |               |        | Puntaje Máx. x categoría | Cumplimiento x Macro proceso | Puntaje Obtenido x Macro proceso | Puntaje Máx. x categoría | Puntaje Obtenido x Categoría | % |
|--|----------------|------------|------------|-----------|---------------------|---------------|---------------|--------|--------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------|------------------------------|---|
|  | E              | P          | R          | T         | E                   | P             | R             | T      |                          |                              |                                  |                          |                              |   |
|  |                |            |            |           |                     |               |               |        |                          |                              |                                  |                          |                              |   |
| Accionamiento  | 11             | 6          | 4          | 1         | 11                  | 54.55         | 28.88         | 52.94  | 221.99                   | 103.10                       | 73.70                            |                          |                              |   |
| Asignación de recursos humanos                                   | 11             | 5          | 6          | 0         | 11                  | 40.92         | 25.27         | 61.76  |                          |                              |                                  |                          |                              |   |
| Atención de la calidad   | 22             | 10         | 5          | 7         | 22                  | 47.74         | 36.10         | 75.61  |                          |                              |                                  |                          |                              |   |
| Atención del riesgo de atención                                  | 50             | 10         | 39         | 1         | 50                  | 47.74         | 43.54         | 91.21  |                          |                              |                                  |                          |                              |   |
| Atención de seguridad ante desastres                             | 21             | 14         | 7          | 0         | 21                  | 13.84         | 9.99          | 73.21  |                          |                              |                                  |                          |                              |   |
| Atención de la gestión y prestación                              | 15             | 5          | 9          | 1         | 15                  | 34.10         | 32.13         | 94.23  |                          |                              |                                  |                          |                              |   |
| Atención ambulatoria   | 14             | 6          | 6          | 0         | 14                  | 47.74         | 40.58         | 85.00  |                          |                              |                                  |                          |                              |   |
| Atención extramural  | 0              | 0          | 0          | 0         | 0                   | 0.00          | 0.00          | 0.00   |                          |                              |                                  |                          |                              |   |
| Atención de hospitalización                                      | 26             | 6          | 14         | 7         | 26                  | 47.74         | 45.53         | 95.37  |                          |                              |                                  |                          |                              |   |
| Atención de emergencias  | 14             | 11         | 1          | 2         | 14                  | 47.74         | 47.74         | 100.00 |                          |                              |                                  |                          |                              |   |
| Atención quirúrgica  | 24             | 7          | 11         | 6         | 24                  | 47.74         | 42.15         | 88.30  |                          |                              |                                  |                          |                              |   |
| Atención de investigación  | 14             | 8          | 6          | 0         | 14                  | 34.10         | 26.43         | 77.50  |                          |                              |                                  |                          |                              |   |
| Atención diagnóstica y terapéutica                               | 11             | 1          | 0          | 1         | 11                  | 17.05         | 16.28         | 95.45  |                          |                              |                                  |                          |                              |   |
| Atención y alta  | 16             | 3          | 7          | 6         | 16                  | 17.05         | 13.94         | 80.00  |                          |                              |                                  |                          |                              |   |
| Atención y contraferencia  | 10             | 6          | 1          | 3         | 10                  | 17.05         | 15.55         | 91.18  |                          |                              |                                  |                          |                              |   |
| Atención de medicamentos   | 15             | 4          | 11         | 0         | 15                  | 17.05         | 15.74         | 92.31  |                          |                              |                                  |                          |                              |   |
| Atención de la información                                       | 14             | 6          | 7          | 1         | 14                  | 17.05         | 10.75         | 63.04  |                          |                              |                                  |                          |                              |   |
| Atención de la información, Limpieza, Recepción y Esterilización | 17             | 7          | 6          | 2         | 17                  | 17.05         | 12.93         | 75.86  |                          |                              |                                  |                          |                              |   |
| Atención del riesgo social                                       | 6              | 2          | 3          | 1         | 6                   | 17.05         | 13.95         | 81.82  |                          |                              |                                  |                          |                              |   |
| Atención dietética   | 10             | 4          | 6          | 1         | 10                  | 17.05         | 16.05         | 94.12  |                          |                              |                                  |                          |                              |   |
| Atención de insumos y materiales                                 | 6              | 4          | 3          | 1         | 6                   | 17.05         | 11.80         | 69.23  |                          |                              |                                  |                          |                              |   |
| Atención de equipos e infraestructura                            | 12             | 7          | 5          | 0         | 12                  | 17.05         | 9.53          | 55.86  |                          |                              |                                  |                          |                              |   |
| <b>Total</b>   | <b>341</b>     | <b>133</b> | <b>167</b> | <b>41</b> | <b>341</b>          | <b>634.26</b> | <b>510.47</b> |        | <b>634.26</b>            | <b>510.47</b>                | <b>82</b>                        |                          |                              |   |

**RESULTADO FINAL**

**NO aprobado - Subsanar en 6 meses (70%-84%)**

Calificaciones :

NO aprobado. Reintitular desde Autoeval. (< 60%)

NO aprobado - Subsanar en 9 meses (60%-69%)

NO aprobado - Subsanar en 6 meses (70%-84%)

Aprobado (85% o más)

*Maria del Carmen Nishi B*  
 JEFA DE OBSTETRICAS  
 H.C.M.M.

*[Signature]*  
 RED DE SALUD FAMILIAR  
 Dra. Lucero A. Ramos Picot  
 CAP 10007 858A12217

*[Signature]*  
 HOSPITAL CARLOS MONJE MEDIANO  
 COMITÉ DE GESTIÓN

*[Signature]*  
 Gladys María Ito Rucíos  
 CEP 51313 - PES. 020027  
 CAP 10007 858A12217

*[Signature]*  
 H.C.M.M.

*[Signature]*  
 HOSPITAL CARLOS MONJE MEDIANO  
 COMITÉ DE GESTIÓN

*[Signature]*  
 Gladys María Ito Rucíos  
 CEP 51313 - PES. 020027  
 CAP 10007 858A12217

*[Signature]*  
 HOSPITAL CARLOS MONJE MEDIANO  
 COMITÉ DE GESTIÓN

*[Signature]*  
 Gladys María Ito Rucíos  
 CEP 51313 - PES. 020027  
 CAP 10007 858A12217





## IX. RECOMENDACIONES

1. La Dirección del Hospital Carlos Monge Medrano deberá realizar la gestión en la Red de Salud San Román para destinar presupuesto y adquirir los recursos necesarios para el cumplimiento de los estándares observados, a la vez que comprometerá a los jefes de los diferentes servicios, oficinas, unidades y/o áreas a trabajar en equipo, coordinando para lograr el cumplimiento de los distintos criterios de evaluación y la acreditación a corto plazo.
2. Contar con la asistencia técnica por parte de la DIRESA Puno para la elaboración de la documentación pendiente que se solicita en los diferentes ítems a evaluar.
3. Realizar el monitoreo y seguimiento de los macroprocesos para lograr la aprobación de los ítems pendientes.
4. Solicitar a las distintas Jefaturas de los Servicios, Oficinas, Unidades y/o áreas vinculadas al proceso de Autoevaluación, consolidar el cumplimiento de los criterios con puntaje dos (2), realizar acciones que permitan que los criterios con puntaje (0) se conviertan en uno (1) o dos (2), para lo cual los involucrados deberán trabajar cada uno de los criterios de evaluación.
5. La oficina de Gestión de la Calidad elaborará el Plan de Mejora para la Acreditación 2024 del Hospital Carlos Monge Medrano.
6. La Oficina de Gestión de la Calidad y el Comité de Acreditación deberán reunirse mensualmente para monitorizar, evaluar y aprobar los criterios de evaluación observados.
7. La dirección del Hospital Carlos Monge Medrano tomará acciones con mayor énfasis en la categoría GERENCIA y APOYO AL DIAGNÓSTICO, teniendo como premisa que obtuvieron menos del 85% entre las categorías evaluadas, los cuales se encuentran en proceso de aprobación.

## X. ANEXOS

Fecha y Hora de Impresión: 27/11/2024 05:01:51 p.m.

Establecimiento: 00003299-CARLOS MONJE  
MEDRANO

Tipo de Establecimiento: II-2

Fase: **AutoEvaluación**

Evaluador Líder: DR.

Fecha Inicio: 01/10/2024 Fecha Terminó: 30/11/2024

Resultado Global: **518.47 Puntos -> 81.74 %**

Resultado Por Categoría:

**Categoría**

|                | Puntaje | Porcentaje |
|----------------|---------|------------|
| GER.Gerencia   | 163.60  | 73.70%     |
| PRE.Prestación | 228.19  | 89.94%     |
| APO.Apoyo      | 126.68  | 79.89%     |

Resultado Por Macroproceso:

**Macroproceso**

|   | Puntaje | Porcentaje |
|---|---------|------------|
| DIR.Direccionamiento                                      | 28.88   | 52.94%     |
| GRH.Gestión de recursos humanos                           | 25.27   | 61.76%     |
| GCA.Gestión de la calidad                                 | 36.10   | 75.61%     |
| MRA.Manejo del riesgo de atención                         | 43.54   | 91.21%     |
| GSD.Gestión de seguridad ante desastres                   | 9.99    | 73.21%     |
| CGP.Control de la gestión y prestación                    | 32.13   | 94.23%     |
| ATA.Atención ambulatoria                                  | 40.58   | 85.00%     |
| AEX.Atención extramural                                   | 0.00    | 0.00%      |
| ATH.Atención de hospitalización                           | 45.53   | 95.37%     |
| EMG.Atención de emergencias                               | 47.74   | 100.00%    |
| ATQ.Atención quirúrgica                                   | 42.15   | 88.30%     |
| DIV.Docencia e Investigación                              | 26.43   | 77.50%     |
| ADT.Atención de apoyo diagnóstico y terapéutico           | 16.28   | 95.45%     |
| ADA.Admisión y alta                                       | 13.64   | 80.00%     |
| RCR.Referencia y contrareferencia                         | 15.55   | 91.18%     |
| GMD.Gestión de medicamentos                               | 15.74   | 92.31%     |
| GIN.Gestión de la información                             | 10.75   | 63.04%     |
| DLDE.Descontaminación, limpieza, desinfección, esteriliz. | 12.93   | 75.86%     |
| MRS.Manejo del riesgo social                              | 13.95   | 81.82%     |
| NYD.Nutrición y dietética                                 | 16.05   | 94.12%     |
| GIM.Gestión de insumos y materiales                       | 11.80   | 69.23%     |
| EIF.Gestión de equipos e infraestructura                  | 9.53    | 55.88%     |



| Cod Macro | Macroproceso                        | Cod Estándar | Estándar   | Crit. Eval | N° total Criterios |   |   |    |      |      |      |      |     |      | Puntaje Máximo por Estándar |      |   |   |   | Puntaje obtenido por Estándar |  |  |  |  |
|-----------|-------------------------------------|--------------|--|------------|--------------------|---|---|----|------|------|------|------|-----|------|-----------------------------|------|---|---|---|-------------------------------|--|--|--|--|
|           |                                     |              |  |            | E                  | P | R | T  | E    | P    | R    | T    | E   | P    | R                           | T    | E | P | R | T                             |  |  |  |  |
| DIR       | Direccionamiento                    | DIR-1        | El establecimiento de salud define y comunica su plan estratégico, operativo y de contingencia; y estos están orientados a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.<br>Las actividades del plan son asignadas formalmente a responsables quienes demuestran decisiones tomadas que han mejorado la atención de los usuarios externos. | 8          | 5                  | 2 | 1 | 8  | 6.7  | 5.3  | 4.0  | 16.0 | 5.3 | 2.7  | 4.0                         | 12.0 |   |   |   |                               |  |  |  |  |
|           |                                     | DIR-2        | El establecimiento de salud está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.  | 3          | 1                  | 2 | 0 | 3  | 1.2  | 4.8  | 0.0  | 6.0  | 0.0 | 0.0  | 0.0                         | 0.0  |   |   |   |                               |  |  |  |  |
|           | Gestión de recursos humanos         | GRH-1        | El/los equipo(s) del establecimiento de salud participan en las decisiones y análisis de la situación institucional.   | 4          | 3                  | 1 | 0 | 4  | 4.8  | 3.2  | 0.0  | 8.0  | 1.6 | 1.6  | 0.0                         | 3.2  |   |   |   |                               |  |  |  |  |
|           |                                     | GRH-2        | El establecimiento de salud dispone de medidas de seguridad para la salud del personal.  | 2          | 0                  | 2 | 0 | 2  | 0.0  | 4.0  | 0.0  | 4.0  | 0.0 | 3.0  | 0.0                         | 3.0  |   |   |   |                               |  |  |  |  |
| GCA       | Gestión de la Calidad               | GRH-3        | El establecimiento de salud garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario.   | 2          | 2                  | 0 | 0 | 2  | 4.0  | 0.0  | 0.0  | 4.0  | 3.0 | 0.0  | 3.0                         |      |   |   |   |                               |  |  |  |  |
|           |                                     | GRH-4        | El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.   | 3          | 0                  | 3 | 0 | 3  | 0.0  | 6.0  | 0.0  | 6.0  | 0.0 | 0.0  | 3.0                         |      |   |   |   |                               |  |  |  |  |
|           |                                     | GCA-1        | El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.   | 5          | 5                  | 0 | 0 | 5  | 10.0 | 0.0  | 0.0  | 10.0 | 9.0 | 0.0  | 4.0                         |      |   |   |   |                               |  |  |  |  |
|           |                                     | GCA-2        | El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora.  | 9          | 5                  | 4 | 0 | 9  | 6.9  | 11.1 | 0.0  | 18.0 | 5.5 | 11.1 | 0.0                         | 16.6 |   |   |   |                               |  |  |  |  |
| MRA       | Manejo del riesgo de la atención    | MRA-1        | El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.  | 8          | 0                  | 1 | 7 | 8  | 0.0  | 1.4  | 14.6 | 16.0 | 0.0 | 0.7  | 9.4                         |      |   |   |   |                               |  |  |  |  |
|           |                                     | MRA-2        | El establecimiento de salud vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas áreas.   | 11         | 3                  | 7 | 1 | 11 | 3.3  | 15.4 | 3.3  | 22.0 | 3.3 | 13.2 | 3.3                         |      |   |   |   |                               |  |  |  |  |
|           |                                     | MRA-3        | El establecimiento cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de infecciones.   | 9          | 0                  | 9 | 0 | 9  | 0.0  | 18.0 | 0.0  | 18.0 | 0.0 | 16.0 | 0.0                         |      |   |   |   |                               |  |  |  |  |
|           |                                     | MRA-4        | El establecimiento de salud cuenta con procesos para el control de infecciones o enfermedades de transmisión: recolección, análisis y reporte.   | 4          | 1                  | 3 | 0 | 4  | 1.1  | 6.9  | 0.0  | 8.0  | 1.1 | 6.9  | 0.0                         |      |   |   |   |                               |  |  |  |  |
|           |                                     | MRA-5        | El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.   | 4          | 1                  | 3 | 0 | 4  | 1.1  | 6.9  | 0.0  | 8.0  | 0.0 | 6.9  | 0.0                         |      |   |   |   |                               |  |  |  |  |
|           |                                     | MRA-6        | El establecimiento de salud ha diseñado un programa de seguridad y salud ocupacional.  | 5          | 0                  | 5 | 0 | 5  | 0.0  | 10.0 | 0.0  | 10.0 | 0.0 | 10.0 | 0.0                         |      |   |   |   |                               |  |  |  |  |
|           |                                     | MRA-7        | El establecimiento de salud garantiza el control de derechos, riesgos y disponibilidad de agua segura.   | 10         | 4                  | 6 | 0 | 10 | 5.0  | 15.0 | 0.0  | 20.0 | 3.8 | 12.5 | 0.0                         |      |   |   |   |                               |  |  |  |  |
|           |                                     | MRA-8        | El establecimiento de salud y gobierno local garantiza el saneamiento básico y disponibilidad de agua segura.<br>Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.   | 4          | 1                  | 3 | 0 | 4  | 1.1  | 6.9  | 0.0  | 6.0  | 1.1 | 6.9  | 0.0                         |      |   |   |   |                               |  |  |  |  |
| GSD       | Gestión de Seguridad ante desastres | GSD-1        | Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.  | 3          | 0                  | 3 | 0 | 3  | 0.0  | 6.0  | 0.0  | 6.0  | 0.0 | 6.0  |                             |      |   |   |   |                               |  |  |  |  |
|           |                                     | GSD-2        | Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.  | 7          | 6                  | 1 | 0 | 7  | 10.5 | 3.5  | 0.0  | 14.0 | 7.9 | 1.8  | 0.0                         |      |   |   |   |                               |  |  |  |  |
|           |                                     | GSD-3        | Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.  | 8          | 3                  | 5 | 0 | 8  | 3.7  | 12.3 | 0.0  | 16.0 | 1.2 | 9.8  | 0.0                         |      |   |   |   |                               |  |  |  |  |
| CGP       | Control de la gestión y prestación  | CGP-1        | El establecimiento de salud tiene definido mecanismos establecidos de auditoría, supervisión y evaluación.   | 6          | 5                  | 1 | 0 | 6  | 8.6  | 3.4  | 0.0  | 12.0 | 6.9 | 3.4  | 0.0                         |      |   |   |   |                               |  |  |  |  |
|           |                                     | CGP-2        | El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.  | 2          | 2                  | 0 | 0 | 2  | 4.0  | 0.0  | 4.0  | 0.0  | 4.0 | 0.0  |                             |      |   |   |   |                               |  |  |  |  |
|           |                                     |              |  | 13         | 3                  | 9 | 1 | 13 | 3.3  | 19.5 | 3.3  | 26.0 | 3.3 | 19.5 | 1.6                         | 24.4 |   |   |   |                               |  |  |  |  |

| Cod Macro | Microprocesos               | Cod Estándar | Estándar   | Crit. Eval | N° total Criterios |   |   |    |      |     |      |      |     | Puntaje Máximo por Estándar |      |      |   |   |   |   |   |   | Puntaje obtenido por Estándar |   |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|-----------------------------|--------------|--|------------|--------------------|---|---|----|------|-----|------|------|-----|-----------------------------|------|------|---|---|---|---|---|---|-------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|
|           |                             |              |  |            | E                  | P | R | T  | E    | P   | R    | T    | E   | P                           | R    | T    | E | P | R | T | E | P | R                             | T |  |  |  |  |  |  |  |
| ATA       | Atención ambulatoria        | ATA-1        | El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria   | 5          | 3                  | 2 | 0 | 5  | 4.3  | 5.7 | 0.0  | 10.0 | 4.3 | 4.3                         | 0.0  | 8.6  |   |   |   |   |   |   |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |
|           |                             | ATA-2        | La evaluación de los pacientes atendidos por las principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica  | 4          | 3                  | 1 | 0 | 4  | 4.8  | 3.2 | 0.0  | 8.0  | 1.6 | 3.2                         | 0.0  | 4.8  |   |   |   |   |   |   |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |
|           |                             | ATA-3        | El establecimiento desarrolla programas de prevención y promoción de la salud para la atención de los principales estados crónico-degenerativos, transmisibles y prevalentes               | 3          | 1                  | 2 | 0 | 3  | 1.2  | 4.8 | 0.0  | 6.0  | 1.2 | 4.8                         | 0.0  | 6.0  |   |   |   |   |   |   |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |
|           |                             | ATA-4        | Se fomenta y se dan facilidades para que el usuario consiga sugerencias e ideas de la consulta ambulatoria en los ambientes destinados a ésta.   | 2          | 1                  | 1 | 0 | 2  | 1.3  | 2.7 | 0.0  | 4.0  | 1.3 | 2.7                         | 0.0  | 4.0  |   |   |   |   |   |   |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |
| AEX       | Atención extramural         | AEX-1        | El establecimiento de salud tiene definido y organizado un plan de atención extramural de acuerdo con sus prioridades y en función a las necesidades de su población con enfoque de riesgo | 0          | 0                  | 0 | 0 | 0  | 0.0  | 0.0 | 0.0  | 0.0  | 0.0 | 0.0                         | 0.0  | 0.0  |   |   |   |   |   |   |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |
|           |                             | AEX-2        | El establecimiento de salud brinda una cartera de servicios extramurales de acuerdo con el modelo de atención establecido  | 0          | 0                  | 0 | 0 | 0  | 0.0  | 0.0 | 0.0  | 0.0  | 0.0 | 0.0                         | 0.0  | 0.0  |   |   |   |   |   |   |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |
|           |                             | AEX-3        | El establecimiento de salud identifica oportunidades de mejora para el mejoramiento de la cobertura de la atención extramural a partir de una medición sistemática de los logros           | 0          | 0                  | 0 | 0 | 0  | 0.0  | 0.0 | 0.0  | 0.0  | 0.0 | 0.0                         | 0.0  | 0.0  |   |   |   |   |   |   |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |
|           |                             | AEX-4        | El establecimiento cuenta con agentes comunitarios que apoyan el trabajo extramural a través de coordinaciones permanentes   | 0          | 0                  | 0 | 0 | 0  | 0.0  | 0.0 | 0.0  | 0.0  | 0.0 | 0.0                         | 0.0  | 0.0  |   |   |   |   |   |   |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |
| ATH       | Atención de hospitalización | ATH-1        | El establecimiento que cuenta con instrumentación, planificada y diseñada sus servicios para satisfacer las necesidades de la población a la que atiende                                   | 0          | 0                  | 0 | 0 | 0  | 0.0  | 0.0 | 0.0  | 0.0  | 0.0 | 0.0                         | 0.0  | 0.0  |   |   |   |   |   |   |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |
|           |                             | ATH-2        | El establecimiento de salud provee las condiciones apropiadas para brindar servicios de internamiento a los pacientes, asegurando su oportunidad y calidad                                 | 3          | 1                  | 2 | 0 | 3  | 1.2  | 4.8 | 0.0  | 6.0  | 1.2 | 3.6                         | 0.0  | 4.8  |   |   |   |   |   |   |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |
|           |                             | ATH-3        | El establecimiento garantiza las condiciones necesarias para que el equipo interdisciplinario de salud brinde una atención segura al usuario   | 3          | 1                  | 2 | 0 | 3  | 1.2  | 4.8 | 0.0  | 6.0  | 0.6 | 4.8                         | 0.0  | 5.4  |   |   |   |   |   |   |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |
|           |                             | ATH-4        | Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento, desarrollan sus actividades de atención según procedimientos consensuados, documentados y aprobados                            | 4          | 0                  | 2 | 2 | 4  | 0.0  | 3.2 | 4.8  | 8.0  | 0.0 | 3.2                         | 4.8  | 8.0  |   |   |   |   |   |   |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |
|           |                             | ATH-5        | El paciente y su familia reciben la educación e información pertinentes durante la ejecución del tratamiento   | 5          | 2                  | 2 | 1 | 5  | 2.2  | 4.4 | 3.3  | 10.0 | 2.2 | 4.4                         | 3.3  | 10.0 |   |   |   |   |   |   |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |
|           |                             | ATH-6        | El establecimiento de salud garantiza la continuidad de los procedimientos para interconsultas así como acciones de apoyo diagnóstico y laboratorio (transmisionales e inmunofuncionales)  | 2          | 0                  | 1 | 1 | 2  | 0.0  | 1.6 | 2.4  | 4.0  | 0.0 | 1.6                         | 2.4  | 4.0  |   |   |   |   |   |   |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |
|           |                             | ATH-7        | El establecimiento de salud evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento  | 2          | 0                  | 2 | 0 | 2  | 0.0  | 4.0 | 0.0  | 4.0  | 0.0 | 4.0                         | 0.0  | 4.0  |   |   |   |   |   |   |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |
| EMG       | Atención de emergencias     | EMG-1        | El servicio de emergencia está organizado para responder de manera oportuna frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo   | 7          | 1                  | 3 | 3 | 7  | 0.9  | 5.3 | 7.9  | 14.0 | 0.9 | 4.4                         | 7.9  | 13.1 |   |   |   |   |   |   |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |
|           |                             | EMG-2        | El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata  | 0          | 0                  | 0 | 0 | 0  | 0.0  | 0.0 | 0.0  | 0.0  | 0.0 | 0.0                         | 0.0  | 0.0  |   |   |   |   |   |   |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |
|           |                             | EMG-3        | El personal de emergencia realiza los procesos de atención que garantizan la continuidad del cuidado del paciente  | 5          | 5                  | 0 | 0 | 5  | 10.0 | 0.0 | 0.0  | 10.0 | 0.0 | 0.0                         | 0.0  | 10.0 |   |   |   |   |   |   |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |
| ATQ       | Atención quirúrgica         | ATQ-1        | El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías según funciones básicas  | 3          | 0                  | 1 | 2 | 3  | 0.0  | 1.5 | 4.5  | 6.0  | 0.0 | 1.5                         | 4.5  | 6.0  |   |   |   |   |   |   |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |
|           |                             | ATQ-2        | El personal de enfermería realiza procedimientos de preparación quirúrgica atendidos a la seguridad del usuario  | 5          | 5                  | 0 | 0 | 5  | 10.0 | 0.0 | 0.0  | 10.0 | 0.0 | 0.0                         | 0.0  | 10.0 |   |   |   |   |   |   |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |
|           |                             | ATQ-3        | El área quirúrgica se brinda según los procedimientos establecidos   | 4          | 0                  | 4 | 0 | 4  | 0.0  | 8.0 | 0.0  | 8.0  | 0.0 | 8.0                         | 0.0  | 8.0  |   |   |   |   |   |   |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |
|           |                             |              |  | 11         | 1                  | 4 | 6 | 11 | 0.8  | 6.5 | 14.7 | 22.0 | 0.6 | 6.5                         | 13.4 | 20.8 |   |   |   |   |   |   |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |



Tipo Establec : II-2  
 Fase: AutoEvaluación  
 Año: 2024  
 Período: 1

| Cod Macro | Macroprocesos   | Cod Estándar | Estandar   | Crit. Eval | N° total Criterios |   |   |   |      |      | Puntaje Máximo por Estándar |      |      |      |      |      | Puntaje obtenido por Estándar |     |   |   |  |  |
|-----------|---|--------------|--|------------|--------------------|---|---|---|------|------|-----------------------------|------|------|------|------|------|-------------------------------|-----|---|---|--|--|
|           |   |              |  |            | E                  | P | R | T | E    | P    | R                           | T    | E    | P    | R    | T    | E                             | P   | R | T |  |  |
| DIV       | Docencia e Investigación                                  | ATQ-4        | El establecimiento de salud realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora                           | 4          | 1                  | 3 | 0 | 4 | 1.1  | 6.9  | 0.0                         | 8.0  | 1.1  | 3.4  | 0.0  | 4.6  |                               |     |   |   |  |  |
|           |   | DIV-1        | El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación  | 8          | 8                  | 0 | 0 | 8 | 16.0 | 0.0  | 0.0                         | 0.0  | 16.0 | 11.0 | 0.0  | 0.0  | 11.0                          |     |   |   |  |  |
|           |   | DIV-2        | Se desarrollan actividades académicas y de investigación de acuerdo con lo establecido en el plan de trabajo   | 6          | 0                  | 6 | 0 | 6 | 0.0  | 12.0 | 0.0                         | 0.0  | 12.0 | 0.0  | 10.0 | 0.0  | 10.0                          |     |   |   |  |  |
| ADT       | Atención de Apoyo diagnóstico y terapéutico               | ADT-1        | Los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento garantizan la idoneidad de sus procedimientos.  | 2          | 1                  | 1 | 0 | 2 | 1.3  | 2.7  | 0.0                         | 4.0  | 1.3  | 2.7  | 0.0  | 4.0  |                               |     |   |   |  |  |
|           |   | ADT-2        | El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica cuando la patología lo hace necesario.   | 2          | 0                  | 2 | 0 | 2 | 0.0  | 4.0  | 0.0                         | 4.0  | 0.0  | 4.0  | 0.0  | 4.0  | 0.0                           | 4.0 |   |   |  |  |
|           |   | ADT-3        | Se garantiza la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial e institucional.   | 7          | 0                  | 6 | 1 | 7 | 0.0  | 11.2 | 2.8                         | 14.0 | 0.0  | 10.3 | 2.8  | 13.1 |                               |     |   |   |  |  |
| ADA       | Admisión y alta   | ADA-1        | El establecimiento está organizado para garantizar el proceso de atención a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.  | 5          | 3                  | 2 | 0 | 5 | 4.3  | 5.7  | 0.0                         | 10.0 | 4.3  | 4.3  | 0.0  | 8.6  |                               |     |   |   |  |  |
|           |   | ADA-2        | El establecimiento de salud brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.  | 8          | 0                  | 3 | 5 | 8 | 0.0  | 4.6  | 11.4                        | 16.0 | 0.0  | 4.6  | 6.9  | 11.4 |                               |     |   |   |  |  |
|           |   | ADA-3        | El establecimiento de salud realiza el proceso de alta según los atributos de oportunidad, continuidad, integralidad.  | 2          | 0                  | 1 | 1 | 2 | 0.0  | 1.6  | 2.4                         | 4.0  | 0.0  | 1.6  | 2.4  | 4.0  |                               |     |   |   |  |  |
|           |   | ADA-4        | El establecimiento de salud garantiza que el paciente reciba atención continuada después del alta.   | 1          | 0                  | 1 | 0 | 1 | 0.0  | 2.0  | 0.0                         | 2.0  | 0.0  | 2.0  | 0.0  | 2.0  |                               |     |   |   |  |  |
| RCR       | Referencia y contrareferencia                             | RCR-1        | El establecimiento de salud está organizado para recibir pacientes y recibir contrareferencias.  | 4          | 4                  | 0 | 0 | 4 | 8.0  | 0.0  | 0.0                         | 8.0  | 8.0  | 0.0  | 0.0  | 8.0  |                               |     |   |   |  |  |
|           |   | RCR-2        | El establecimiento de salud está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los usuarios.   | 2          | 2                  | 0 | 0 | 2 | 4.0  | 0.0  | 0.0                         | 4.0  | 4.0  | 0.0  | 0.0  | 4.0  |                               |     |   |   |  |  |
|           |   | RCR-3        | Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrareferencia de pacientes.   | 4          | 0                  | 1 | 3 | 4 | 0.0  | 1.5  | 6.5                         | 8.0  | 0.0  | 1.5  | 5.5  | 6.9  |                               |     |   |   |  |  |
|           |   | RCR-4        | Se establecen mecanismos de participación de la población organizada en los procesos de identificación, seguimiento y apoyo en la referencia y contrareferencia de usuarios. | 0          | 0                  | 0 | 0 | 0 | 0.0  | 0.0  | 0.0                         | 0.0  | 0.0  | 0.0  | 0.0  | 0.0  | 0.0                           |     |   |   |  |  |
| GMD       | Gestión de medicamentos                                   | GMD-1        | El establecimiento está organizado para un manejo adecuado de los medicamentos e insumos antes de su disposición al usuario.   | 5          | 1                  | 4 | 0 | 5 | 1.1  | 8.9  | 0.0                         | 10.0 | 0.6  | 8.9  | 0.0  | 9.4  |                               |     |   |   |  |  |
|           |   | GMD-2        | El establecimiento realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de manera segura y confiable.                            | 5          | 0                  | 5 | 0 | 5 | 0.0  | 10.0 | 0.0                         | 10.0 | 0.0  | 10.0 | 0.0  | 10.0 |                               |     |   |   |  |  |
|           |   | GMD-3        | El establecimiento de salud vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos  | 5          | 3                  | 2 | 0 | 5 | 4.3  | 5.7  | 0.0                         | 10.0 | 3.6  | 4.3  | 0.0  | 7.9  |                               |     |   |   |  |  |
| GIN       | Gestión de la información                                 | GIN-1        | El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.   | 6          | 6                  | 2 | 0 | 8 | 9.6  | 6.4  | 0.0                         | 16.0 | 6.4  | 6.4  | 0.0  | 12.8 |                               |     |   |   |  |  |
|           |   | GIN-2        | El establecimiento de salud sistematiza el análisis de la veracidad, confiabilidad y la oportunidad de la información.   | 2          | 0                  | 2 | 0 | 2 | 0.0  | 4.0  | 0.0                         | 4.0  | 0.0  | 2.0  | 0.0  | 2.0  |                               |     |   |   |  |  |
|           |   | GIN-3        | El establecimiento de salud promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información   | 4          | 0                  | 3 | 1 | 4 | 0.0  | 5.3  | 2.7                         | 8.0  | 0.0  | 2.7  | 1.3  | 4.0  |                               |     |   |   |  |  |
| DLDE      | Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización | DLDE-1       | El establecimiento de salud se organiza para aplicar medidas de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, inóculos e instalaciones.  | 3          | 3                  | 0 | 0 | 3 | 6.0  | 0.0  | 6.0                         | 0.0  | 0.0  | 0.0  | 5.0  |      |                               |     |   |   |  |  |

Tipo Establec : CARLOS MONJE MEDRANO

Fase: II-2

Año: AutoEvaluación 2024

Periodo: 1

| Cod Macro | Macroprocesos                        | Cod Estándar | Estándar   | Crit. Eval | N° total Criterios |    |     |       |       | Puntaje Máximo por Estándar |       |       |       |      | Puntaje obtenido por Estándar |      |     |      |   |
|-----------|--------------------------------------|--------------|--|------------|--------------------|----|-----|-------|-------|-----------------------------|-------|-------|-------|------|-------------------------------|------|-----|------|---|
|           |                                      |              |  |            | E                  | P  | R   | T     | E     | P                           | R     | T     | E     | P    | R                             | T    | E   | P    | R |
| MRS       | Manejo del riesgo social             | DLDE-2       | Se realizan los procesos de desinfección, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas. | 6          | 0                  | 6  | 0   | 6     | 0.0   | 12.0                        | 0.0   | 12.0  | 0.0   | 11.0 | 0.0                           | 11.0 | 0.0 | 11.0 |   |
|           |                                      | DLDE-3       | Se realizan los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal de acuerdo con procedimientos establecidos.                               | 4          | 2                  | 1  | 1   | 4     | 2.3   | 2.3                         | 3.4   | 8.0   | 1.7   | 2.3  | 1.7                           | 2.3  | 1.7 | 5.7  |   |
|           |                                      | DLDE-4       | Se realiza la limpieza de las instalaciones del establecimiento de acuerdo con normas específicas.   | 4          | 2                  | 1  | 1   | 4     | 2.3   | 2.3                         | 3.4   | 8.0   | 1.7   | 2.3  | 1.7                           | 2.3  | 1.7 | 5.7  |   |
| NYD       | Nutrición y dietética                | MRS-1        | El establecimiento de salud está organizado y cuenta con mecanismos para recibir de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.                              | 4          | 2                  | 2  | 0   | 4     | 2.7   | 5.3                         | 0.0   | 8.0   | 2.0   | 5.3  | 0.0                           | 5.3  | 0.0 | 7.3  |   |
|           |                                      | MRS-2        | El establecimiento de salud destina recursos financieros para la atención de casos especiales y de extrema pobreza.  | 2          | 0                  | 1  | 1   | 2     | 0.0   | 1.6                         | 2.4   | 4.0   | 0.0   | 1.6  | 1.2                           | 2.8  | 0.0 | 10.7 |   |
| GIM       | Gestión de insumos y materiales      | NYD-1        | El establecimiento de salud está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según disponibilidad vigente.   | 6          | 3                  | 3  | 0   | 6     | 4.0   | 8.0                         | 0.0   | 12.0  | 4.0   | 8.7  | 0.0                           | 10.7 | 0.0 | 10.7 |   |
|           |                                      | NYD-2        | Los requerimientos de los servicios nutricionales concuerdan con las necesidades de los pacientes y la prescripción médica.  | 4          | 1                  | 2  | 1   | 4     | 1.0   | 4.0                         | 3.0   | 8.0   | 1.0   | 4.0  | 3.0                           | 8.0  | 0.0 | 8.0  |   |
| EIF       | Gestión de equipos e infraestructura | GIM-1        | Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.   | 4          | 4                  | 0  | 0   | 4     | 8.0   | 0.0                         | 0.0   | 8.0   | 5.0   | 0.0  | 0.0                           | 5.0  | 0.0 | 5.0  |   |
|           |                                      | GIM-2        | Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.   | 4          | 0                  | 3  | 1   | 4     | 0.0   | 5.3                         | 2.7   | 8.0   | 0.0   | 4.4  | 1.3                           | 5.8  | 0.0 | 7.4  |   |
|           |                                      | EIF-1        | El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.                             | 9          | 7                  | 2  | 0   | 9     | 11.5  | 6.5                         | 0.0   | 18.0  | 7.4   | 0.0  | 0.0                           | 7.4  | 0.0 | 7.4  |   |
|           |                                      | EIF-2        | El establecimiento de salud cuenta con información y toma decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad.                                 | 3          | 0                  | 3  | 0   | 3     | 6.0   | 0.0                         | 6.0   | 0.0   | 5.0   | 0.0  | 5.0                           | 0.0  | 5.0 |      |   |
|           |                                      |              |  | 127        | 167                | 41 | 335 | 200.7 | 365.8 | 103.5                       | 670.0 | 159.2 | 313.0 | 80.8 | 553.0                         | 0.0  | 5.0 |      |   |



## ACTA DE REUNIÓN PARA EL INICIO DE AUTOEVALUACIÓN DE HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO AÑO 2024

Siendo las 9:40 horas del día 17 de Setiembre del año 2024, se encuentran reunidos en la Dirección del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca, para realizar la reunión sobre el inicio de actividades de la Autoevaluación 2024. El Director del Hospital Carlos Monge Medrano Dr. Jose Wilfredo Maramba Vilca, Jefe de Gestión de la Calidad C.D. Walter Santa Cruz Cardenas, Lic. Glenys Mariela Ito Ruelas Coordinadora de Convenios de Gestión, Lic. Saida Yanide Calderon Castillo jefe de Departamento de Enfermería, obst. Maria del Carmen Miza Barrionuevo Jefe de Obstetricia, Dr. Ivan Alfredo Ramirez Melendez (Unidad de Seguros) Dra. Lucero Anyela Ramos Pasaca (Médico Auditor Gestión de la Calidad).

1º Se da inicio la reunión, dando la bienvenida, la Lic. Glenys y de inmediato para explicar cada uno de los Macroprocesos según Normativa, la RD de los Evaluadores Internos y dándoles a conocer a cada Evaluador la Responsabilidad de los Macroprocesos.

2º Dando a conocer el puntaje y lo porcentaje de los años pasados dejando ver que cada año se fue mejorando, teniendo el año 2023 un porcentaje de 77% esperando mejorar el presente año. Se hace alcance la Normativa a los evaluadores internos y comparte el instrumento de la Autoevaluación.

3º Se evaluará los Macroprocesos: Gerencial, Prestacional y de apoyo.

Se da por concluida la reunión para el inicio de Autoevaluación del H.C.H.M. 2024, siendo 10:40 horas.

Firman los presentes en señal de conformidad.

ACTA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA IPRESS CARLOS HONGE MEDRANO

MACROPROCESO: 6 CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN (CGP)

UNIDAD DE SEGUROS

Siendo las 8:10 horas del día 14 de Octubre del 2024, se encuentran reunidos en la oficina de la Unidad de Seguros del Hospital Carlos Honge Medrano, los evaluadores internos: M.C. José Wilfredo Mamamani Vilca, C.D. Walter Santa Cruz Cardenas, M.C. Lucero A. Ramos Paraca, Lic. en Enf. Saida Y. Calderon Castillo, Lic. Enf. Glenys Sto Ruelas y el revaluado M.C. Ivan Alfredo Ramirez Melendez. Se procede a realizar la autoevaluación de acuerdo al Listado de Estándares de Acreditación de E.S.S.

- Estándar CGP1
  - CGP1-1: Resultado 2
  - CGP1-2: Resultado 2
- Estándar CGP2
  - CGP2-1 Resultado 2
  - CGP2-2 No aplica -
  - CGP2-3 Resultado 2
  - CGP2-4 Resultado 2
  - CGP2-5 No Aplica -
  - CGP2-6 No Aplica -
  - CGP2-7 Resultado: 2
  - CGP2-8 Resultado: 2
  - CGP2-9 Resultado 2
  - CGP2-10 Resultado 2
  - CGP2-11 Resultado 2
  - CGP2-12 Resultado 1
  - CGP2-13 Resultado - NO APLICA

Recomendaciones:

- CGP 2-12: Se recomienda cuantificar los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias. Se obtiene un puntaje de 21/22 con un porcentaje de 95%. Sin más tópicos a tratar no cierra el acta.



ACTA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA IPRESS CARLOS MONGE MEDRANO  
MACROPROCESO: 11: ATENCIÓN QUIRÚRGICA (ATQ)

Siendo las 8:05 horas del día 15 de octubre del año 2024 se encuentran reunidos en el Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Hospital Carlos Monge Medrano, los integrantes del Equipo de Evaluadores Interno: M.C. Jose Wilfredo Mamani Vilca, C.D. Walter Santa Cruz Cardenas, M.C. Lucero Anyela Ramos Pasaca, Lic. Enf. Glenys Ito Ruelas, Lic. Enf. Saida Yamide Calderon Castillo, Obst. Marió del Carmen Mita Barrionuevo y los evaluados M.C. Luis A. Rozado Tejada jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico y Lic. Enf. Gloria Elizabeth Chura Mamani jefe de Enfermeras, con la finalidad de realizar la Autoevaluación del Macroproceso "Atención Quirúrgica" como parte del proceso de Acreditación del Plan de Autoevaluación del año 2024. Se procede a realizar la Autoevaluación de acuerdo al listado de Estándares de Acreditación de Establecimientos de Salud.

• Estándar ATQ 1: - ATQ 1-1: Resultado: 2

- ATQ 1-2: Resultado: 2

- ATQ 1-3: Resultado: 2

- ATQ 1-4: Resultado: 2

- ATQ 1-5: Resultado: 2

• Estándar ATQ 2: - ATQ 2-1: Resultado: 2

- ATQ 2-2: Resultado: 2

- ATQ 2-3: Resultado: 2

- ATQ 2-4: Resultado: 1 Falta instrumento e informe

• Estándar ATQ 3: - ATQ 3-1: Resultado: 2

- ATQ 3-2: Resultado: 2

- ATQ 3-3: Resultado: 2

- ATQ 3-4: Resultado: 2

- ATQ 3-5: Resultado: 2



ACTA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA IPRESS CARLOS MONGE MEDRANO  
MACROPROCESO 21: GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES (GIM)

LOGÍSTICA

Siendo las 12:35 horas del día 15 de octubre del año 2024, se encuentran reunidos en la Dirección del Hospital Carlos Monge Medrano, los integrantes del Equipo de Evaluadores Interno: M.C. José Wilfredo Mamani Vilca, C.D. Walter Santa Cruz Lardónas, M.C. Lucero Anyela Ramos Pasaca, Lic. Glenys M. Ito Ruelas, Lic. Eaida Y. Calderón Castillo, Obsta. María del Carmen Mita Barrio nuevo y el evaluado Ing. Roberto Salas Cuba Jefe de la oficina de Logística con la finalidad de realizar la Autoevaluación del Macroproceso 21 "Gestión de Insumos y Materiales" como parte del Proceso de Acreditación del Plan de Autoevaluación del Año 2024. Se procede a realizar la Autoevaluación de acuerdo al listado de Estándares de Acreditación de EESS.

- Estándar GIM 1:
  - GIM 1-1 Resultado 1
  - GIM 1-2 Resultado 2
  - GIM 1-3 Resultado 1
  - GIM 1-4 Resultado 1 Falta el MAPRO
- Estándar GIM 2:
  - GIM 2-1 Resultado 1
  - GIM 2-2 Resultado 1
  - GIM 2-3 Resultado 2
  - GIM 2-4 Resultado 2

RECOMENDACIONES:

- GIM 1-1: Se recomienda aprobar con RD las líneas de acción para el Requerimiento.
- GIM 1-3: Con RD aprobado el Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento.
- GIM 1-4: Con RD aprobado el Manual de Procedimientos para el control de Insumos.
- GIM 2-1: Informe de Requerimiento, Plan Anual de Adquisiciones.
- GIM 2-2: Con RD aprobado el MAPRO de la Unidad de Logística, lista de chequeo de cumplimiento de la norma Vigente.

ACTA DE AUTOEVALUACION DE LA IPRESS CARLOS MONGE MEDRANO  
MACROPROCESO 18: DESCONTAMINACION, LIMPIEZA, DESINFECCION Y

ESTERILIZACION (DLDE)-LIMPIEZA-CONSERVACION Y JARDINERIA

Siendo las 9:30 horas del día 16 de Octubre del año 2024, se encuentran reunidos en el área de Limpieza, conservación y Jardinería del Hospital Carlos Monge Medrano los integrantes del equipo Evaluador Interno: M.C. Jo Mamani Vilca, C.O. Walter Santa Cruz Cardenas, M.C. Lucero Ramos Paraca, Lic. Ent. Glenny Ito Ruelas, Lic. Ent. Saida Calderon Castillo y el evaluado Sr. John Ilaquijo Bustiza Jefe del area. Se procede a realizar la autoevaluación de acuerdo al listado.

- Estandar DLDE.1 ⇒ - DLDE.1-2 : Resultado : 1 Faltó socialización de MAPRO
- DLDE.4-1 Resultado: 1 Informe de Supervisión
- DLDE.4-2 Resultado: 2 Mapro en Proceso
- DLDE.4-3 Resultado: 2
- DLDE.4-4 Resultado: 0 Elaborar instrumentos

RECOMENDACIONES:

- DLDE.1-2: El área de limpieza cuenta con una guía actualizada pero es conocido por todo el personal. Se recomienda socializar.
  - DLDE.4-1: Se recomienda informes de supervisión de cumplimiento
  - DLDE.4-4: El jefe del área debe coordinar con gestión de la calidad para la elaboración del instrumento para cuantificar la percepción de los usuarios Int y Ext
- Se obtiene un puntaje de 06/10 con un porcentaje de 60%. Se cierra el acta siendo las 10:15 horas, y firman las presentes en señal de conformidad.

RED DE SALUD SAN ROMAN

John I. Ilaquijo Bustiza  
JEFE DE AREA CONSERVACION LIMPIEZA Y JARDINERIA  
HOSPITAL "C.M.M." JULIACA



DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
RED DE SALUD SAN ROMAN



RED DE SALUD SAN ROMAN  
Dra. Lucero A. Ramos Paraca  
CMP 32007 RNAA12217

M.C. José W. Mamani Vilca  
DIRECTOR  
HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO"



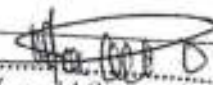
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
CONVENIO DE GESTION

Glenny Patricia Ito Ruelas  
COP 6439  
AUDITORA EN SALUD



HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
CONVENIO DE GESTION

Walter Santa Cruz Cardenas  
COORDINADOR ADMINISTRATIVO  
COP 43-COP 1-03



Norma El Carmen Viza B  
COP 6439  
JEFA DE OBSTETRAS  
H.C.M.M.





de capacitación al personal del servicio de Emergencia  
 - EMG 1-6: Se recomienda evitar sobres y definir medidas, documentos oficiales que establezcan medidas para la Atención de Emergencia sin restricciones sin condicionamientos que vulneren los derechos de los usuarios (restricciones por pagos de atenciones, solicitud de compra de insumos, etc.).  
 Se obtiene un puntaje de 28/28 y con un porcentaje del 100% y firman debajo los presentes en señal de conformidad.

  
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
 RED DE SALUD SAN ROMAN  
 M.C. José Y. Mamani Vilca  
 CMP 57466  
 DIRECTOR  
 HOSPITAL CARLOS MORA MEDRANO  
 RED DE SALUD SAN ROMAN  
 Dra. Lucero A. Ramos Paredes  
 CMP 92627 RNAA13217

  
 Lic. Joaquina Hilari Curi  
 LEP 1052 REE 11  
 JEFA ENF. SERVICIO DE E

  
 RED DE SALUD SAN ROMAN  
 Ivan Alvarado  
 CMP 70444 RNAA 13217


  
 Mj. Silvio Y. Calderon Castillo  
 CEP 39044  
 REM 1167 / REE 6967 / REE 10001  
 JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS  
 H.C.M. 11


  
 HOSPITAL CARLOS MORA MEDRANO  
 GOBIERNO DE GERENCION  
 Glensy Mariela Ito Ruelas  
 CEP 41699 - REG-000027  
 AUDITORA EN SALUD

  
 HOSPITAL CARLOS MORA MEDRANO  
 GOBIERNO DE GERENCION  
 Walter Santa Cruz Cavallero  
 ODONTOLOGO AUDITOR  
 RNAO 025 - COP 11-23

ACTA DE ENTREGA DE BUZONES DE SUGERENCIA

Siendo las 8:00 horas del día 21 de octubre del 2024 se hace entrega del Buzon de Sugerencias con sus Respectivas llaves a los servicios en mención: Cirugia A, Cirugia B, medicina, Pediatría, Ginecología, Obstetricia, UCI, Neonatología y Diagnostico por imagenes.

  
 Lola Mamani Quinto  
 ENFERMERA  
 C.E. 47718  
 11-10-24

  
 Lic. Zaida Justo Quisocola  
 ENFERMERA  
 CEP 46301



- ATH. 7-2: Resultado: 2
- ATH 7-3: Resultado: 2
- ATH 7-4: Resultado: 2
- ATH 7-6: Resultado: 2

RECOMENDACIONES:

- ATH. 2-3: Evidenciar documentos oficiales de las disposiciones a mejorar el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente Informe de neciones tomadas para reducir el tiempo transcurrido.
  - ATH. 4-1: Solicitar su aprobación con R.D
  - ATH. 7-1: Contar con un mecanismo de evaluación periódica de Historio Clínica por pares, para efectos de Monitoreo y mejoramientos de los procesos de atención
- Se obtiene un resultado de 38/40 con un porcentaje del 95%.
- Se cierra el acta siendo la 12:10 horas sin mas tópicos a tratar
- Firman debajo los presentes en señal de conformidad.

*[Signature]*  
 DR. JOSÉ MONTE MEDRANO  
 MEDICO  
 CMP 34880

RED DE SALUD SAN ROMÁN  
*[Signature]*  
 Lic. Zaida Histo Quisocala  
 ENFERMERA  
 CEP 48301

*[Signature]*  
 Lic. Zaida Histo Quisocala  
 ENFERMERA  
 CEP 48301

HOSPITAL CARLOS MONTE MEDRANO  
 CONVENIO DE GESTION  
*[Signature]*  
 Lic. Santa Cruz Cadenas  
 ODONTÓLOGO AUDITOR  
 RPAO 323 - CEP 1103

RED DE SALUD SAN ROMÁN  
*[Signature]*  
 Dra. Lucero A. Ramos Paredes  
 CMP 92007 RNA A12217

DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
 RED DE SALUD SAN ROMÁN  
*[Signature]*  
 M.C. José W. Mamaní Vilca  
 CMP 57466  
 DIRECTOR  
 HOSPITAL CARLOS MONTE MEDRANO

HOSPITAL CARLOS MONTE MEDRANO  
 CONVENIO DE GESTION  
*[Signature]*  
 Glensy Patricia Ito Ruelas  
 CEP 51893 - REG. 000027  
 AUDITORA EN SALUD

MINISTERIO DE SALUD  
*[Signature]*  
 Lic. María Y. Calderón Castro  
 CEP 20544  
 JEFA DE OBSTETRIAS  
 H.C.M


*[Signature]*  
 Lic. Carmen Vera H.  
 CEP 6439  
 JEFA DE OBSTETRIAS  
 H.C.M

- ATH 6-2 Resultado: 2
- Estándar ATH-7 ⇒ -ATH 7-1 Resultado: 1
- ATH 7-2 Resultado: 2
- ATH 7-3 Resultado: 2
- ATH 7-4 Resultado: 2
- ATH 7-6 Resultado: 1

**RECOMENDACIONES:**

- ATH.2-3: Se recomienda realizar acciones para disminución de tiempo, tramitado
- ATH. 4-5. Informes de auditoria de Historia Clínica, informe de seguimiento de Recomendaciones.
- ATH. 7-1: Documento que establece mecanismo de evaluación periodica de H. c.l.
- ATH. 7-6: Analisis de eventos Adversos del ultimo trimestre.

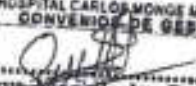
Se obtiene un puntaje 34/38 con un porcentaje del 89%. Se cierra el acta siendo las 13:30 horas. Firmam debajo los presentes en señal de conformidad.


  
 Lota Arana Quiroga  
 ENFERMERA  
 C.M. 47718

  
 RES DE SALUD SAN ROMÁN  
 LABORACIÓN ESPECIALIZADA  
 Juan Alfredo Rodríguez Meléndez  
 ANESTESIOLOGO MEDICO  
 C.M.P. 70079 - R.N.A. A11726


  
 RES DE SALUD SAN ROMÁN  
 Dr. Lucio A. Ramos Pizarro  
 C.M.P. 82007 R.N.A. A12217

  
 RES DE SALUD SAN ROMÁN  
 M. Soledad Calderón Castillo  
 CEP. 30044  
 REM 19877 REC 00022 REG 19891  
 AREA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA  
 H.C.M.M.

  
 HOSPITAL CARLOS MONTE MEDRANO  
 CONVENIO DE GESTION  
 Glensy Patricia Ito Rucías  
 CEP. 51593 - REG. 000027  
 AUDITORA EN SALUD

  
 Dr. Eduardo C. M. C.  
 HOSPITAL CARLOS MONTE MEDRANO  
 GINECOLOGO OBSTETRA  
 CEP. 40071 - REG. 000022

  
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
 RED DE SALUD SAN ROMÁN  
 M.C. José W. Mamari Vilca  
 C.M.P. 57466  
 DIRECTOR  
 HOSPITAL CARLOS MONTE MEDRANO

  
 HOSPITAL CARLOS MONTE MEDRANO  
 CONVENIO DE GESTION  
 Primito Juan López Corderos  
 COORDINADOR AUXILIAR  
 CEP. 51593 - REG. 000027





DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
RED DE SALUD SAN ROMAN

M.C. José W. Mamani Vica  
CMP 57966  
DIRECTOR  
HOSPITAL CARLOS MORALES ALVARADO

HOSPITAL DE SALUD  
HOSPITAL CARLOS MORALES ALVARADO

DR. HENRY A. CALLA ROQUE  
NUTRICIONISTA C.A.T. 2821  
M.P. DE E. S. S. S. S. S.



Mg. Sotelo Y Calderon Castillo  
CEP. 35044  
PERMISITARIO DE EJERCICIO PROFESIONAL  
EN EL DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDAD  
DE OTOLOGIA



REDE SALUD SAN ROMAN  
Dra. Lucero A. Ramos Ramirez  
CMP 02107 RNA 12217

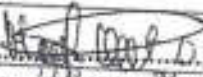


HOSPITAL CARLOS MORALES ALVARADO  
CONVENIOS DE GESTION

Glensy Mariela Ito Ruelas  
CEP. 51553 - REG. 000022  
AUDITORA EN SALUD



HOSPITAL CARLOS MORALES ALVARADO  
UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD  
Walter Javiera Cruz Cordero  
ODONTOLOGO AUDITOR  
RNAO 223 - CCP 11923



Milena del Carmen Viza B  
COP 6439  
JEFA DE OBSTETRIAS  
HCM



## ACTA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA IPRESS CARLOS HONGE MEDRANO

### MACROPROCESO 14: ADMISIÓN Y ALTA (ADA) - ESTADÍSTICA

Siendo las 12:15 horas del día 29 de Octubre del año 2024, se encuentran reunidos en el área de Admisión del Hospital Carlos Monge Medrano los integrantes del Equipo Evaluador interno: M.C. Jose Mamani Vilca, C.D. Walter Santa Cruz Cardenas, M.C. Lucero Ramos Pasaca, M.C. Iván Ramirez Melendez, Lic. Enf. Saida Calderon Castillo, Lic. Enf. Glenys Ito Ruelas, Obsta. María del Carmen Mita Barrionuevo y los Evaluados Ing. Martina Quispe Oblitas, Sr. Percy Corderi Yerba - Jefe de Admisión, con la finalidad de realizar la autoevaluación como parte del proceso de acreditación. Se procede a realizar la autoevaluación de acuerdo al listado de Estándares de acreditación de los EE. SS.

• Estándar ADA.1  $\Rightarrow$  -ADA.1-1: Resultado: 2

-ADA.1-2: Resultado: 1

-ADA.1-3: Resultado: 2

-ADA.1-4: Resultado: 2

-ADA.1-5: Resultado: 2

• Estándar ADA.2  $\Rightarrow$  -ADA.2-1: Resultado: 2

-ADA.2-2: Resultado: 2

-ADA.2-3: Resultado: 2

-ADA.2-4: Resultado: 0

-ADA.2-5: Resultado: 2

-ADA.2-6: Resultado: 2

-ADA.2-7: Resultado: 1

-ADA.2-8: Resultado: 1

• Estándar ADA.3  $\Rightarrow$  -ADA.3-1: Resultado: 2

-ADA.3-2: Resultado: 2

• Estándar ADA.4  $\Rightarrow$  -ADA.4-1: Resultado: 2

### RECOMENDACIONES:

ADA 1-2: Continuar la conservación y la custodia del sistema de

## ACTA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA IPRESS CARLOS MENGE MEDRANO

### MACRO PROCESO 17: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (GIN)

#### ESTADÍSTICA

Siendo las 11:00 horas del día 29 de Octubre del año 2024, se encuentran reunidos en la oficina de Estadística del Hospital Carlos Menge Medrano los integrantes del equipo Evaluador Interno: M.C. Jose Mamani Vilca, C.D. Walter Santa Cruz Cordenas, M.C. Lucero Ramos Paraca, M.C. Iván Ramirez Melendez, Lic Enf. Glenys Ita Ruelas, Lic Enf. Saída Calderon Castillo, Obsta. Maria del Carmen Mita Barrionuevo y la evaluada Ing. Martina Quispe Obitas - Jefe de la oficina de Estadística e Informática, con la finalidad de realizar la autoevaluación como parte del proceso de acreditación. Se procede a realizar la autoevaluación de acuerdo al listado de estándares de acreditación de los Establecimientos de Salud.

• Estandar GIN.1 ⇒ - GIN.1-1: Resultado: 2

- GIN.1-2: Resultado: 2

- GIN.1-3: Resultado: 2

- GIN.1-4: Resultado: 2

- GIN.1-5: Resultado: 1

- GIN.1-6: Resultado: 1

- GIN.1-7: Resultado: 0

- GIN.1-8: Resultado: 2

• Estandar GIN.2 ⇒ - GIN.2-1: Resultado: 1

- GIN.2-2: Resultado: 1

• Estandar GIN.3 ⇒ - GIN.3-1: Resultado: 1

- GIN.3-2: Resultado: 2

- GIN.3-3: Resultado: 0

- GIN.3-4: Resultado: 1

#### RECOMENDACIONES

- GIN.1-2: Identificar anualmente las necesidades de equipamiento para el óptimo funcionamiento del sistema informático.



ACTA DE AUTOEVALUACION DE LA IPRESS CARLOS MONSE MEDRANO

MACROPROCESO: 12: DOCENCIA E INVESTIGACIÓN (DIV)-UADI

Siendo las 9:45 horas del día 29 de Octubre del año 2024, se encuentran reunidos en la oficina de capacitación del Hospital Carlos Monge Medrano los integrantes del Equipo Evaluador Interno: M.C. Jose Mamani Vilca, C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas, M.C. Lucero Ramos Pasaca, M.C. Iván Ramírez Melendez, Lic. Enf. Glenys Ito Ruelas, Lic. Enf. Saida Calderón Castillo, Obst. Mario del Carmen Mita Barzinuevo y el evaluado M.C. Efraim U. Carrasco Gonzales -- Jefe de la Oficina de Capacitación-UADI con las finalidades de realizar la autoevaluación como parte del proceso de acreditación. Se procede a realizar la autoevaluación de acuerdo al listado de Estándares de acreditación de los EE. SS.:

- Estándar DIV.1 ⇒ - DIV.1-1: Resultado: 2
- DIV.1-2: Resultado: 1
- DIV.1-3: Resultado: 2
- DIV.1-4: Resultado: 2
- DIV.1-5: Resultado: 1
- DIV.1-6: Resultado: N.A
- DIV.1-7: Resultado: 0
- DIV.1-8: Resultado: 2
- DIV.1-9: Resultado: 1
- Estándar DIV.2 ⇒ - DIV.2-1: Resultado: 2
- DIV.2-2: Resultado: 2
- DIV.2-3: Resultado: 1
- DIV.2-4: Resultado: 1
- DIV.2-5: Resultado: 2
- DIV.2-6: Resultado: 2

RECOMENDACIONES:

- DIV.1-2: Confirmar Comité y operativizarlo y contar con libro de Acta Reuniones.
- DIV.1-5: El Comité debe estar operativo y debe ser multidisciplinario.
- DIV.1-7: Cumplir el Reglamento de Decencia de Pregrado y Postgrado



ACTA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA IPRESS CARLOS MONGE MEDRANO  
MACROPROCESO 19 : MANEJO DEL RIESGO SOCIAL (MRS)  
SERVICIO SOCIAL

Siendo las 8:30 horas del día 29 de octubre del año 2024, se encuentran reunidos en el Departamento de Servicio Social del Hospital Carlos Monge Medrano los integrantes del Equipo Evaluador Interno: M.C. Jose Mamani Vilca, C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas, M.C. Lucero A Ramos Pasaca, M.C. Juan A. Ramirez Melendez, Lic. Enf. Glenys M. Ito Ruelas, Lic. Enf. Saida Y. Calderin Castillo, absta. Maria del Carmen Mita Barrionuevo y la evaluada AS Patricia Julia Aza Vega - jefe del Departamento de Servicio Social, con la finalidad de realizar la autoevaluación como parte del proceso de Acreditación. Se procede a realizar la autoevaluación del acuerdo al Listado de Estándares de acreditación de los E.E.SS.

- ESTANDAR MRS.1 ⇒ - MRS 1-1: Resultado: 1
- MRS.1-2: Resultado: 2
- MRS.1-3: Resultado: 2
- MRS.1-4: Resultado: 2
- ESTANDAR MRS.2 ⇒ - MRS 2-1: Resultado: 2
- MRS 2-2: Resultado: 1

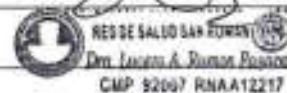
RECOMENDACIONES:

- MRS, 1-1: Evidenciar que los procedimientos del sistema de evaluación socio-económica estén presente en todos los puntos de entrada de los usuarios las 24 hrs.
- MRS.2-2: Las tarifas se deben adecuar a los lineamientos de Política Tarifaria del MINSA.

Se obtiene un puntaje de 10/12 con un porcentaje de 83% sin más tópicos a tratar se cierra el acta siendo las 9:15 horas y firman debajo los presentes en señal de conformidad.



Patricia Aza Vega  
TRABAJADORA SOCIAL  
C.T.S.P. N° 8206



ACTA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA IPRESS CARLOS MONGE MEDRANO

MACROPROCESO 9 : ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN (ATH)

**PEDIATRÍA**

Siendo las 12:00 horas del día 28 del mes de Octubre del año 2024, se encuentran reunidos en el servicio de Pediatría del Hospital Carlos Monge Medrano los integrantes del Equipo de Evaluadores Interno: M.C. José Mamani Vilca, C.D. Walter Santa Cruz Cardenas, M.C. Lucero Ramos Pasaca, M.C. Ivam Ramirez Melendez, Lic. Enf. Saida Salderon Castillo, Lic. Enf. Glorisy Ito Ruelas, Obsta. Mario del Carmen Mita Barro-nuevo y el evaluado M.C. Oscar A. Huenece Castro - Jefe del servicio de Pediatría, Lic. Enf. Nelly clonida Puri Pomari - Jefe de Enfermeras del servicio de Pediatría, con la finalidad de realizar la autoevaluación como parte del proceso de acreditación. Se procede a realizar la autoevaluación de acuerdo al listado de estándares de acreditación de los Establecimientos de Salud.

- Estándar ATH.1 ⇒ -ATH.1-1 : Resultado: 2  
-ATH.1-2 : Resultado: 2
- Estándar ATH.2 ⇒ -ATH.2-1 : Resultado: 2  
-ATH.2-2 : Resultado: 2  
-ATH.2-3 : Resultado: 1
- Estándar ATH.3 ⇒ -ATH.3-1 : Resultado: 2  
-ATH.3-2 : Resultado: 2
- Estándar ATH.4 ⇒ -ATH.4-1 : Resultado: 2  
-ATH.4-2 : Resultado: 2  
-ATH.4-5 : Resultado: 2
- Estándar ATH.5 ⇒ -ATH.5-1 : Resultado: 2  
-ATH.5-2 : Resultado: 2
- Estándar ATH.6 ⇒ -ATH.6-1 : Resultado: 2  
-ATH.6-2 : Resultado: 2
- Estándar ATH.7 ⇒ -ATH.7-1 : Resultado: 1



## ACTA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA IPRESS CARLOS MONGE MEDRANO

### MACROPROCESO 2: GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS (GRH)

Siendo las 10:05 horas del día 28 de Octubre del año 2024, se encuentran reunidos en la Dirección del Hospital Carlos Monge Medrano, los integrantes del Equipo Evaluador Interno: M.C. José Mamani Vilca, M.C. Lucero Ramos Paraca, C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas, M.C. Iván Ramírez Meléndez, Lic. Enf. Glorias Ito Ruelas, Lic. Enf. Saida Calderón Castillo, Obsta. María del Carmen Mita Barrionuevo y el Evaluado Lic. Godo Mamani Vasquez - jefe de Recursos Humanos, con la finalidad de realizar la autoevaluación como parte del proceso de acreditación. Se procede a realizar la autoevaluación de acuerdo al listado de Estándares de acreditación de los Establecimientos de Salud.

- Estandar GRH.1 ⇒ - GRH.1-1 : Resultado : 1 En proceso de gestión NPP
- GRH.1-2 : Resultado : 1 En proceso
- GRH.1-3 : Resultado : 1
- GRH.1-4 : Resultado : 0
- Estandar GRH.2 ⇒ - GRH.2-1 : Resultado : 2
- GRH.2-2 : Resultado : 1
- Estandar GRH.3 ⇒ - GRH.3-1 : Resultado : 1
- GRH.3-2 : Resultado : 2
- Estandar GRH.4 ⇒ - GRH.4-1 : Resultado : N.A
- GRH.4-2 : Resultado : 1 En proceso
- GRH.4-3 : Resultado : 1

### RECOMENDACIONES:

Lic. Godo Mamani Vasquez manifiesta la Reestructuración

- GRH.1-1: Solicitar aprobación del MOF con RD y cumplir con los procedimientos de incorporación del Recurso humano.
- GRH.1-2: Debe tener definido es procedimiento de inducción del personal y cumplir con todos los trabajadores nuevos.



ACTA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA IPRESS CARLOS HONGE MEDRANO  
MACROPROCESO 16: GESTIÓN DE MEDICAMENTOS (GMD)

FARMACIA

Siendo las 9:10 horas del día 28 de Octubre del año 2024 se encuentran reunidos en el Departamento de Farmacia del Hospital Carlos Hongo Medrano los integrantes del Equipo Evaluador Interno: M.C. Jose W. Marnani Vilca, C.D. Walter Santa Cruz Cardenas, M.C. Lucero A. Ramos Pasaca, Lic. Enf. Glenys M. Ito Ruelas, Lic. Enf. Saida Y. Calderon Castillo, Obsta. Maria del Carmen Mita Barriónuevo, M.C. Ivan Alfredo Ramirez Melendez y el evaluado Q.F. Yhon Dino Machaca Quispe - Jefe del Departamento de Farmacia, con la finalidad de realizar la Autoevaluación de acuerdo al listado de Estándares de acreditación de los Establecimientos de Salud.

- Estándar GMD.1  $\Rightarrow$  -GMD.1-1: Resultado: 1
- GMD.1-2: Resultado: 2 SISMED, SIS GALEN PLUS
- GMD.1-3: Resultado: 2
- GMD.1-4: Resultado: 2
- GMD.1-5: Resultado: 2
- Estándar GMD.2  $\Rightarrow$  -GMD.2-1: Resultado: 2
- GMD.2-2: Resultado: 2
- GMD.2-3: Resultado: 2
- GMD.2-4: Resultado: 2
- GMD.2-5: Resultado: 2
- Estándar GMD.3  $\Rightarrow$  -GMD.3-1: Resultado: 1
- GMD.3-2: Resultado: 2
- GMD.3-3: Resultado: 2
- GMD.3-4: Resultado: 1
- GMD.3-5: Resultado: 2

RECOMENDACIONES:

- GMD.1-1: Programar las compras sobre la base del peticionario nacional

## ACTA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA IPRESS CARLOS MONGE MEDRANO

### MACROPROCESO 7: ATENCIÓN AMBULATORIA (ATA)

#### CONSULTORIOS EXTERNOS

Siendo las 8:20 horas del día 28 de Octubre del año 2024, se encuentran reunidos en Consultorios Externos del Hospital Carlos Monge Medrano los integrantes del Equipo Evaluador Interno: M.C. José Wilfredo Mammari Vilca, C.D. Walter Santa Cruz Cardenas, M.C. Iván Alfredo Ramirez Melendez, M.C. Lucero A. Ramos Pasaca, Lic. Enf. Saida Y. Calderin Castillo, Lic. Enf. Glenys M. Ito Ruelas, Obstta. María del Carmen Mita Barrionuevo y la evaluada Lic. Enf. Hermelinda Apaza. Supervisora de Consultorios Externos con la finalidad de realizar la autoevaluación como parte del Proceso de Acreditación. Se procede a realizar la Autoevaluación de acuerdo al listado de Estándares de acreditación de los EE. SS.

● ESTANDAR ATA.1 ⇒ ATA.1-1: Resultado: 2

-ATA.1-2: Resultado: 2

-ATA.1-3: Resultado: 2

-ATA.1-4: Resultado: 1

-ATA.1-5: Resultado: 2

● ESTANDAR ATA.2 ⇒ -ATA.2-1: Resultado: 1

-ATA.2-2: Resultado: 1

-ATA.2-3: Resultado: 0

-ATA.2-4: Resultado: 2

● ESTANDAR ATA.3 ⇒ -ATA.3-1: Resultado: 2

-ATA.3-2: Resultado: 2

-ATA.3-6: Resultado: 2

● ESTANDAR ATA.4 ⇒ -ATA.4-1: Resultado: 2

-ATA.4-2: Resultado: 2

#### RECOMENDACIONES:

-ATA.1-4: Documento oficial que establece mecanismos y metas para reducir número de usuarios que no acceden a la Atención Ambulatoria.



DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
RED DE SALUD SAN RAMÓN

M.C. José W. Mamani-Vilca  
CMP 57466  
DIRECTOR  
HOSPITAL CARLOS MUNGE MEDRANO



HOSPITAL CARLOS MUNGE MEDRANO  
CONVENIOS DE GESTIÓN

Glenys Patricia Ito Ruelas  
CEP. 57493 - REG. 000027  
AUDITORA EN SALUD



- MRA. 1-3: Realizar reuniones de analisis de la Gestión de Riesgos de los procesos de atención y proponer mecanismos para disminuir su ocurrencia.
- MRA. 4-4: Incorporar el Plan de Prevención y control de Infecciones y los objetivos deben ser claros y medibles.
- MRA. 1-11: Implementar una metodología para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de la Atención
- MRA. 2-3. Indicar y aplicar las medidas de seguridad para el manejo de medicamentos o insumos que pueden ser causantes de eventos adversos, Manual de seguridad para el manejo de Medicamentos e insumos
- MRA: 6-5: Realizar informe de acciones realizadas según norma.
- MRA. 6-7: Implementar programas preventivos para más del 80% de riesgos.
- MRA. 6-8: Implementar Documento de procedimientos de descontaminación de las áreas de riesgo, para los trabajadores.

Se obtiene un puntaje de 84/94, con un porcentaje de 89%, sin más tópicos a tratar se cierra el acta siendo la 9:30 horas y firman debajo todos los presentes en señal de conformidad.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*  
 RED DE SALUD SAN ROMÁN  
 Dra. Lucero A. Rivero Paredo  
 C.M.P. 94007 - R.M.A. 10217

*[Handwritten signature]*  
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
 RED DE SALUD SAN ROMÁN  
 M.C. José W. Mamani Vilca  
 C.M.P. 57466  
 DIRECTOR  
 HOSPITAL CARLOS MONCE MEDRANO

HOSPITAL CARLOS MONCE MEDRANO  
 CONVENIO DE GESTIÓN  
*[Handwritten signature]*  
 Glensy Rodríguez Ito Ruelas  
 CEP. 51155 - REG. 000027  
 COORDINADORA EN SALUD

HOSPITAL CARLOS MONCE MEDRANO  
 JEFATURA  
*[Handwritten signature]*  
 JEF. DE AUDITORIA  
 CEP. 10523

*[Handwritten signature]*  
 M.P. Y Calderón Castillo  
 CEP. 30044  
 REG. 1167 / REG. 6007 / RFE. 19001  
 JEF. DE ADMINISTRACIÓN DE EFICIENCIA

## ACTA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA IPRESS CARLOS MONGE MEDRANO

MACROPROCESO: 4: MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCIÓN (MRA)

## EPIDEMIOLOGÍA

Siendo las 9:10 horas del día 25 de Octubre del año 2024, se encuentran reunidos en la Dirección del Hospital Carlos Monge Medrano los integrantes del Equipo Evaluador Interno: M.C. José W. Mamani Vilca, C.D. Walter Santo Cruz Sardenas, M.C. Lucero A. Ramos Pasara, M.C. Iván Alfredo Ramírez Melendez, Lic. Enf. Glenys M. Ito Ruelas, Lic. Enf. Saida Y. Calderón Castillo, Obsta. María del Carmen Mito Barrionuevo y la evaluada Lic en Enf. Miriam Rodríguez Oviedo - jefe de la Unidad de Epidemiología, con la finalidad de realizar la autoevaluación como parte del proceso de Acreditación. Se procede a realizar la Autoevaluación de acuerdo al Listado de Estándares de Acreditación de los EE. SS.

• Estandar MRA.1  $\Rightarrow$  -MRA.1-1 : Resultado : 2

-MRA.1-2 : Resultado : 2

-MRA.1-3 : Resultado : 1

-MRA.1-4 : Resultado : 2

-MRA.1-5 : Resultado : 2

-MRA.1-6 : Resultado : 2

-MRA.1-7 : Resultado : 2

-MRA.1-8 : Resultado : 2

-MRA.1-9 : Resultado : 2

-MRA.1-10 : Resultado : 2

-MRA.1-11 : Resultado : 1

• Estandar MRA.2  $\Rightarrow$  -MRA.2-1 : Resultado : 2

-MRA.2-2 : Resultado : 2

-MRA.2-3 : Resultado : 0

-MRA.2-4 : Resultado : 2

-MRA.2-5 : Resultado : 2

-MRA.2-6 : Resultado : 2

-MRA.2-7 : Resultado : 2



## ACTA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA IPRESS CARLOS MONGE MEDRANO

### MACROPROCESO 5: GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES (GSD)

Siendo las 8:05 horas del día 25 de Octubre del año 2024 se encuentran reunidos en la Dirección del Hospital Carlos Monge Medrano los integrantes del Equipo Evaluador Interno: M.C. José W. Marmamí Vilca, C.D. Walter Santa Cruz Lardenas, M.C. Lucero A. Ramos Pasaca, M.C. Juan A. Ramirez Melendez, Lic. Enf. Glenys M. Ito Ruelas, Lic. Enf. Saida Y. Calderon Castillo, ~~Obsta.~~ Maria del Carmen Mita Barrionuevo y la evaluada Lic. Enf. Edith Hinojosa Castillo - de Emergencias y Desastres, con la finalidad de realizar la autoevaluación, como parte del proceso de Acreditación. Se procede a realizar la autoevaluación de acuerdo al Listado de Estándares de Acreditación de los Establecimientos de Salud.

• Estandar GSD.1 ⇒ -GSD.1-1: Resultado: 2

-GSD.1-2: Resultado: 1 En proceso

-GSD.1-3: Resultado: 1

-GSD.1-4: Resultado: 2

-GSD.1-5: Resultado: 0

-GSD.1-6: Resultado: 2

-GSD.1-7: Resultado: 2

• Estandar GSD.2 ⇒ -GSD.2-1: Resultado: 0

-GSD.2-2: Resultado: 2

-GSD.2-3: Resultado: 0

-GSD.2-4: Resultado: 2

-GSD.2-5: Resultado: 2

-GSD.2-6: Resultado: 2

-GSD.2-7: Resultado: 2

-GSD.2-8: Resultado: 0

• Estandar GSD.3 ⇒ -GSD.3-1: Resultado: 2

-GSD.3-2: Resultado: 2

-GSD.3-3: Resultado: 2



## ACTA DE AUTOEVALUACION DE LA IPRESS CARLOS MONGE MEDRANO

## MACROPROCESO: 9 ATENCION DE HOSPITALIZACIÓN (ATH)

## Neonatología

Siendo las 8:00 horas del día 23 de Octubre del año 2024, se encuentran reunidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Carlos Monge Medrano los integrantes del Equipo Evaluador Interno: M.C. José W. Marmami Vulca, C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas, M.C. Lucero A. Ramos Pasaca, Lic. Enf. Glemys M. Ito Ruelas, Lic. Enf. Saida Y. Salderson Castillo, Obsteta Mariá del Carmen Mita Barrionuevo y las evaluadas M.C. Silvia Arpasi Chura - Jefe del servicio de Neonatología, Lic. Enf. Heydi M. Valdez Pachauri - Jefe de Enfermeras del Servicio de Neonatología, con la finalidad de realizar la autoevaluación como parte del proceso de acreditación. Se procedió a realizar la Autoevaluación de acuerdo al listado de Estándares de Acreditación de los EE. SS.

- Estándar ATH.1 ⇒ -ATH.1-1: Resultado: 2  
-ATH.1-2: Resultado: 2
- Estándar ATH.2 ⇒ -ATH.2-1: Resultado: 1  
-ATH.2-2: Resultado: 2  
-ATH.2-3: Resultado: 0
- Estándar ATH.3 ⇒ -ATH.3-1: Resultado: 2  
-ATH.3-2: Resultado: 2  
-ATH.3-3: Resultado: NA
- Estándar ATH.4 ⇒ -ATH.4-1: Resultado: 2  
-ATH.4-3: Resultado: 2  
-ATH.4-5: Resultado: 2
- Estándar ATH.5 ⇒ -ATH.5-1: Resultado: 2  
-ATH.5-2: Resultado: 2
- Estándar ATH.6 ⇒ -ATH.6-1: Resultado: 2  
-ATH.6-2: Resultado: 2
- Estándar ATH.7 ⇒

## ACTA DE AUTOEVALUACION DE LA IPRESS CARLOS MONGE MEDRANO

## MACROPROCESO: 1: DIRECCIONAMIENTO (DIR) - DIRECCIÓN

## PLANIFICACIÓN

Siendo las 11:15 horas del día 30 de Octubre del año 2024, se encuentran reunidos en la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital Carlos Monge Medrano los integrantes de Equipo Evaluador Interno: M.C. José Marmami Vilca, C.D. Walter Santa Cruz Cardenas, M.C. Lucero Raimos Pasaca, M.C. Ivam Ramirez Melendez, Lic. Enf. Glemys Ito Ruelas, Lic. Enf. Saida Calderon Castillo, Obsta. Maria del Carmen Mita Barrionuevo y el evaluado Ing. Ricardo Quispe Bustincio - Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico, con la finalidad de realizar la autoevaluación como parte del proceso de Acreditación. Se procede a realizar la autoevaluación como parte del proceso de acreditación. Se procede a realizar la autoevaluación de acuerdo al listado de Estándares de acreditación de los establecimientos de salud.

- ESTÁNDAR DIR.1 ⇒ -DIR.1-1: Resultado: 2 Se encuentra agregado <sup>al PET de la RED</sup>
- DIR.1-2: Resultado: 0
- DIR.1-3: Resultado: 1
- DIR.1-4: Resultado: 1
- DIR.1-5: Resultado: 2
- DIR.1-6: Resultado: 2
- DIR.1-7: Resultado: 2
- DIR.1-8: Resultado: 2
- ESTANDAR DIR.2 ⇒ -DIR.2-1: Resultado: 0
- DIR.2-2: Resultado: 0
- DIR.2-3: Resultado: 0

## RECOMENDACIONES:

-DIR.1-1: Formular y difundir su plan estratégico (misión, visión, políticas institucionales, objetivos y metas).

-DIR.1-2: Asegurar que las unidades de atención formulen inplementen



# ACTA DE AUTOEVALUACION DE LA JPRESS CARLOS MONGE MEDRANO

MACROPROCESO: 13: ATENCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y

TRATAMIENTO (ADT) - PATOLOGÍA CLÍNICA

Siendo las 10:30 del día 30 de Octubre del año 2024, se encuentran reunidos en el Departamento de Patología Clínica del Hospital Carlos Monge Medrano los integrantes del Equipo Evaluador interno: M.C. Jose Maramba Vilca, C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas, M.C. Lucero Ramos Pasaca, M.C. Ivan Ramirez Melendez, Lic. Enf. Clemys Ito Ruelas, Lic. Enf. Saida Calderon Castillo, Obst. Maria del Carmen Mito Barrionuevo y el evaluado Blgo. Ruben Menroy Apaza - Jefe del Dpto. de Patología Clínica y Anatomía Patológica con la finalidad de realizar la autoevaluación como parte del proceso de acreditación. Se procede a realizar la autoevaluación de acuerdo al listado de acreditación de los Establecimientos de Salud.

- Estandar ADT.1 ⇒ - ADT.1-1: Resultado: 2 Falta Revisión y aprobación
- ADT.1-2: Resultado: 2
- Estandar ADT.2 ⇒ - ADT.2-1: Resultado: 2
- ADT.2-2: Resultado: 2
- Estandar ADT.3 ⇒ - ADT.3-1: Resultado: 2
- ADT.3-2: Resultado: 2
- ADT.3-3: Resultado: N.A.
- ADT.3-4: Resultado: N.A.
- ADT.3-5: Resultado: 2
- ADT.3-6: Resultado: 1
- ADT.3-7: Resultado: 2

## RECOMENDACIONES:

ADT. 3-6: Capacitar al personal sobre las condiciones que debe cumplir el usuario para la toma de muestra.

Se obtiene un puntaje de 17/18 con un porcentaje de 94% sin más tópicos a tratar se cierra el acta siendo las 11:10 horas y



ACTA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA IPRESS CARLOS MONGE MEDRANO

MACROPROCESO: 9 ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN (ATH)- OBSTETRICIA

Siendo las 9:20 horas del día 30 de octubre del año 2024, se encuentran reunidos en el servicio de Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano los integrantes del Equipo Evaluador Interno: M.C. Jose Mamani Vilca, C.D. Walter Santa Cruz Cardenas, M.C. Lucero Ramos Pasaca, M.C. Ivam Ramirez Melendez, Lic. Enf. Saida Calderon Castilla, Lic. Enf. Glennys Ito Ruelas y los evaluados M.C. Pedro Champi Apaza - Jefe del Servicio de Obstetricia, Obsta. María del Carmen Mita Barruonuevo - Jefe de obstetras, con la finalidad de realizar la autoevaluación como parte del proceso de acreditación. Se procede a realizar la autoevaluación de acuerdo al listado de Estándares de acreditación de los Establecimientos de Salud.

- Estandar ATH.1 ⇒ -ATH.1-1: Resultado: 2
  - ATH.1-2: Resultado: 2
  - ATH.1-3: Resultado: 1
- Estandar ATH.2 ⇒ -ATH.2-1: Resultado: 1
  - ATH.2-2: Resultado: 2
  - ATH.2-3: Resultado: 1
- Estandar ATH.3 ⇒ -ATH.3-1: Resultado: 2
  - ATH.3-2: Resultado: 2
  - ATH.3-3: Resultado: N.A
  - ATH.3-4: Resultado: 2
- Estandar ATH.4 ⇒ -ATH.4-1: Resultado: 2
  - ATH.4-2: Resultado: 2
  - ATH.4-3: Resultado: 2
  - ATH.4-4: Resultado: 2
  - ATH.4-5: Resultado: 2
- Estandar ATH.5 ⇒ -ATH.5-1: Resultado: 2
  - ATH.5-2: Resultado: 2

## ACTA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA IPRESS CARLOS MONGE MEDRANO

## MACROPROCESO 9: ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN (ATH)

## CIRUGÍA "A"

Siendo las 8:00 horas del día 30 de octubre del año 2024, se encuentran reunidos en el servicio de Cirugía A del Hospital Carlos Monge Medrano los integrantes del Equipo Evaluador interno: M.C. José Mamani Vilca, C.D. Walter Santa Cruz Cardenas, M.C. Lucero Ramos Pasaca, Lic. Enf. Saida Calderon Castilla, Lic. Enf. Glenys Ito Ruelas, obsta. Mario del Carmen Mita Barmonuevo y los evaluados M.C. Hermes Cutipa Cahuina Lic. Enf. Judith Togle Rosas, con la finalidad de realizar la autoevaluación como parte del proceso de acreditación. Se procede a realizar la autoevaluación de acuerdo al listado de Estándares de acreditación de los E.E.S.S.

- Estándar ATH.1 ⇒ - ATH. 1-1: Resultado: 2  
- ATH. 1-2: Resultado: 2
- Estándar ATH.2 ⇒ - ATH. 2-1: Resultado: 1  
- ATH. 2-2: Resultado: 2  
- ATH. 2-3: Resultado: 1
- Estándar ATH.3 ⇒ - ATH. 3-1: Resultado: 2  
- ATH. 3-2: Resultado: 2
- Estándar ATH.4 ⇒ - ATH. 4-1: Resultado: 1  
- ATH. 4-3: Resultado: 0  
- ATH. 4-5: Resultado: 2
- Estándar ATH.5 ⇒ - ATH. 5-1: Resultado: 2  
- ATH. 5-2: Resultado: 2
- Estándar ATH.6 ⇒ - ATH. 6-1: Resultado: 2  
- ATH. 6-2: Resultado: 2
- Estándar ATH.7 ⇒ - ATH. 7-1: Resultado: 1  
- ATH. 7-2: Resultado: 2  
- ATH. 7-3: Resultado: 2  
- ATH. 7-4: Resultado: 2



y evalúen actividades concordantes con el Plan Operativo Institucional  
- DIR. 1-3: Elaborar Planes estratégico, operativo y de contingencia; cons-  
var y actualizar según procedimiento documentado.

- DIR. 1-4: Identificar las principales necesidades de salud de los usuarios  
por etapas de vida.

- DIR. 2-1: Contar con Documento de asignación a responsables de las  
actividades contenidas en los planes. (PEI, POA y Plan de contingencia)

- DIR. 2-2: Informe de responsables de los resultados de las actividades  
contenidas en los planes.

- DIR. 2-3: Se debe cumplir con los resultados esperados en el Plan  
Operativo Anual a la fecha de evaluación.

Se obtiene un puntaje de 12/22 con un porcentaje de 55% sin  
mas tópicos a tratar se cierra el acta siendo las 12:10 horas  
y firman debajo los presentes en señal de conformidad.

Ricardo Quiroga Bustillos  
01221722  
[Handwritten signature]



[Handwritten signature]  
Walter Y. Contreras Castillo  
CEP. 20034  
[Official stamp]

[Handwritten signature]  
Walter Santa Cruz Casanova  
DENTÓLOGO AGENCIA  
RTRD 225 - CEP 19028  
[Official stamp]



DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
RED DE SALUD SAN ROMAN

M.C. José W. Mariani Vilca  
CMB 57443  
DIRECTOR  
HOSPITAL CARLOS MONTE MÉRIZANO



HOSPITAL CARLOS MONTE MÉRIZANO  
CONVENIOS DE GESTIÓN

[Handwritten signature]  
Glenys Mariela Ito Ruelas  
CEP. 51593 - REG. 000029  
AUDITORA EN SALUD



RED DE SALUD SAN ROMAN  
DR. LUCERO A. RIVERA FERRER  
CMP 92007 RNAA12217

- ATH. 7-3: Resultado: 2
- ATH. 7-4: Resultado: 2
- ATH. 7-6: Resultado: 2

RECOMENDACIONES:

- ATH 2-1: La alta Dirección debe cumplir mas de 80% con atender
- ATH 2-3: Realizar la medición del tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente y las acciones para su disminución.
- ATH. 7-1: Se recomienda contar con mecanismos de evaluación Periodica de Historias clinicas por pares.

Se obtiene un puntaje de 35/38 con un porcentaje de 92%  
 Sin mas topicos a tratar se cierra el acta siendo las 8:50  
 horas y firman debajo los presentes en señal de conformidad

*[Handwritten signature]*  
 M.C. [Illegible]  
 JEFATURA DE [Illegible]  
 CEP. 28413

*[Handwritten signature]*  
 M.C. [Illegible]  
 JEFATURA DE [Illegible]  
 CEP. 13745

*[Handwritten signature]*  
 JEFATURA DE [Illegible]  
 ODONTOLOGO/AUDIOLUR  
 RNAD 025 - CEP 15122

DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
 RED DE SALUD SAN ROMAN  
 M.C. [Illegible]  
 CMP 57466  
 DIRECTOR  
 HOSPITAL DIRECTOR DE SEGURIDAD

RED DE SALUD SAN ROMAN  
 DR. [Illegible]  
 CMP 82007 RNAA12217

*[Handwritten signature]*  
 M.C. Soledad Y Calderon Castillo  
 CEP. 30844  
 Jefa del Departamento de Enfermeria  
 HCMH


HOSPITAL CARLOS MONTE ALERIANO  
 CONVENIOS DE GESTION  
 Gleyse [Illegible]  
 CEP 21663 - REG. 000027  
 AUDITORA EN SALUD



- EIF.1-7: Aplicar los procedimientos del manual para el mantenimiento de instalaciones electricas, mecanicas y sanitarias.
- EIF.1-8: Implementar manual de mantenimiento de areas criticas central y seguimiento.
- EIF.1-9: Implementar manual de medidas que permitan el buen uso y prevencion de deterioros de los equipos y servicios basicos (agua, energia electrica) y deben ser aplicados.
- EIF.2-1: Solicitar RD que apruebe el procedimiento de Verificacion de inventario, informe trimestral de verificacion de inventario.

Se obtiene un puntaje de 14/24 con un porcentaje de 58% sin mas topicos a tratar se cierra el acta siendo las 9:50 horas y firman debajo los presentes en señal de conformidad.


 *[Signature]*  
 Y. Carlos Castillo  
 1964  
 Jefe Unidad de Servicios

 *[Signature]*  
 RED DE SALUD SAN ROMAN  
 UNIDAD DE SERVICIOS  
 Juan Alfredo Ramirez Melendez  
 AUDITOR - MEDICO  
 CMP: 76477 - RNA: A11728

 *[Signature]*  
 Jefe Unidad de Servicios  
 C.P.N. 88127

 *[Signature]*  
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
 RED DE SALUD SAN ROMAN  
 M.C. Jose W. Mamani Vica  
 CMP 57586  
 DIRECTOR  
 HOSPITAL CARLOS MONTE MEGRANO

 *[Signature]*  
 HOSPITAL CARLOS MONTE MEGRANO  
 CONVENIO DE GESTION  
 Glensy Maria Ito Ruelat  
 C.C.P. 15892 - REG. 000027  
 AUDITORA EN SALUD

 *[Signature]*  
 RED DE SALUD SAN ROMAN  
 Dr. Lucero A. Flores Pineda  
 CMP 92007 RNA A12217

 *[Signature]*  
 JEFATURA  
 Walter Santa Cruz Cardenas  
 COORDINADOR  
 RNA 025 - COP 18823

*[Large signature]*

cm

- CGA 3-5: Resultado: 1
- CGA 3-6: Resultado: 1
- CGA 3-7: Resultado: 0
- CGA 3-8: Resultado: 2

RECOMENDACIONES:

- CGA.1-5: Cumplir con todo lo establecido (usuarios, Externo e Inter)
- CGA 2-2: Realizar informe del cumplimiento de los procesos.
- CGA. 2-3: Disminuir el porcentaje de información al usuario (críticos, etc)
- CGA. 2-4 Realizar directiva para garantizar la privacidad del paciente
- CGA. 2-4: Realizar publicación de la cartera de servicios y cronograma de respuesta
- CGA. 3-4: Evaluar la encuesta de satisfacción del usuario externo semestral.
- CGA. 3. 2: Informe mensual de atención de reclamos a enfermedades-PAF
- CGA. 3. 5: Informe del porcentaje de atendidos a usuarios con privacidad
- CGA. 3-6: Realizar acciones de mejora y subir el porcentaje de usuarios satisfechos
- CGA. 3-7: Cuantificar el porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral y llegar al nivel esperado.
- CGA. 3-8: Priorizar los proyectos de mejora implementados e informes.

Se obtiene un puntaje de 35/44 con un porcentaje de 79%. Con mayor ímpetu a tratar, se cierra el acta, siendo las 10:45 horas. Firmaron debajo los presentes en señal de conformidad.

The block contains several official stamps and signatures:

- Top Left:** Circular stamp of the Ministry of Health (Ministerio de Salud) with a signature over it.
- Top Center:** A large handwritten signature, possibly "Efraim Valencia".
- Top Right:** Rectangular stamp from the "DIRECCION REGIONAL DE SALUD RED DE SALUD SAN JOSE" with a signature.
- Middle Center:** Stamp from "HOSPITAL CARLOS MONJE MORENO CONVENIO AL SECTOR" with a signature.
- Middle Right:** Circular stamp from the "HOSPITAL CARLOS MONJE MORENO" with a signature.
- Bottom Left:** Stamp from "Ministerio de Salud" with a signature.
- Bottom Center:** Stamp from "Ministerio de Salud" with a signature.
- Bottom Right:** Stamp from "Ministerio de Salud" with a signature.



- CGP.2-9: Realizar informe de supervisión a los servicios  
 Documentación oficial de la auditoría de los procesos.

Se obtiene un puntaje de 25/26 con un porcentaje de 96%.

Sin más temas a tratar. Se cierra el acta cuando las 11:55 horas.



Se obtiene un puntaje de 16/20 con un porcentaje de 80%, sin me-  
topicos a tratar se cierra el acta siendo las 12:55 horas y firman  
debajo los presentes en señal de conformidad.

*M*  
GILBERTO ALVARADO RAMOS  
MEDICO RADIOLOGO  
CENEP 48609 RNE 37477  
DIAGNOSTICO POR IMAGENES



DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
RED DE SALUD SAN ROMAN

*[Signature]*  
Dr. José W. Mamani Vilca  
CENEP 57468  
RNE 15184  
MEDICO T. RADIOLOGO GENERAL



*[Signature]*  
Dr. Gerardo Navarrete  
CENEP 72107 RNE 472217

*[Signature]*  
HOSPITAL CIVIL CHILES MONTE BERTRAND  
CONSEJO DE GESTION  
Dr. Gerardo Navarrete  
CENEP 58225 - RNE 400027  
MEDICO EN SALUD



DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
RED DE SALUD SAN ROMAN

*[Signature]*  
Dr. Gerardo Navarrete  
CENEP 58225 - RNE 400027  
MEDICO EN SALUD



*[Signature]*  
Dr. Gerardo Navarrete  
CENEP 58225 - RNE 400027  
MEDICO EN SALUD

Tota



## ACTA DE REUNIÓN DE CIERRE DE LA AUTOEVALUACIÓN

## REALIZADA A LA IPRESS CARLOS MONGE MEDRANO

Siendo las 9:30 horas del día 18 de noviembre del año 2024 se encuentran reunidos el Equipo Evaluador Interno de la Autoevaluación de la IPRESS Carlos Monge Medrano Categoría II-2 y los Jefes de los diferentes Areas y/o Servicios evaluados según Plan de Trabajo del año 2024. Se encuentran reunidos en la Dirección del Hospital Carlos Monge Medrano, con la finalidad de remanicar la culminación de la Autoevaluación Programada, donde el evaluador líder Dr. José Wilber de Mamani Vilca da inicio al mismo; primeramente agradece a los presentes su asistencia y participación en el desarrollo de la Evaluación de la Lista de Estándares en el Proceso de Acreditación. Seguidamente da a conocer a los presentes el puntaje final que es igual al 82% puntos donde según normativa la IPRESS Carlos Monge Medrano estaría como No Aprobado y las observaciones se tendrían que subsanar los criterios observados y arrojarse nuevamente a una evaluación externa en un plazo máximo de seis meses y en caso de que los plazos no se cumplan, la IPRESS Carlos Monge Medrano deberá iniciar el proceso desde la fase de Autoevaluación; por lo tanto exhorta cumplir con el levantamiento de observaciones como se queda en las actas de compromiso de cada evaluación a la vez se entrega el acta a cada jefe. El C.D. Walter Santa Cruz integrante del Comité de Evaluadores Internos menciona los resultados de los Manoprocesos por Categoría: Categoría Gerencial obtuvo un puntaje de 73.70%. Categoría Prestacional obtuvo un puntaje de 89.94% y la Categoría de Apoyo obtuvo un puntaje de 79.89% respectivamente manifestando que claramente la Categoría Gerencial está con menor puntaje de igual forma invita

en los plazos establecidos. Por otro lado la Lic. Sandra Yando Calderon Drottilis da a conocer los resultados por macroprocesos a los jefes de áreas y/o servicios.

Resultados por cada Macroproceso por porcentajes.

- Direccionamiento: 31.82 %
- Gestión de recursos humanos: 67.65 %
- Gestión de la calidad: 76.73 %
- Manejo del Riesgo de atención: 91.18 %
- Gestión de Seguridad ante desastres: 75 %
- Control de la Gestión y prestación: 95.65 %
- Atención Ambulatoria: 87.50 %
- Atención de Hospitalización: 95.37 %
- Atención de emergencia: 100 %
- Atención quirúrgica: 88.30 %
- Docencia e Investigación: 82.50 %
- Apoyo diagnóstico y Tratamiento: 95.45 %
- Admisión y alta: 82.86 %
- Referencia y Contrareferencia: 91.18 %
- Gestión de medicamentos: 92.31 %
- Gestión de la información: 63.04 %
- Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización: 75.86 %
- Manejo del riesgo social: 100 %
- Nutrición y dietética: 94.12 %
- Gestión de insumos y materiales: 69.23 %
- Gestión de equipos e infraestructura: 55.82 %

Refiere que claramente los macroprocesos son menos puntaje y con un resultado crítico son direccionamiento donde los presentes se comprometen a cumplir los plazos establecidos levantando las observaciones.

El jefe de Gestión de la Calidad hace la entrega de una copia.



servicio de la I.P.A.S.S. detallando las recomendaciones res-  
 pectivamente. El evaluador lidera reuniones a los involucrados  
 según los plazos establecidos como parte del plantereo y así  
 cumplir con los estándares de calidad para la acreditación  
 del Hospital Carlos Monge Medrano y continuando con la  
 segunda fase que es la evaluación externa respectivamente.  
 Sin más tópicos a tratar se cierra el acta siendo las 12:40  
 horas y firman debajo los presentes en señal de confor-  
 mación.

  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
 RED DE SALUD SAN ROMÁN  
 Lic. María W. Rodríguez  
 C.E.P. 57466  
 D.I.R.E. 0-0724  
 AL. 0-0724

  
 HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 UNIDAD DE GINECOLOGÍA  
 Walter Santos Cruz Cordero  
 ODONTOLOGO APLICADO  
 R.M.O. 025 - COP 15625

  
 Lic. María W. Rodríguez  
 C.E.P. 57466  
 D.I.R.E. 0-0724  
 AL. 0-0724

  
 HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 GOBIERNO DE GESTIÓN  
 Glensy Mariela Ito Ruelas  
 CEP. 51893 - RFO. 00992  
 AUTÓNOMA DE SALUD

  
 Lic. María W. Rodríguez  
 C.E.P. 57466  
 D.I.R.E. 0-0724  
 AL. 0-0724

  
 María de la Cruz  
 COP 6430  
 JEFA DE OBSTETRAS  
 - C.M.M.

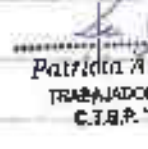
  
 RED DE SALUD SAN ROMÁN  
 Dra. Lucía A. Flores  
 CUP 92037 R.M.A.12217

  
 Dr. Víctor Andrés Arcezo  
 GINECOLOGO - GINECOLOGO  
 R.M.O. 16575 - R.M.E. 30000

  
 Lic. María W. Rodríguez  
 C.E.P. 57466  
 D.I.R.E. 0-0724  
 AL. 0-0724

  
 D.E. YUNIBUNDO MACHACA QUIROZ  
 C.E.P. 15218  
 JEFA DEL Dpto. DE TALLERES  
 C.M.M.

  
 RED DE SALUD SAN ROMÁN  
 Lic. María W. Rodríguez  
 C.E.P. 57466  
 D.I.R.E. 0-0724  
 AL. 0-0724

  
 Patricia Azo Vega  
 TRABAJADORA SOCIAL  
 C.T.R.P. 11826

  
 RED DE SALUD SAN ROMÁN  
 Lic. María W. Rodríguez  
 C.E.P. 57466  
 D.I.R.E. 0-0724  
 AL. 0-0724

  
 MINISTERIO DE SALUD  
 Lic. María W. Rodríguez  
 C.E.P. 57466  
 D.I.R.E. 0-0724  
 AL. 0-0724

  
 Lic. María W. Rodríguez  
 C.E.P. 57466  
 D.I.R.E. 0-0724  
 AL. 0-0724



HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO: N°1 - DIRECCIÓN AMPLIADO

EVALUADORES:

M.C. José Mamani Vilca, M.C. Iván Ramírez Meléndez, M.C. Lucero Ramos Pasaca, C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas, Lic. Saicía Calderón Castillo, Lic. Genys Mariela Ito Ruclus

FECHA: 30-10-2024


SERVICIO EVALUADO: D. H. C. 2024

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN: - ING. RICARDO BUISPE BUSTINGO

| Código del Estándar | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable              | Técnica utilizada | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios |
|---------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------|--------------------------------------|
| DIR.1               | DIR 1-1                          | PERDIDA REP. S.S. R. 2024     | Revisión Doc.     | 2 (P. E. LO REOUSA GORE).            |
|                     | DIR 1-2                          | -                             | -                 | 0                                    |
|                     | DIR 1-3                          | AGREGADO AL P.O.2 REC. S.S.R. | Revis. Doc.       | 1 (FALTA POR OFICINA REC. H.C. M.M.) |
|                     | DIR 1-4                          | ASIS                          | Revisión Doc.     | 1 (SOLA ALGUNAS C. IMPR. DE VIDA)    |
|                     | DIR 1-5                          | ASIS                          | Revisión Doc.     | 2                                    |
|                     | DIR 1-6                          | FON                           | Revisión Doc.     | 2                                    |
|                     | DIR 1-7                          | R.O. DE APROBACIÓN DE G.P.C.  | Revisión Doc.     | 2                                    |
|                     | DIR 1-8                          | POA                           | Revisión Doc.     | 2                                    |
| DIR.2               | DIR 2-1                          | -                             | -                 | 0                                    |
|                     | DIR 2-2                          | -                             | -                 | 0                                    |
|                     | DIR 2-3                          | -                             | -                 | 0                                    |
|                     |                                  |                               |                   | 12/22 ⇒ 54.5%                        |

*[Handwritten signature]*  
 Ricardo Buispe Bustinas  
 01221322  
 jefe unidad planeamiento

*[Handwritten signature]*  
 Unidad de Gestión de la Calidad  
 Hospital Carlos Monge Medrano

INSPECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
 REGION DEL VALLE DEL CAJAMA  
  
 M.C. Jolie W. Mamani Vilca  
 C.M.E. 57466  
 DIRECTORA  
 HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

*[Handwritten signature]*  


HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 C.M.P. 27007 BVA 18217

HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"


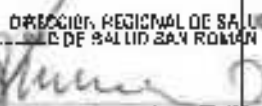



MACROPROCESO: N° 2 - Gestión de Recursos Humanos C.B.M.H.  
 EVALUADORES:

M.C. José Mamani Vírca, M.C. Iván Ramírez Meza, M.C. Lucero Ramos Pasaca, C.D. Walter Santa Cruz  
 Córdova, Lic. Saïda Calderón Castillo, Lic. Genys Mariela Ito Ruelas

FECHA: 28.10.24

SERVICIO EVALUADO: OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN: - Lic. GODO MAMANI VÁSQUEZ

| Código del Estándar  | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable   | Técnica utilizada | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios  |
|--|----------------------------------|--|-------------------|---|
| GRH.1  | GRH.1-1                          | CONDICIÓN DEL MPP (EN PROCESO)   | REVISIÓN DOC.     | 1 EN PROCESO DE CALIDAD MPP   |
|  | GRH.1-2                          | DOCUMENTO NUMEROS EN PROCESO   | REVISIÓN DOC.     | 1 EN PROCESO  |
|  | GRH.1-3                          | MPP (EN PROCESO)   | REVISIÓN DOC.     | 1   |
|  | GRH.1-4                          | -  | -                 | 0   |
| GRH.2  | GRH.2-1                          | MEMORANDUM POR SERVIDOS, APTAS   | REVISIÓN DOC.     | 2   |
|  | GRH.2-2                          | ACTO DE RENOVACIÓN DE ALGUNAS APTAS  | REVISIÓN DOC.     | 1   |
| GRH.3  | GRH.3-1                          | REUNIONES DE SEGURIDAD   | REVISIÓN DOC.     | 1 FALTA INFORME DE CUMPLIMIENTO   |
|  | GRH.3-2                          | REVISIÓN OFICIAL DE ASESURADOS   | REVISIÓN DOC.     | 2   |
| GRH.4  | GRH.4-1                          | -  | -                 | NA  |
|  | GRH.4-2                          | PPPE EN PROCESO DE APROBACIÓN - PDA  | REVISIÓN DOC.     | 1 EN PROCESO DE EJECUCIÓN   |
|  | GRH.4-3                          | CAPACITACIÓN A PERSONAL (PERSONAL)   | REVISIÓN DOC.     | 1   |
|  |                                  |  |                   | 11/20 ⇒ 55%   |
|  |                                  |  DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD<br>DEPARTAMENTO DE SALUD SAN RAMÓN |                   | <br>M.C. José W. Mamani Vírca<br>CALP 57166<br>GERENTE<br>CARLOS VERGUE NEUMANN |
|  HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO<br>DEPARTAMENTO DE CALIDAD |                                  |  HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO<br>DEPARTAMENTO DE CALIDAD       |                   | <br>Genys Mariela Ito Ruelas<br>CALP 57166<br>GERENTE                          |



HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO: N° 3 - GESTIÓN DE LA CALIDAD (GCA)

EVALUADORES:

M.C. José Marlon Vico, M.C. Iván Ramírez Melendez, M.C. Lucero Ramos Pasaca, C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas, Lic. Seida Calderón Castillo, Lic. Glenys Mariala Lo Ruelas

FECHA: 31-10-2024

SERVICIO EVALUADO: GESTIÓN DE LA CALIDAD

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN: - C.D. WALTER SANTA CRUZ CÁRDENAS  
 - DR. EBRAHIM VIGENCIA LAYME

| Código del Estándar | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable                         | Técnica utilizada           | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios |
|---------------------|----------------------------------|--|-----------------------------|--------------------------------------|
| GCA1                | GCA1-1                           | DOCUMENTO OFICIAL DE DESIEMBRADO         | REVISIÓN DOC.               | 2                                    |
|                     | GCA1-2                           | PERSONAL DEL AREA CAPACITADO             | REVISIÓN DOC.               | 2                                    |
|                     | GCA1-3                           | DOC. NACIONAL DEL COMITÉ DE MEDICINA     | REVISIÓN DOC.               | 2                                    |
|                     | GCA1-4                           | MAPPINGS                                 | REVISIÓN DOC.               | 2                                    |
|                     | GCA1-5                           | CUESTIONARIO DE DE EXT. DE LOS USUARIOS  | REVISIÓN DOC.               | 1                                    |
| GCA-2               | GCA2-1                           | BÚLTOS                                   | REVISIÓN DOC.               | 2                                    |
|                     | GCA2-2                           | FLETOGRAMA                               | REVISIÓN DOC.               | 2 FOLTO MAPPING O DOC OFICIAL        |
|                     | GCA2-3                           | BANNERS, VOLANTES                        | REVISIÓN DOC.               | 1 FOLTO INICIACIÓN                   |
|                     | GCA2-4                           | PROGRAMAS PARA EL DISEÑO DE PRESERVACIÓN | REVISIÓN DOC.               | 1 FOLTO DIRECTIVO INFORME.           |
| GCA.                | GCA2-5                           | ENCUESTA DE SATISFACCIÓN                 | REVISIÓN DOC.               | 2 FOLTO INFORME                      |
|                     | GCA2-6                           | PLAN DE CALIDAD                          | REVISIÓN DOC.               | 2 FOLTO INFORME                      |
|                     | GCA2-7                           | PANEL                                    | OBSERVACIÓN REVISIÓN VISUAL | 2 FOLTO CAMBIO CON RESPONSABILIDAD   |
|                     | GCA2-8                           | FLETOGRAMAS POR SERVICIOS                | VERIFICACIÓN OBSERVACIÓN    | 2                                    |
|                     | GCA2-9                           | PANELES EN LAS ARIAS                     | VERIFICACIÓN OBSERVACIÓN    | 2                                    |
| GCA.3               | GCA3-1                           | INFORME DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN    | REVISIÓN DOC (ENCUESTAS)    | 1 FOLTO DE USUARIO INFORME           |
|                     | GCA3-2                           | SE CUANTIFICAN PERO FOLTO INFORME        | REVISIÓN DOC.               | 1 EN PROceso FOLTO INFORME           |
|                     | GCA3-3                           | ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIOS        | REVISIÓN DOC.               | 2 FOLTO DEFINIR METAS                |

HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO:



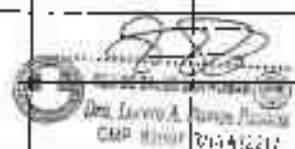



EVALUADORES:

M.C. José Marrón Vique, M.C. Iván Ramírez Meendez, M.C. Lucero Ramos Pasaca, C.D. Walter Santa Cruz Córdones, Lic. Saida Calderón Castillo, Lic. Glorys Mariela Ito Ruelas

FECHA:

SERVICIO EVALUADO: *GESTIÓN DE LA CALIDAD*

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN:

| Código del Estándar | Código de criterio de Evaluación  | Fuente Auditable  | Técnica utilizada    | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios  |
|---------------------|---|---|----------------------|---|
| <i>GCA3-4</i>       | <i>ENCUESTA DE SATISFUSION USUARIO/ PACIENTES SR.</i>                               | <i>ENCUESTA DE SATISFUSION USUARIO/ PACIENTES SR.</i>                               | <i>REVISIÓN DOC.</i> | <i>2</i>  |
| <i>GCA3-5</i>       | <i>MAPPAROS</i>   | <i>MAPPAROS</i>   | <i>REVISIÓN DOC.</i> | <i>1</i> <i>POCITA INFORME</i>  |
| <i>GCA3-6</i>       | <i>INFORME DE ENCUESTA</i>  | <i>INFORME DE ENCUESTA</i>  | <i>REVISIÓN DOC.</i> | <i>1</i> <i>POCITA DEFINICION METAS</i>   |
| <i>GCA3-7</i>       | <i>-</i>  | <i>-</i>  | <i>-</i>             | <i>0</i>  |
| <i>GCA3-8</i>       | <i>PROYECTOS DE ACTUACION IMPLEMENTACION.</i>                                       | <i>PROYECTOS DE ACTUACION IMPLEMENTACION.</i>                                       | <i>REVISIÓN DOC.</i> | <i>2</i>  |
|                     |   |   |                      | <i>35/44 ⇒ 79%</i>  |
|                     | <i>Def. de Salud</i>  |  | <i>Director</i>      |  |
|                     |  |  | <i>Director</i>      |  |
|                     | <i>Jefa de Obstetras</i>  |  |                      | <i>Glorys Mariela Ito Ruelas</i><br>C.E.P. 21593 • REG. COCC27<br>E.C. DITO EN SALUD  |

HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO: N° 04 - MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCIÓN (MRA)

EVALUADORES:

M.C. José Mamani Vilca, M.C. Iván Ramírez Meléndez, M.C. Lucero Ramos Pasaca, C.D. Walter Santa Cruz Córdones, Lic. Saída Calderón Castillo, Lic. Glenys Mariela Iru Ruclos

FECHA: 25-10-2024

SERVICIO EVALUADO: EPIDEMIOLOGÍA

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN: LIC. MIRIAM RODRIGUEZ OLIVERO

| Código del Estándar | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable                         | Técnica utilizada          | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios |
|---------------------|----------------------------------|--|----------------------------|--------------------------------------|
| MRA.1               | MRA1-1                           | DOCUMENTOS DE DESARROLLO                 | REVISIÓN DOC.              | 2                                    |
|                     | MRA1-2                           | SISTEMA DE VISIÓN DE RIESGO              | VERIFICACIÓN OBSERVACIÓN   | 2                                    |
|                     | MRA1-3                           | ACTAS DE REUNIONES                       | REVISIÓN DOC.              | 1 FALTA INFORME DE PROPUESTAS        |
|                     | MRA1-4                           | SISTEMAS DE VISIÓN Y ACTAS DE REUNIONES  | REVISIÓN DOC.              | 2                                    |
|                     | MRA1-5                           | MAPAS DIRECTIVOS                         | REVISIÓN DOC.              | 2                                    |
|                     | MRA1-6                           | INDICADORES DE MONITOR NEUMONAL          | REVISIÓN DOC.              | 2                                    |
|                     | MRA1-7                           | INFORME DE PLAN DE MONIT-1000 MONIT-1000 | REVISIÓN DOC.              | 2                                    |
|                     | MRA1-8                           | FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO      | REVISIÓN DOC.              | 2                                    |
|                     | MRA1-9                           | FORMATOS DE CONSENTIMIENTO INF.          | REVISIÓN DOC.              | 2                                    |
|                     | MRA1-10                          | FORMATO APROBADO POR R.D.                | REVISIÓN DOC.              | 2                                    |
|                     | MRA1-11                          | FORMATOS DE RECURSOS DEL PD.             | REVISIÓN DOC.              | 1 FALTA ENCUESTA E INFORME DE RIESGO |
| MRA.2               | MRA2-1                           | INFORME DE BASES DE DATOS                | REVISIÓN DOC.              | 2                                    |
|                     | MRA2-2                           | SERIOS DE SEGUIMIENTO DE SALUD, RIESGOS  | REVISIÓN DOCUMENTARIA      | 2                                    |
|                     | MRA2-3                           | -  | -                          | 0                                    |
|                     | MRA2-4                           | PLANOS IDENTIFICADOS CON CÓDIGOS         | VERIFICACIÓN               | 2                                    |
|                     | MRA2-5                           | BASES DE DATOS DE IDENTIFICACIÓN         | REVISIÓN DOC. VERIFICACIÓN | 2                                    |
|                     | MRA2-6                           | MAPAS UPP                                | REVISIÓN DOC.              | 2                                    |



HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO:  
 EVALUADORES:

FECHA:

SERVICIO EVALUADO: EPIDEMIOLOGÍA

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN:

| Código del Estándar | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable                 | Técnica utilizada             | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios |
|---------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
|                     | MRA2-7                           | G.P.C.                           | REVISIÓN DOC.                 | 2                                    |
|                     | MRA-2-8                          | MADPRO ENFERMERÍA                | REVISIÓN DOC.                 | 2                                    |
|                     | MRA2-9                           | G.P.C.                           | REVISIÓN DOC.                 | 2                                    |
| MRA.3               | MRA3-1                           | G.P.C.<br>MAPPD                  | REVISIÓN DOC.                 | 2                                    |
|                     | MRA3-2                           | G.P.C.                           | REVISIÓN DOC.                 | 2                                    |
|                     | MRA3-3                           | SOLUCIONES,<br>PAPEL TOALLA      | OBSEVACIÓN                    | 2                                    |
|                     | MRA3-4                           | MANUAL DE<br>BIOSSEGURIDAD       | REVISIÓN DOC.                 | 2                                    |
| MRA.4               | MRA4-1                           | DOC. EMITIDO<br>POR MINSA        | REVISIÓN DOC.                 | 2                                    |
|                     | MRA4-2                           | INFORMES IAPS                    | REVISIÓN DOC.                 | 2                                    |
|                     | MRA4-3                           | INFORMES RENUNDA                 | REVISIÓN DOC.                 | 2                                    |
|                     | MRA4-4                           | -                                | -                             | 0                                    |
| MRA.5               | MRA5-1                           | MANUALES Y<br>PROFUNDOS          | REVISIÓN DOC.                 | 2                                    |
|                     | MRA5-2                           | HCL. - SUPAC                     | REVISIÓN DOC.                 | 2                                    |
|                     | MRA5-3                           | MADPROS                          | REVISIÓN DOC.                 | 2                                    |
|                     | MRA5-4                           | LIBROS DE<br>Cuentas por pagar   | VERIFICACIÓN<br>REVISIÓN DOC. | 2                                    |
|                     | MRA5-5                           | ACTAS DE REUNIONES               | REVISIÓN DOC.                 | 2                                    |
| MRA.6               | MRA6-1                           | MANUAL DE<br>BIOSSEGURIDAD y EPS | REVISIÓN DOC.                 | 2                                    |

HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO:

EVALUADORES:

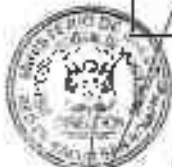
M.C. José Mamani Vllra, M.C. Iván Ramírez Melendez, M.C. Lucero Ramos Pasaca, C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas, Lic. Saida Calderón Castillo, Lic. Glenys Marleta Toro Ruelas

FECHA:

SERVICIO EVALUADO: EPIDEMIOLOGÍA

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN:

| Código del Estándar | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable                        | Técnica utilizada          | Sustento del Puntaje/ Comentarios                      |
|---------------------|----------------------------------|---|----------------------------|--|
|                     | MRA6-2                           | CARTILLAS VISIBLES                      | REVISIÓN DOC. VERIFICACIÓN | 2  |
|                     | MRA6-3                           | DIRECCIONARIO DE EPS, BUENAS PRACTICAS  | REVISIÓN DOCUMENTARIA      | 2  |
|                     | MRA6-4                           | SECCIONES Y PECUNIAS                    | REVISIÓN DOC.              | 2  |
|                     | MRA6-5                           | REPORTES DE RESPONSABILIDAD OCUPACIONAL | REVISIÓN DOC.              | 1 FOLTO CONCORDANCIA CON ÁREAS INTERVENCIONALES        |
|                     | MRA6-6                           | MANUAL DE BIOSSEGURIDAD                 | REVISIÓN DOC.              | 2  |
|                     | MRA6-7                           | MAPA DE RIESGOS CURATORIALES            | REVISIÓN DOC.              | 1 SOLO SE CONSIDERÓ MAPA DE RIESGOS DE TBC, H1N1, H5N1 |
|                     | MRA6-8                           | -                                       | -                          | 0  |
|                     | MRA6-9                           | MANUAL DE BIOSSEGURIDAD                 | REVISIÓN DOC.              | 2  |
|                     | MRA6-10                          | REPORTES DE RESPONSABILIDAD OCUPACIONAL | REVISIÓN DOC.              | 2  |
| MRA7                | MRA7-1                           | NORMA LABORAL DEL PROCESO DE MPPRO      | REVISIÓN DOC.              | 2 CUMPLE CON NORMA MPPRO, NORMA INTERNA DEL PROCESO    |
|                     | MRA7-2                           | MPPRO LIMPIEZA                          | REVISIÓN DOC.              | 2  |
|                     | MRA7-3                           | MPPRO LIMPIEZA                          | REVISIÓN DOC.              | 2  |
|                     | MRA7-4                           | DISPENSIARIO DE DUDA SEGURA             | REVISIÓN DOC.              | 2  |
| MRA8                | MRA8-1                           | -                                       | -                          | NA PRIMERA NIVEL DE ATENCIÓN                           |
|                     | MRA8-2                           | -                                       | -                          | NA PRIMERA NIVEL DE ATENCIÓN                           |
|                     | MRA8-3                           | -                                       | -                          | NA PRIMERA NIVEL DE ATENCIÓN                           |
|                     |                                  |   |                            | 84/94 ⇒ 89%  |



M.C. José W. Mamani Vllra  
 DIRECTOR



Walter Santa Cruz Cárdenas  
 COORDINADOR DE LA UGC

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

HOSPITAL CARLOS MONGE MÉRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO: N° 5 - GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES (GSD)

EVALUADORES:

M.C. José Mamani Vilca, M.C. Iván Ramírez Melander, M.C. Lucero Ramos Pastaza, C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas, Lic. Saida Calderón Castillo, Lic. Glennis Mariela Toro Ruelas

FECHA: 25-10-24

SERVICIO EVALUADO: EMERGENCIAS Y DESASTRES

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN: LIC. COITH AINOTOSA CASTILLO

| Código del Estándar | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable                       | Técnica utilizada      | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios |
|---------------------|----------------------------------|--|------------------------|--------------------------------------|
| GSD.1               | GSD1-1                           | CERTIFICADO DE INSPECCIÓN TÉCNICA      | REVISIÓN DOC.          | 2                                    |
|                     | GSD1-2                           | PLAN DE EMERGENCIAS                    | REVISIÓN DOC.          | 1 EN PROCESO                         |
|                     | GSD1-3                           | SEÑALIZACIÓN                           | OBSERVACIÓN            | 1                                    |
|                     | GSD1-4                           | LETRAJOS DE SEÑALIZACIÓN               | OBSERVACIÓN            | 2                                    |
|                     | GSD1-5                           | -                                      | -                      | 0                                    |
|                     | GSD1-6                           | INFORME ISH                            | VERIFICACIÓN           | 2                                    |
|                     | GSD1-7                           | Y AS DE ENTRADA Y SALIDA A EMERGENCIAS | OBSERVACIÓN            | 2                                    |
| GSD.2               | GSD2-1                           | -                                      | -                      | 0                                    |
|                     | GSD2-2                           | R.D. DE COMERCIALIZACIÓN DE BOLSAS     | VERIFICACIÓN           | 2                                    |
|                     | GSD2-3                           | -                                      | -                      | 0                                    |
|                     | GSD2-4                           | INFORMES                               | REVISIÓN DOCUMENTARIA  | 2                                    |
|                     | GSD2-5                           | ACTAS DE REUNIONES MANTENIMIENTO       | REVISIÓN DOCUMENTARIA  | 2                                    |
|                     | GSD2-6                           | ACTAS DE REUNIONES CON EXTENSA CIVIL   | REVISIÓN DOCUMENTARIA  | 2                                    |
|                     | GSD2-7                           | INFORMES DE SIMULACROS                 | REVISIÓN DE DOCUMENTOS | 2                                    |
|                     | GSD2-8                           | -                                      | -                      | 0                                    |
| GSD.3               | GSD3-1                           | DOCUMENTOS DE OTRAS UNIDADES           | VERIFICACIÓN           | 2                                    |
|                     | GSD3-2                           | AMBULANCIAS                            | OBSERVACIÓN            | 2                                    |



HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO:


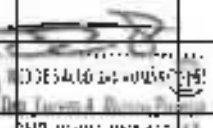

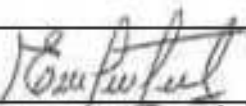





EVALUADORES:

M.C. José Mamani Vilca, M.C. Iván Ramírez Meléndez, M.C. Lucero Romos Pasaca, C.D. Walter Santa Cruz  
 Cáceres, Lic. Saida Colcurón Castillo, Lic. Glensy Mariela Ito Ruelas

FECHA:

SERVICIO EVALUADO: EMERGENCIAS Y DEPARTAMENTOS

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN:

| Código del Estándar   | Código de criterio de Evaluación   | Fuente Auditable  | Técnica utilizada   | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios |
|---|--|---|---|--------------------------------------|
|   | 6SD3-3   | PROBOS  | VERIFICACIÓN  | 2                                    |
|   | 6SD3-4   | GENERADOR DE ENERGÍA ELÉCTRICA  | OBSERVACIÓN   | 2                                    |
|   | 6SD3-5   | TANQUES   | OBSERVACIÓN   | 2                                    |
|   | 6SD3-6   | -   | -   | 0                                    |
|   |  |   |   | 30/42 ⇒ 71%                          |
|  | <br>DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD<br>RED DE SALUD SAN ROMÁN<br>M.C. José W. Mamani Vilca<br>DIRECTOR<br>HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO |    | <br>Lcda. Saida Colcurón Castillo<br>CER 36313<br>Emergencias y departamentos  |                                      |
|  | <br>Glensy Mariela Ito Ruelas<br>CER 14002<br>P.B. 40902<br>EN SALUD  | <br>HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO<br>UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | <br><br>Lcda. Lucero Romos Pasaca<br>CER 36313<br>Emergencias y departamentos |                                      |



ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO: N° 6 - CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN (CGP)

EVALUADORES:

- DR. JOSÉ MANAM VILCA
- DR. WALIER SANTA CRUZ CARDENAS
- LIC. GLENYS M. SOTO RUCLAS
- DRA. LUCERO RAMOS PASCOA
- LIC. SAIDA CALDERÓN CASTILLO

FECHA: 14-10-24

SERVICIO EVALUADO: UNIDAD DE SEGUROS

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN: - DR. JUAN A. RAMÍREZ MCLLENDEZ

| Código del Estándar | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable                     | Técnica utilizada | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios |
|---------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------|--------------------------------------|
| CGP.1               | CGP1-1                           | PLAN                                 | REVISIÓN          | 2                                    |
|                     | CGP1-2                           | INDICADORES CERTIFICADO DE AUDITORIA | REVISIÓN          | 2                                    |
| CGP.2               | CGP2-1                           | CERTIFICADO DE AUDITORIA             | REVISIÓN          | 2                                    |
|                     | CGP2-2                           | CERTIFICADOS DE AUDITORES            | REVISIÓN          | NO APLICA                            |
|                     | CGP2-3                           | INDICACIONES                         | REVISIÓN          | 2                                    |
|                     | CGP2-4                           | PLAN INFORMES                        | VERIFICACIÓN      | 2                                    |
|                     | CGP2-5                           | INFORMES DE AUDITORIA                | REVISIÓN          | NO APLICA                            |
|                     | CGP2-6                           | INFORME DE AUDITORIA                 | REVISIÓN          | NO APLICA                            |
|                     | CGP2-7                           | INFORME ACTO DE REVISIÓN             | REVISIÓN          | 2                                    |
|                     | CGP2-8                           | INFORME                              | REVISIÓN          | 2                                    |
|                     | CGP2-9                           | INSTRUMENTOS                         | REVISIÓN          | 2                                    |
|                     | CGP2-10                          | DOCUMENTOS                           | REVISIÓN          | 2                                    |
|                     | CGP2-11                          | INDICACIONES                         | REVISIÓN          | 1                                    |
|                     |                                  |                                      |                   | 21/22 = 95%                          |

HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO: N° 6 - CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN (CGGP)

EVALUADORES:

M.C. José Mamani Vilca, M.C. Iván Ramírez Meléndez, M.C. Lucero Ramos Pasaca, C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas, Lic. Sa da Calderón Castillo, Lic. Genys Mariela To Ruelas

FECHA: 31-10-2024

SERVICIO EVALUADO: GESTIÓN DE LA CALIDAD

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN: - C.D. WALTER SANTA CRUZ CÁRDENAS

| Código del Estándar | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable                          | Técnica utilizada | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios               |
|---------------------|----------------------------------|---|-------------------|--|
| CGP1                | CGP1-1                           | PLANE INSTRUMENTOS                        | REVISIÓN DOC.     | 2  |
|                     | CGP1-2                           | INDICADORES CERTIFICADOS                  | REVISIÓN DOC.     | 2  |
| CGP-2               | CGP2-1                           | DE AUDITORIA                              | REVISIÓN DOC.     | 2  |
|                     | CGP2-2                           | R.O. CONFIRMACIÓN DE CENTROS DE AUDITORIA | REVISIÓN DOC.     | 2  |
|                     | CGP2-3                           | INDICADORES                               | REVISIÓN DOC.     | 2<br>MEJORA INDICADORES DE METAS CONTINUA          |
|                     | CGP2-4                           | INFORMES DE EVALUACIÓN                    | VERIFICACIÓN      | 2  |
|                     | CGP2-5                           | INFORMES DE SUPERVISIÓN                   | REVISIÓN DOC.     | 2  |
|                     | CGP2-6                           | INFORMES DE AUDITORIA                     | REVISIÓN DOC.     | 2  |
|                     | CGP2-7                           | INFORMES DE EVALUACIÓN                    | REVISIÓN DOC.     | 2  |
|                     | CGP2-8                           | INFORMES                                  | REVISIÓN Ax.      | 2  |
|                     | CGP2-9                           | INFORMES DE AUDITORIA                     | REVISIÓN DOC.     | 1<br>FALTO INFORME DE AUDITORIA DE PARCELA EN ADEO |
|                     | CGP2-10                          | INFORMES DE AUDITORIA DE JOG. DOC.        | REVISIÓN DOC.     | 2  |
|                     | CGP2-11                          | INFORMES                                  | REVISIÓN DOC.     | 2  |
|                     | CGP2-12                          | -   | -                 | NA   |
|                     |                                  |   |                   | 25/26 = 96%  |



UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 M.C. José M. Mamani Vilca  
 C.M.P. 027430  
 LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
 POSGRADO EN GESTIÓN DE LA CALIDAD

C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas  
 C.M.P. 027430  
 LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
 POSGRADO EN GESTIÓN DE LA CALIDAD

C.D. Sa da Calderón Castillo  
 C.M.P. 027430  
 LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
 POSGRADO EN GESTIÓN DE LA CALIDAD

11



HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO: **N° 7 - ATENCIÓN AMBULATORIA**

EVALUADORES:

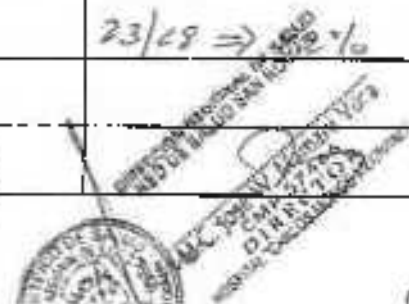
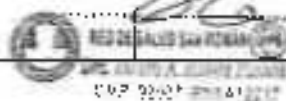
M.C. José Mamari Vilca, M.C. Iván Ramírez Meléndez, M.C. Lucero Ramos Pasaca, C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas, Lic. Saica Calderón Castillo, Lic. Glensy Mariela Ito Ruelas

FECHA: **28-10-2024**

SERVICIO EVALUADO: **CONSULTAS EXTERNAS**

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN: **- LIC. HERMELUnda APOZA PAURA**

| Código del Estándar | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditada                           | Técnica utilizada        | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios |
|---------------------|----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------------------|
| ATA.1               | ATA1-1                           | FLUJO DE SEÑALIZACIÓN                     | OBSERVACIÓN VERIFICACIÓN | 2                                    |
|                     | ATA1-2                           | CONTENIDO SERVICIO                        | VERIFICACIÓN             | 2 (COMPLETA INFORMACIÓN)             |
|                     | ATA1-3                           | ÁREA TRUQUE INFORME DE EVALUACIÓN INTERNA | OBSERVACIÓN              | 2                                    |
|                     | ATA1-4                           | EVALUACIÓN INTERNA                        | REVISIÓN DOC.            | 1 (FALTA CUADRO Y CERO)              |
|                     | ATA1-5                           | VENTANILLA PRECATORIAL                    | OBSERVACIÓN              | 2                                    |
| ATA.2               | ATA2-1                           | G.P.C. OPERACIONES                        | REVISIÓN DOC.            | 1                                    |
|                     | ATA2-2                           | G.P.C. ESPECIALIDADES                     | REVISIÓN DOC.            | 1                                    |
|                     | ATA2-3                           | -   | -                        | 0                                    |
|                     | ATA2-4                           | PROS. INFORMES SERVICIO JORNAL            | REVISIÓN DOC.            | 2                                    |
| ATA.3               | ATA3-1                           | ENCUESTA A USUARIOS EXTERNOS              | ENCUESTA                 | 2                                    |
|                     | ATA3-2                           | TELEFONO, PANELES, TEE VOLANTES           | VERIFICACIÓN OBSERVACIÓN | 2                                    |
|                     | ATA3-6                           | TELEFONO TELEFONO                         | OBSERVACIÓN VERIFICACIÓN | 2                                    |
| ATA.4               | ATA4-1                           | FLUJOGRAMA FUS                            | VERIFICACIÓN OBSERVACIÓN | 2                                    |
|                     | ATA4-2                           | BUZONES DE SUGERENCIAS                    | OBSERVACIÓN              | 2                                    |
|                     |                                  |   |                          | 23/28 =>                             |



HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO: Nº 9 - ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN - ATH

EVALUADORES:

M.C. José Mamani Vilca, M.C. Iván Ramírez Meléndez, M.C. Lucero Ramos Pasaca, C.D. Walter Santa Cruz  
Cárdenas, M.C. Saiza Calderón Castillo, Lic. Glorisa Marcela Ito Ruelas

FECHA: 21-10-2024

SERVICIO EVALUADO: GINECOLOGÍA

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN: - DR. EDWIN J. CHAMBI CHIRANA  
- LIC. MOMONI QUISTE

| Código del Estándar | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable                           | Técnica utilizada             | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios                  |
|---------------------|----------------------------------|--|-------------------------------|---|
| ATH.1               | ATH 1-1                          | REPORTES ESTADÍSTICOS                      | VERIFICACIÓN                  | 2   |
|                     | ATH 1-2                          | ACTOS DE REUNIÓN DE COMITÉ                 | REVISIÓN                      | 2   |
|                     | ATH 1-3                          | -  | -                             | NO APLICA   |
| ATH.2               | ATH 2-1                          | CUADRO DE NECESIDAD<br>REQUERIMIENTO, GUÍA | REVISIÓN Doc.                 | 2   |
|                     | ATH 2-2                          | G.P.C.                                     | REVISIÓN Doc.                 | 2   |
|                     | ATH 2-3                          | ENCUESTA<br>REGISTROS                      | VERIFICACIÓN                  | 1 (FALTA ANÁLISIS)                                    |
| ATH.3               | ATH 3-1                          | LISTAS DE<br>CAREADO                       | VERIFICACIÓN                  | 2   |
|                     | ATH 3-2                          | SISTEMA IFAAS Y<br>LIBRO DE EV. AD.        | REVISIÓN Doc.                 | 2 (REVISIÓN ANÁLISIS<br>MEDIANTE ACTO DE<br>REVISIÓN) |
|                     | ATH 3-3                          | -  | -                             | NA  |
|                     | ATH 3-4                          | -  | -                             | NA  |
| ATH.4               | ATH 4-1                          | G.P.C.                                     | REVISIÓN Doc.                 | 2   |
|                     | ATH 4-2                          | -  | -                             | NA  |
|                     | ATH 4-3                          | G.P.C.<br>H. DL.                           | VERIFICACIÓN<br>REVISIÓN Doc. | 2   |
|                     | ATH 4-4                          | -  | -                             | N.A.  |
|                     | ATH 4-5                          | INFORME DE<br>SUSPENSIÓN, H.C.L.           | VERIFICACIÓN                  | 1 (FALTA ANÁLISIS)                                    |
| ATH.5               | ATH 5-1                          | PACIENTES,<br>PERSONAL DE SOLVO            | VERIFICACIÓN<br>ENTREVISTA    | 2   |
|                     | ATH 5-2                          | CONSENTIMIENTO<br>INFORMADO                | REVISIÓN                      | 2   |



ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO:  
EVALUADORES:

FECHA:

SERVICIO EVALUADO: GINECOLOGÍA

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN:

| Código del Estándar | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable                 | Técnica utilizada        | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios |
|---------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| ATH. 6              | ATH 6-1                          | REGISTROS                        | REVISIÓN DOC.            | 2                                    |
|                     | ATH 6-2                          | PROGRAMACIÓN DE PERSONAL - ROLES | REVISIÓN DOC.            | 2                                    |
| ATH. 7              | ATH 7-1                          | AUDITORÍA DE HISTORIAS CLÍNICAS  | REVISIÓN DOC.            | 1                                    |
|                     | ATH 7-2                          | PAUS - BUZÓN                     | VERIFICACIÓN OBSERVACIÓN | 2                                    |
|                     | ATH 7-3                          | PACIENTES COMUNICADO             | OBSERVACIÓN VERIFICACIÓN | 2                                    |
|                     | ATH 7-4                          | G.P.C. H.C.L.                    | VERIFICACIÓN             | 2                                    |
|                     | ATH 7-5                          | -                                | -                        | ND                                   |
|                     | ATH 7-6                          | AUDITORÍA DE H.C.L.              | REVISIÓN DOC.            | 1                                    |
|                     | ATH 7-7                          | -                                | -                        | NA                                   |
|                     |                                  |                                  |                          | 34/38 ⇒ 89%                          |

MINISTERIO DE SALUD  
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
TUGA Alfredo Rodríguez Rodríguez  
AUDITOR - MÉDICO  
CNP 10074 - ANA 41174

Dr. [Signature]  
TUGA [Signature]  
AUDITOR - MÉDICO  
CNP 10074 - ANA 41174

Dr. [Signature]  
CNP 10074 - ANA 41174

Dr. [Signature]  
CNP 10074 - ANA 41174



COMISIÓN REGIONAL DE CALIDAD  
MED DE SALUD SAN ROMÁN  
Dr. José W. Marjan Vilca  
CNP 52466



Dr. [Signature]  
CNP 10074 - ANA 41174



HOSPITAL CARLOS MORGE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO: N°9 - ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN (ATH)

EVALUADORES:

M.C. José Mamani Vilca, M.C. Iván Romínez Meléndez, M.C. Lucero Ramos Pasaca, C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas, M.C. Saida Calderón Castillo, Lic. Genys Mariela Ito Ruelas

FECHA: 28-10-2024

SERVICIO EVALUADO: PEDIATRÍA

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN: - DR. OSCAR HUENECÉ CASIMIRO  
 - LIC. NELLY PARI POMARI

| Código del Estándar | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable                       | Técnica utilizada             | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios |
|---------------------|----------------------------------|--|-------------------------------|--------------------------------------|
| ATH.1               | ATH.1-1                          | Reporte Estadística                    | VERIFICACIÓN                  | 2                                    |
|                     | ATH.1-2                          | SOLICITUD DE<br>ORDENES DE NECESIDADES | REVISIÓN Doc.                 | 2                                    |
|                     | ATH.1-3                          | -                                      | -                             | NA                                   |
|                     | ATH.2-1                          | LISTA DE DENUNCIAS<br>RECURSOS, SNAU   | REVISIÓN Doc.                 | 2                                    |
|                     | ATH.2-2                          | G.P.C.                                 | REVISIÓN Doc.                 | 2                                    |
|                     | ATH.2-3                          | ENCUESTA<br>REGISTROS                  | VERIFICACIÓN                  | 1 (FALTA ANÁLISIS)                   |
| ATH.3               | ATH.3-1                          | LISTA DE<br>CARGA                      | VERIFICACIÓN                  | 2                                    |
|                     | ATH.3-2                          | SISTEMA PAAS Y<br>LISTA DE CUENTAS AD  | REVISIÓN Doc.                 | 2                                    |
|                     | ATH.3-3                          | -                                      | -                             | NA (NO SE ENCUENTRA<br>CASOS)        |
|                     | ATH.3-4                          | -                                      | -                             | NA                                   |
| ATH.4               | ATH.4-1                          | G.P.C.                                 | REVISIÓN Doc.                 | 2                                    |
|                     | ATH.4-2                          | -                                      | -                             | NA                                   |
|                     | ATH.4-3                          | G.P.C.<br>HISTORIA CLÍNICA             | VERIFICACIÓN<br>REVISIÓN Doc. | 2                                    |
|                     | ATH.4-4                          | -                                      | -                             | NA                                   |
|                     | ATH.4-5                          | INFORME DE<br>AUDITORIA H.C.G.         | VERIFICACIÓN                  | 2                                    |
| ATH.5               | ATH.5-1                          | PACIENTES,<br>PROCESO DE CUIDADO       | VERIFICACIÓN<br>ENTREVISTAS   | 2                                    |
|                     | ATH.5-2                          | CONSENTIMIENTO<br>INFORMADO            | REVISIÓN                      | 2                                    |



HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO: N° 9 - ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN - ATH

EVALUADORES:

M.C. José Mamani Viza, M.C. Iván Ramírez Melendez, M.C. Lucero Ramos Pasaca, C.D. Walter Santa Cruz Córdova, Lic. Saida Calderón Castillo, Lic. Glorys Varela Ito Ruela.

FECHA: 23-10-2024

SERVICIO EVALUADO: NEONATOLOGÍA

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN: - DRA. SILVIA ARPASI CHURR  
 - LIC. HEYDI M. VALDEZ PACHAURE

| Código del Estándar | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditables                              | Técnica utilizada             | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios             |
|---------------------|----------------------------------|--|-------------------------------|--|
| ATH.1               | ATH1-1                           | REPORTE ESTADÍSTICA                            | REVISIÓN DOC.                 | 2  |
|                     | ATH1-2                           | SOLICITUDES,<br>CUADRO DE NECESIDADES          | REVISIÓN DOC.                 | 2  |
|                     | ATH1-3                           | -  | -                             | NA   |
| ATH.2               | ATH2-1                           | REGULAMIENTOS,<br>PROCESOS                     | REVISIÓN DOC.                 | 1  |
|                     | ATH2-2                           | G.P.C.   | REVISIÓN DOC.                 | 2  |
|                     | ATH2-3                           | -  | -                             | 0<br>APLICAR LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD |
| ATH.3               | ATH3-1                           | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS,<br>DIRECTIVA EPP     | OBSERVACIÓN<br>VERIFICACIÓN   | 2  |
|                     | ATH3-2                           | SISTEMA JAAS<br>REGISTRO EVENTOS ADP           | VERIFICACIÓN<br>REVISIÓN DOC. | 2  |
|                     | ATH3-3                           | -  | -                             | (NO SE PRESENTAN<br>NA CASOS)                    |
|                     | ATH3-4                           | -  | -                             | NA   |
| ATH.4               | ATH4-1                           | G.P.C. CON SERZ<br>PATOLOGÍAS FRECUENTES       | VERIFICACIÓN                  | 2  |
|                     | ATH4-2                           | -  | -                             | NA   |
|                     | ATH4-3                           | G.P.C.<br>IMPLEMENTADOS                        | REVISIÓN DOC.<br>DE H.C.L.    | 2  |
|                     | ATH4-4                           | -  | -                             | NA   |
|                     | ATH4-5                           | AUDITORÍA DE<br>H.C.L.                         | REVISIÓN DOC.                 | 2  |
| ATH.5               | ATH5-1                           | ENCUESTA AL<br>USUARIO EXTERNO                 | ENTREVISTA<br>REVISIÓN DOC.   | 2  |
|                     | ATH5-2                           | FORMATO OFICIAL DE<br>CONSENTIMIENTO INFORMADO | VERIFICACIÓN                  | 2  |



HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO:  
 EVALUADORES:

FECHA:

SERVICIO EVALUADO: NEONATOLOGÍA

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN:

| Código del Estándar | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable                       | Técnica utilizada       | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios |
|---------------------|----------------------------------|--|-------------------------|--------------------------------------|
| ATH.6               | ATH6-1                           | REGISTRO DE INTERCONSULTAS             | REVISIÓN DOC.           | 2                                    |
|                     | ATH6-2                           | ROL DE FARMACOLOGÍA                    | REVISIÓN DOC.           | 2                                    |
| ATH.7               | ATH7-1                           | MAPPING DE LA COLUDDO                  | REVISIÓN DOC.           | 1 FALTO INFORME DE APLICACIÓN        |
|                     | ATH7-2                           | TRUJAS, INFORME DE CUOTAS SEMESTRALES  | REVISIÓN DOC.           | 2                                    |
|                     | ATH7-3                           | 140 FOLIO PUBLICADO PACIENTE INFORMADO | VERIFICACIÓN ENTREVISTA | 2                                    |
|                     | ATH7-4                           | OPC - HCL                              | VERIFICACIÓN            | 2                                    |
|                     | ATH7-5                           | -                                      | -                       | NA                                   |
|                     | ATH7-6                           | REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS, ACTAS     | REVISIÓN DOC.           | 2                                    |
|                     | ATH7-7                           | -                                      | -                       | NA                                   |
|                     |                                  |  |                         | 34/38 => 89%                         |
|                     |                                  |  |                         |                                      |

HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 ALTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO: N° 2 - ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN (ATH)

EVALUADORES:

M.C. José Maman Vllra, M.C. Iván Ramírez Meléndez, M.C. Lucero Ramos Pasaca, C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas, Lic. Saida Calderón Castillo, Lic. Glensys Mariela Ito Puelos

FECHA: 31-10-2024

SERVICIO EVALUADO: CIRUGÍA "B"

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN: DR. HERNÁN LUPA BUSOCCOLA  
 LIC. FARLEY ZAVALA ROMÍER

| Código del Estándar | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable                        | Técnica utilizada             | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios |
|---------------------|----------------------------------|---|-------------------------------|--------------------------------------|
| ATH.1               | ATH1-1                           | REPORTE ESTADÍSTICO                     | REVISIÓN DOC.                 | 2                                    |
|                     | ATH1-2                           | CUADRO DE NECESIDADES<br>ESTRUCTURAS    | REVISIÓN DOC.                 | 2                                    |
|                     | ATH1-3                           | -                                       | -                             | NA                                   |
| ATH.2               | ATH2-1                           | PERSONA, CUADRO<br>DE NECESIDADES       | REVISIÓN DOC.                 | 1                                    |
|                     | ATH2-2                           | G.P.C.                                  | REVISIÓN DOC.                 | 2                                    |
|                     | ATH2-3                           | LIBRO DE SES                            |                               | 1 (CON PROCESO)                      |
| ATH.3               | ATH3-1                           | USO DE EPP,<br>HIGIENE DE MANOS         | OBSERVACIÓN<br>VERIFICACIÓN   | 2                                    |
|                     | ATH3-2                           | SISTEMA I.P.A.S<br>REGISTRO E. ADVERSOS | VERIFICACIÓN<br>REVISIÓN DOC. | 2                                    |
|                     | ATH3-3                           | -                                       | -                             | NG                                   |
|                     | ATH3-4                           | -                                       | -                             | ND                                   |
| ATH.4               | ATH4-1                           | G.P.C. CON 10<br>PATOLOGÍAS FRECUENTES  | VERIFICACIÓN                  | 2                                    |
|                     | ATH4-2                           | REPORTE FON                             | REVISIÓN DOC.                 | ND                                   |
|                     | ATH4-3                           | G.P.C.<br>IMPLEMENTADA                  | REVISIÓN DOC.<br>DE H.C.U.    | 2                                    |
|                     | ATH4-4                           | INFORME DE<br>APROBACIÓN G.P.C.         | REVISIÓN DOC.                 | NA                                   |
|                     | ATH4-5                           | AUDITORIA DE<br>M.C.S.                  | REVISIÓN DOC.                 | 2                                    |
| ATH.5               | ATH5-1                           | ENCUESTA AL<br>USUARIO EXTERNO          | ENTREVISTA<br>REVISIÓN DOC.   | 2                                    |
|                     | ATH5-2                           | CONSENTIMIENTO<br>INFORMADO             | VERIFICACIÓN                  | 2                                    |

HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO:



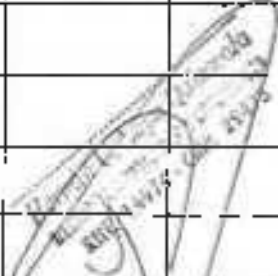



EVALUADORES:

M.C. José Mamani Vilca, M.C. Iván Ramírez Velázquez, M.C. Lucero Ramos Pasaca, C.D. Walter Santa Cruz Córdova, Lic. Saida Calderón Castillo, Lic. Glenys Mariela Ito Ruelas

FECHA:

SERVICIO EVALUADO: CIRUGÍA "B"

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN:

| Código del Estándar  | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable   | Técnica utilizada     | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios |
|--|----------------------------------|--|-----------------------|--------------------------------------|
| ATH.6  | ATH6-1                           | REGISTRO DE INTERCONSULTAS   | REVISIÓN DOC.         | 2                                    |
|  | ATH6-2                           | 204 DE PROGRAMACIÓN  | REVISIÓN DOC.         | 2                                    |
| ATH.7  | ATH7-1                           | MAPA DE GESTIÓN CALIDAD  | REVISIÓN DOC.         | 1                                    |
|  | ATH7-2                           | POSA, INFORME DE BUENAS PRÁCT.   | REVISIÓN DOC.         | 2                                    |
|  | ATH7-3                           | MOMENTO PUBLICADO FUENTES INFORMAC.  | VERIFICACIÓN ENCUESTA | 2                                    |
|  | ATH7-4                           | G.P.C. - H.C.L.  | VERIFICACIÓN          | 2                                    |
|  | ATH7-5                           | -  | -                     | ND                                   |
|  | ATH7-6                           | REPORTE DE EVENTOS, ACCIDENTOS   | REVISIÓN DOC.         | 2                                    |
|  | ATH7-7                           | -  | -                     | ND                                   |
|  |                                  |  |                       | 35/38 => 92%                         |
| <br>DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD<br>REG. DE SALUD SAN MARTÍN<br>M.C. José Mamani Vilca<br>CMP 57466<br>DIRECTOR<br>HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO |                                  | <br>HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO<br>UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD<br>Lic. Saida Calderón Castillo<br>JEFADA DE CALIDAD<br>REG. 35344<br>TORRESALTE |                       |                                      |
| <br>DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD<br>REG. DE SALUD SAN MARTÍN<br>Lic. Saida Calderón Castillo<br>JEFADA DE CALIDAD                                |                                  | <br>HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO<br>UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD<br>Lic. Saida Calderón Castillo<br>JEFADA DE CALIDAD                           |                       |                                      |
| <br>DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD<br>REG. DE SALUD SAN MARTÍN<br>M.C. Lucero Ramos Pasaca<br>CMP 57467<br>JEFADA DE CALIDAD                       |                                  | <br>HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO<br>UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD<br>Lic. Saida Calderón Castillo<br>JEFADA DE CALIDAD                           |                       |                                      |



HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO: N° 9- ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN (ATH)

EVALUADORES:

M.C. José Mamani Vilca, M.C. Iván Ramírez Melencz, M.C. Lucero Ramos Pasaca, C.D. Walter Santa Cruz  
 Cárdenas, Lic. Saída Calderón Castillo, Lic. Genys Mariela Ito Ruelas

FECHA: 30-10-24

SERVICIO EVALUADO: GESTIÓN

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN: - DR. PEDRO CHAMPI APABA  
 - OBSTA. MARA DEL CARMEN MITA B.

| Código del Estándar | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable                       | Técnica utilizada             | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios |
|---------------------|----------------------------------|--|-------------------------------|--------------------------------------|
| ATH.1               | ATH.1-1                          | Reporte estadístico,<br>Registros      | Revisión Doc.                 | 2                                    |
|                     | ATH.1-2                          | SOLICITUDES DE<br>RESERVA DE CUEDOS    | Revisión Doc.                 | 2                                    |
|                     | ATH.1-3                          | ENCUESTAS                              | VERIFICACIÓN                  | 1                                    |
| ATH.2               | ATH.2-1                          | PEQUEÑOS CUEDOS<br>DE NECESIDADES      | Revisión Doc.                 | 1                                    |
|                     | ATH.2-2                          | G.P.C.                                 | Revisión Doc.                 | 2                                    |
|                     | ATH.2-3                          | LIBRO DE REGISTRO<br>CON HORA          | Revisión Doc.                 | 1 (OBSERVA DE LA<br>CRISIS)          |
| ATH.3               | ATH.3-1                          | USO DE EPD,<br>MILIEN, VENTILAD.       | OBSERVACIÓN<br>VERIFICACIÓN   | 2                                    |
|                     | ATH.3-2                          | SISTEMAS<br>REGISTRO EVITA ADV.        | VERIFICACIÓN<br>REVISIÓN DOC. | 2                                    |
|                     | ATH.3-3                          |  |                               | NA                                   |
|                     | ATH.3-4                          | AUDITORIAS DE<br>CASO, INFORMES        | REVISIÓN DOC.<br>VERIFICACIÓN | 2                                    |
| ATH.4               | ATH.4-1                          | G.P.C. CON 10<br>PATOLOGÍAS FRECUENTES | VERIFICACIÓN                  | 2                                    |
|                     | ATH.4-2                          | Reporte<br>EDU                         | REVISIÓN DOC.                 | 2                                    |
|                     | ATH.4-3                          | G.P.C.<br>IMPLEMENTADAS                | REVISIÓN DOC.<br>RE H.C.L.    | 2                                    |
|                     | ATH.4-4                          | INFORME DE<br>ADHERENCIA G.P.C.        | REVISIÓN DOC.                 | 2                                    |
|                     | ATH.4-5                          | AUDITORIA DE<br>H.C.L.                 | REVISIÓN DOC.                 | 2                                    |
| ATH.5               | ATH.5-1                          | ENCUESTA DE<br>USUARIO EXTERNO         | ENTREVISTA<br>REVISIÓN DOC.   | 2                                    |
|                     | ATH.5-2                          | CONSEJOS DE<br>USUARIOS                | VERIFICACIÓN                  | 2                                    |

HOSPITAL CARLOS MÓNTE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO:



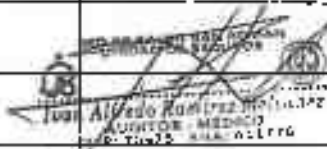






EVALUADORES:

M.L. José Mamant Vilco, M.C. Iván Ramírez Meléndez, M.C. Lucero Ramos Fasata, C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas, Lic. Saida Calderón Castillo, Lic. Glenys Mariela Ito Ruelas

FECHA:

SERVICIO EVALUADO: OBSTETRICIA

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN:

| Código del Estándar   | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable   | Técnica utilizada       | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios   |
|---|----------------------------------|--|-------------------------|--|
| ATH-6   | ATH6-1                           | REGISTRO DE INTERCONSULTAS   | REVISIÓN DOC.           | 1 (PARTE DEL INFORME)  |
|   | ATH6-2                           | ROL DE PROGRAMACIÓN  | REVISIÓN DOC.           | 2  |
| ATH-7   | ATH7-1                           | MAPA DE GESTIÓN DE CALIDAD   | REVISIÓN DOC.           | 1 (FOLIO INFORME DE OPERACIÓN)   |
|   | ATH7-2                           | POB. INFORME DE BUENOS SEMESTRALES   | REVISIÓN DOC.           | 2  |
|   | ATH7-3                           | HORARIO PUBLICADO POSICIÓN INFORMADO   | VERIFICACIÓN ENTREVISTA | 2  |
|   | ATH7-4                           | G.P.C. - H.C.L.  | VERIFICACIÓN            | 2  |
|   | ATH7-5                           | ACTA DE REUNIONES ADHERENCIA G.P.C.  | REVISIÓN DOC.           | 2  |
|   | ATH7-6                           | REPORTES DE CUENTOS ABUELOS, ALTA  | REVISIÓN DOC.           | 2  |
|   | ATH7-7                           | ENCUESTAS DE USUARIOS  | REVISIÓN DOC.           | 2  |
|   |                                  |  |                         | 48/50 ⇒ 96%  |
| <br>Dr. Hezo Chamón Aceza<br>GINECÓLOGO<br>C.M.P. 36575 - 204. 38867 |                                  | <br>Jefa de Obstetrias<br>C.M.P.                                  |                         | <br>Hospital Carlos M. Medrano<br>Unidad de Gestión de la Calidad  |
| <br>Walter Santa Cruz<br>C.D.  |                                  | <br>Dra. Lucero Ramos Fasata<br>C.M.P.                            |                         | <br>Hospital Carlos M. Medrano<br>Unidad de Gestión de la Calidad |
| <br>Hospital Carlos M. Medrano<br>Unidad de Gestión de la Calidad    |                                  | <br>Hospital Carlos M. Medrano<br>Unidad de Gestión de la Calidad |                         | <br>Hospital Carlos M. Medrano<br>Unidad de Gestión de la Calidad |

HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO: **009 - ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN - ATH**

EVALUADORES:

M.C. José Mamani V-lra, M.C. Iván Román Meléndez, M.C. Lucero Ramos Pasaca, E.D. Walter Santa Cruz Cárdenas, Lic. Saída Calderón Castillo, Lic. Gienys Mariela Ito Huelas

FECHA: **21-10-2024**

SERVICIO EVALUADO: **MEDICINA**

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN: - **DR. ALEX GÓMEZ PACOBICHA**  
 - **LIC. SAIDA JUSTO BUISOCALA**

| Código del Estándar | Código de criterio de Evaluación | Fuente Acreditada  | Técnica utilizada                    | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios |
|---------------------|----------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ATH.1               | ATH1-1                           | REPORTE ESTADÍSTICA SOLICITUDER,                                   | REVISIÓN DOC.                        | 2                                    |
|                     | ATH1-2                           | CUADRO DE NECESIDADES  | REVISIÓN DOC.                        | 2                                    |
|                     | ATH1-3                           | -  | -                                    | NA                                   |
| ATH.2               | ATH2-1                           | REQUERIMIENTOS, PECUAS   | REVISIÓN DOC.                        | 2                                    |
|                     | ATH2-2                           | G.P.C.   | REVISIÓN DOC.                        | 2                                    |
|                     | ATH2-3                           | LIBRO CON REGISTRO PERMANENTE MONITOR DE PROGRESO Y DIRECTIVO EPPS | REVISIÓN DOC DESARROLLO VERIFICACIÓN | 1 FOLIO INFORME Y ANÁLISIS<br>2      |
| ATH.3               | ATH3-1                           | SISTEMA IAAS   | VERIFICACIÓN                         | 2                                    |
|                     | ATH3-2                           | REGISTRO EVENTOS ADV.  | REVISIÓN DOC.                        | 2                                    |
|                     | ATH3-3                           | INFORME DE AVISORIA  | REVISIÓN DOC.                        | 2                                    |
|                     | ATH3-4                           | -  | -                                    | NA                                   |
| ATH.4               | ATH4-1                           | G.P.C. CON DISEÑOS PORBIBLIAS FRECUENTES                           | VERIFICACIÓN                         | 2 (FALTA R.D.)                       |
|                     | ATH4-2                           | -  | -                                    | NA                                   |
|                     | ATH4-3                           | G.P.C. IMPLEMENTADAS.  | REVISIÓN DOC. DE H.C.L.              | 2                                    |
|                     | ATH4-4                           | -  | -                                    | NA                                   |
|                     | ATH4-5                           | AUDITORIA DE H.C.L.  | REVISIÓN DOC.                        | 2                                    |
| ATH.5               | ATH5-1                           | ENCUESTA DE USUARIO EXTERNO  | ENTREVISTA REVISIÓN DOC.             | 2                                    |
|                     | ATH5-2                           | FORMULARIO OFICIAL DE CONSENTIM. INFORMADO                         | VERIFICACIÓN                         | 2                                    |



HOSPITAL CARLOS MUNGE VECIANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024


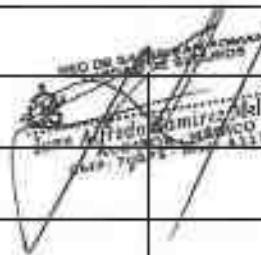
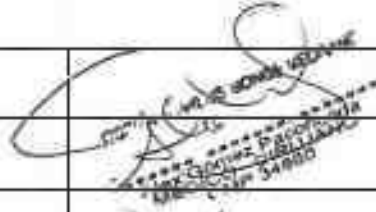

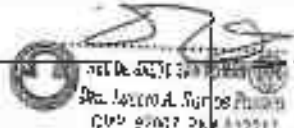

ANEXO N° 2: 'Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación'

MACROPROCESO:  
 EVALUADORES:

FECHA:

SERVICIO EVALUADO: **MEDICINA**

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN:

| Código del estándar  | Código de criterio de Evaluación  | Fuente Auditable  | Técnica utilizada       | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios   |
|--|---|---|-------------------------|--|
| ATH-6  | ATH6-1  | REGISTRO DE INTERCONSULTAS  | REVISIÓN DOC.           | 2  |
|  | ATH6-2  | ROL DE PROMOCIÓN  | REVISIÓN DOC.           | 2  |
| ATH-7  | ATH7-1  | MAPA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD   | REVISIÓN DOC.           | 1  |
|  | ATH7-2  | PROS, INFORMES DE QUEJAS DE MAESTRA   | REVISIÓN DOC.           | 2  |
|  | ATH7-3  | HONORARIO PUBLICADO PACIENTE INDEBIDO   | VERIFICACIÓN ENTREVISTA | 2  |
|  | ATH7-4  | G.P.C. - H.C.C.   | VERIFICACIÓN            | 2  |
|  | ATH7-5  | -   | -                       | NA   |
|  | ATH7-6  | REPORTES DE EVENTOS DIVERSOS, ACTAS   | REVISIÓN DOC.           | 2  |
|  | ATH7-7  | -   | -                       | NA   |
|  |   |   |                         | 38/40 ⇒ 95%  |
| <br>Lic. Fausto Justo Quisocola<br>ENFERMERA<br>CEP 48301 |   | <br>Lic. Mirado Ramirez Melendez<br>ENFERMERA<br>CEP 48301 |                         | <br>Lic. Gomez Pineda<br>ENFERMERA<br>CEP 48301 |
| <br>Lic. Carlos<br>ENFERMERA<br>CEP 48301                 | <br>Lic. Javier A. Rojas<br>ENFERMERA<br>CEP 48301 | <br>Lic. Jose W. Mariani Vilca<br>ENFERMERA<br>CEP 48301 |                         |  |

HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO: N°9 - ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN (ATH)

EVALUADORES:

M.C. José Mariani Vilca, M.C. Iván Ramírez Melendez, M.C. Lucero Ramos Pasaca, C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas, Lic. Saída Calderón Castillo, Lic. Glenys Mariela Ito Ruelas

FECHA: 30-10-24

SERVICIO EVALUADO: LIRIOGIA "A"

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN: DR. HERMES LUJAN CAMINO  
 LIC. JUDITH TALE ROSAS

| Código del Estándar | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable                         | Técnica utilizada          | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios                           |
|---------------------|----------------------------------|--|----------------------------|--|
| ATH.1               | ATH1-1                           | REPORTE ESTADÍSTICO                      | VERIFICACIÓN               | 2  |
|                     | ATH1-2                           | ACTOS DE REUNIÓN<br>SOLICITUDES          | REVISIÓN DOC.              | 2  |
|                     | ATH1-3                           | -  | -                          | NA   |
| ATH.2               | ATH2-1                           | CUADRO DE NECESIDADES<br>RECURSOS, GUÍAS | REVISIÓN DOC.              | 1  |
|                     | ATH2-2                           | G.P.C.                                   | REVISIÓN DOC.              | 2  |
|                     | ATH2-3                           | ENCUESTAS<br>REGISTROS                   | VERIFICACIÓN               | 1<br>IMPLEMENTACIÓN P.O.<br>EVALUACIÓN DE LA<br>IMPLEMENTACIÓN |
| ATH.3               | ATH3-1                           | LISTOS DE<br>CHECKED                     | VERIFICACIÓN               | 2  |
|                     | ATH3-2                           | SISTEMA IAAJ<br>Y LIBRO DE E.A.D.        | REVISIÓN DOC.              | 2  |
|                     | ATH3-3                           | -  | -                          | NA   |
|                     | ATH3-4                           | -  | -                          | NA   |
| ATH.4               | ATH4-1                           | G.P.C.                                   | REVISIÓN DOC.              | 1<br>(EN PROCESO DE<br>IMPLEMENTACIÓN)                         |
|                     | ATH4-2                           | -  | -                          | NA   |
|                     | ATH4-3                           | -  | -                          | 0  |
|                     | ATH4-4                           | -  | -                          | NA   |
|                     | ATH4-5                           | INFORME DE AUDITORIA<br>H.C.L.           | VERIFICACIÓN               | 2  |
| ATH.5               | ATH5-1                           | POLICIAS, PERSONAL<br>DE SALUD           | VERIFICACIÓN<br>ENTREVISTA | 2  |
|                     | ATH5-2                           | CONSENTIMIENTO<br>INFORMADO              | REVISIÓN                   | 2  |

HOSPITAL CARLOS MORGUE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO:


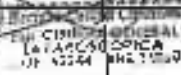


EVALUADORES:

M.C. José Mamani Vilca, M.C. Iván Ramírez Meéndez, M.C. Lucero Ramos Pasaca, C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas, Lic. Saldá Calderón Castillo, Lic. Glensy Mariela Ito Ruelas

FECHA:

SERVICIO EVALUADO: CIRUGÍA "A"

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN:

| Código del Estándar   | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable  | Técnica utilizada        | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios     |
|---|----------------------------------|---|--------------------------|--|
| ATH.6   | ATH.6-1                          | REGISTROS   | REVISIÓN DOC.            | 2  |
|   | ATH.6-2                          | PROGRAMACIÓN DE PERSONAL CALIFICADO   | REVISIÓN DOC.            | 2  |
| ATH.7   | ATH.7-1                          | AUDITORÍA DE H. CL.   | REVISIÓN DOC.            | 1 REUNIÓN CON EQUIPO DE AUDITORÍA MÉDICA |
|   | ATH.7-2                          | POUS- BUZÓN   | VERIFICACIÓN OBSERVACIÓN | 2  |
|   | ATH.7-3                          | PACIENTES, COMUNICADO   | VERIFICACIÓN OBSERVACIÓN | 2  |
|   | ATH.7-4                          | S.P.C. H. CL.   | VERIFICACIÓN             | 2  |
|   | ATH.7-5                          | -   | -                        | NA                                       |
|   | ATH.7-6                          | AUDITORÍA DE H. CL.   | REVISIÓN DOC.            | 2  |
|   | ATH.7-7                          | -   | -                        | NA                                       |
|   |                                  |   |                          | 32/38 ⇒ 84%                              |
|  DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD<br>RED DE SALUD SAN JORGE<br>M.C. José W. Mamani Vilca<br>CMP 57406<br>HOSPITAL "CARLOS MORGUE MEDRANO" |                                  |  HOSPITAL "CARLOS MORGUE MEDRANO"<br>UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD<br>Lic. Glensy Mariela Ito Ruelas<br>CEP 2023 - 069.0002<br>202024 PH 03 LUG |                          |  |
|  DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD<br>UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD<br>Lic. Walter Santa Cruz Cárdenas<br>CMP 70473 - 069.0002           |                                  |  HOSPITAL "CARLOS MORGUE MEDRANO"<br>UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD<br>Lic. Saldá Calderón Castillo<br>CMP 70473 - 069.0002                     |                          |  |





ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO: N° 10 - EMERGENCIA (EMG)

EVALUADORES:

- DR. JUAN RAMÍREZ MELENDEZ

- DR. WALTER SANTA CRUZ CÁRDENAS

- LIC. SAIDA CALDERÓN CASTILLO

- DR. LUCCERO RAMOS PASACA

- LIC. GLENYS M. ITO RUELAS

FECHA: 16-10-2024

SERVICIO EVALUADO: EMERGENCIA

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN: - DR. ABRAM SUCAPICA YOCOLA

- LIC. JASLENE HILARI NCHOA

| Código del Estándar | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable                                    | Técnica Utilizada            | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios                           |
|---------------------|----------------------------------|---|------------------------------|--|
| ENG. 1              | EMG1-1                           | INFOGRAMAS, PLANOGRAMAS, COMUNICADOS                | OBSERVACIÓN                  | 2  |
|                     | EMG1-2                           | CARTILES CON MENSAJE DE INTERCULTURALIDAD           | OBSERVACIÓN                  | 2  |
|                     | EMG1-3                           | ROL DE PROGRAMACIÓN DE PERSONAL PUBLICADO           | OBSERVACIÓN                  | 2  |
|                     | EMG1-4                           | GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE 10 CAUSAS              | REVISIÓN DOC.                | 2  |
|                     | EMG1-5                           | PLANES DE CAPACITACIÓN POR UNIDAD Y SERVICIO        | REVISIÓN DOC.                | 2<br>Cumple con 80% pero falta asignar a médicos especialistas |
|                     | EMG1-6                           | R.O. DE DINAMIA DE CONSULTAS                        | REVISIÓN DOC.                | 2<br>FALTA GESTIONAR UN DOCUMENTO OFICIAL INTERNO              |
| ENG. 2              | EMG2-1                           | REPORTES PARQUEADA, MANTENIMIENTO Y ECU             | REVISIÓN DOC.                | 2  |
|                     | EMG2-2                           | SILLAS DE RUEDAS Y CAMILLAS OPERATIVAS Y ACCESIBLES | OBSERVACIÓN                  | 2  |
|                     | EMG2-3                           | REPCOM SISTEMA - RADIO                              | OBSERVACIÓN<br>REVISIÓN DOC. | 2  |
|                     | EMG2-4                           | REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL USO DE AMBULANCIA       | REVISIÓN DOC.<br>OBSERVACIÓN | 2  |
|                     | EMG2-5                           | ROL DE PROGRAMACIÓN DEL PERSONAL                    | REVISIÓN DOC.<br>OBSERVACIÓN | 2  |
| ENG. 3              | EMG3-1                           | AREA DE TRABAJO 100 PERSONAL CAPACITADO             | REVISIÓN DOC.<br>OBSERVACIÓN | 2  |
|                     | EMG3-2                           | REGISTRO DE ENTRENAMIENTO C.L.                      | REVISIÓN DOC.<br>OBSERVACIÓN | 2  |
|                     | EMG3-3                           | REPORTES DE ENTRENAMIENTO Y RR.HH.                  | REVISIÓN DOC.<br>OBSERVACIÓN | 2  |
|                     |                                  |   |                              | 28/28 = 100%   |



ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO: N° 11 - "ATENCIÓN QUIRÚRGICA" (ATQ)

EVALUADORES:

- DR. WALEA SANTA CRUZ CÁRDENAS

- LIC. SAIDA CALDERÓN CASTILLO

- DRA. LUCERO RAMOS PASACA

- LIC. GLENYS M. ITO ZUÑIGA

- OCSID. HENRY DEL CORMEN MITA B.

FECHA: 15.10.2023

SERVICIO EVALUADO: CENTRO QUIRÚRGICO

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN: - DR. LUIS ROSADO TEJADA

- LIC. GLORIA GUERRA ROMÁN

| Código del Estándar | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable                     | Técnicas utilizadas      | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios     |
|---------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--|
| ATQ.1               | ATQ1-1                           | PROGRAMACIÓN<br>DIARIO               | REVISIÓN<br>DOCUMENTARIO | 2  |
|                     | ATQ1-2                           | MODPRO CON<br>RD 2023                | REVISIÓN<br>DOCUMENTARIO | 2  |
|                     | ATQ1-3                           | GUIO DE P. C.                        | REVISIÓN<br>DOCUMENTARIO | 2  |
|                     | ATQ1-4                           | PROGRAMACIÓN                         | REV. DOC.<br>OBSERVACIÓN | 2  |
|                     | ATQ1-5                           | PROGRAMACIÓN                         | REV. DOC.<br>OBSERVACIÓN | 2  |
| ATQ.2               | ATQ2-1                           | CHECK LIST                           | REV. DOC.                | 2  |
|                     | ATQ2-2                           | CHECK LIST                           | REV. DOC.                | 2  |
|                     | ATQ2-3                           | CHECK LIST<br>ANEXO N° 2             | REV. DOC.                | 2  |
|                     | ATQ2-4                           | CHECK LIST<br>ANEXO N° 2<br>FORMATOS | REV. DOC.<br>REV. DOCUM. | 1 FOLIO INSTRUMENTO<br>E INFORME         |
| ATQ.3               | ATQ3-1                           | OFICIALES                            | REV. DOCUM.              | 2  |
|                     | ATQ3-2                           | H.C.C.                               | REV. DOCUM.              | 2  |
|                     | ATQ3-3                           | H.C.C.                               | REV. DOCUM.              | 2  |
|                     | ATQ3-4                           | H.C.C.                               | REV. DOCUM.              | 2  |
|                     | ATQ3-5                           | H.C.C.                               | REV. DOCUM.              | 2  |
|                     | ATQ3-6                           | INDICADORES                          | REV. DOCUM.              | 2  |
|                     | ATQ3-7                           | INDICADORES                          | REV. DOCUM.              | 1 FOLIO COMITE Y<br>REVISIÓN DE ANÁLISIS |
|                     | ATQ3-8                           | LIBRO DE FUENTES                     | REV. DOCUM.              | 2  |





HOSPITAL CARLOS MORGÉ MEJÍA  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO: N° 12 - DOCENCIA E INVESTIGACIÓN (DIU)

EVALUADORES:

M.C. José Mamari Vilca, M.C. Iván Ramírez Meléndez, M.C. Lucero Ramos Pasaca, C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas, Lic. Seica Calcearán Castillo, L.C. Glenys Mariela Iru Buellos

FECHA: 29-10-2024

SERVICIO EVALUADO: JAD

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN: - DR. FRAIM CARRASCO GONZALO

| Código del Estándar | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable                                   | Técnica utilizada         | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios |
|---------------------|----------------------------------|--|---------------------------|--------------------------------------|
| DIV.1               | DIV 1-1                          | INSTRUMENTO DE CREDITACIÓN CON 93                  | REVISIÓN DOC.             | 2                                    |
|                     | DIV 1-2                          | R.O. COMITÉ DOCENTE ASISTENCIAL                    | REVISIÓN DOC.             | 1 (FALTA OPERATIVIDAD)               |
|                     | DIV 1-3                          | R.O. DE POLÍTICAS DE INVESTIGACIÓN                 | VERIFICACIÓN DOCUMENTARIA | 2 FALTA DIFUNDIR                     |
|                     | DIV 1-4                          | FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO                | REVISIÓN DOC.             | 2                                    |
|                     | DIV 1-5                          | R.O. DE CONSENTIMIENTO DE INVESTIGACIÓN            | VERIFICACIÓN              | 1 (FALTAN REUNIONES)                 |
|                     | DIV 1-6                          | -  | -                         | NA                                   |
|                     | DIV 1-7                          | -  | -                         | 0                                    |
|                     | DIV 1-8                          | PLAN ANUAL DE ACTIVIDADES                          | VERIFICACIÓN              | 2 FALTA R.O. Y PLANES MÁS DETALLADOS |
|                     | DIV 1-9                          | PROGRAMA DE TUTORÍA Y ASesoría                     | REVISIÓN DOC.             | 1 (EN PROCESO)                       |
| DIV.2               | DIV 2-1                          | ACTA DE REUNIONES                                  | VERIFICACIÓN DOCUMENTARIA | 2                                    |
|                     | DIV 2-2                          | CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSIT. PLANES ANUALES | REVISIÓN DOCUMENTARIA     | 2                                    |
|                     | DIV 2-3                          | PLANES ANUALES                                     | REVISIÓN DOCUMENTARIA     | 1 FALTA INFORMAR                     |
|                     | DIV 2-4                          | POLÍTICA DE INVESTIGACIÓN                          | REVISIÓN DOCUMENTARIA     | 1                                    |
|                     | DIV 2-5                          | INVENTARIO DE MATERIALES DE CAPACITACIÓN           | VERIFICACIÓN              | 2                                    |
|                     | DIV 2-6                          | HORARIO ESTABLECIDO PARA USO DEL MUNDO             | VERIFICACIÓN              | 2                                    |

21/28 → 75%

*[Firma]*

DUI 02262378

*[Firma]*



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO  
 HOSPITAL CARLOS MORGÉ MEJÍA  
 DE LINCOLN CARRASCO GONZALO  
 FRE. JAD - CAPACITACIÓN  
 MÉDICO - PEDIATRA  
 C.M. 44742 - R.M.P. 31481

*[Firma]*  
 Mirely S. Pérez Paredes  
 JIJUANO DEN IES  
 CUP. 4474E.



HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO: N° 13 - ATENCIÓN DE APOYO Y TRATAMIENTO - ADT

EVALUADORES:

M.C. José Mamani Vica, M.C. Iván Ramírez Meléndez, M.C. Licerio Ramos Pasaca, C.D. Walter Santa Cruz  
 Cárdenas, Lic. Saida Calderón Castillo, Lic. Glorys Mariela Ito Ruelas

FECHA: 30-10-2024

SERVICIO EVALUADO: PATOLOGÍA CLÍNICA

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN: - 3160. RUBÉN MONROY APABA

| Código del Estándar | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable                        | Técnica utilizada          | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios |
|---------------------|----------------------------------|---|----------------------------|--------------------------------------|
| ADT.1               | ADT1-1                           | MAPPROS                                 | Revisión Doc.              | 2 (FOLIO DE APROBACIÓN LON R.D.)     |
|                     | ADT1-2                           | MANUAL DE CALIDAD                       | Revisión Doc.              | 2                                    |
| ADT.2               | ADT2-1                           | MAPPROS                                 | Revisión Doc.              | 2                                    |
|                     | ADT2-2                           | SISTEMA REGISTRO                        | Revisión Doc.              | 2                                    |
| ADT.3               | ADT3-1                           | MANUAL DE CALIDAD                       | Revisión Doc.              | 2                                    |
|                     | ADT3-2                           | REGISTROS                               | Revisión Doc.              | 2                                    |
|                     | ADT3-3                           | -                                       | -                          | NA                                   |
|                     | ADT3-4                           | -                                       | -                          | NA                                   |
|                     | ADT3-5                           | LISTA DE REGISTROS PLAN DE CAPACITACIÓN | Revisión Doc. Verificación | 2                                    |
|                     | ADT3-6                           | REGISTRO DE EVENTOS GOVERNOS            | Revisión Doc.              | 1 (FOLIO INSESTION AL PDP)           |
|                     | ADT3-7                           | REGISTRO DE EVENTOS GOVERNOS            | Revisión Doc.              | 2                                    |
|                     |                                  |   |                            | 17/38 ⇒ 44%                          |






Lic. Rubén Monroy Apaba  
 C.B. 2317  
 C.O.S.I.A. Clínica  
 RED DE SALUD SAN ROMAN

V.C. José W. Mamani Vica  
 C.M. 5766  
 DIRECTOR  
 HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

Lic. Saida Calderón Castillo  
 C.O.S.I.A. Clínica  
 RED DE SALUD SAN ROMAN

Lic. Glorys Mariela Ito Ruelas  
 C.O.S.I.A. Clínica  
 RED DE SALUD SAN ROMAN





HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO: N° 13 - ATENCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (ADT)  
 EVALUADORES:

M.C. José Mamani Viza, M.C. Iván Ramírez Melendez, M.C. Lucero Ramos Pasaca, C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas, Lic. Saina Calderón Castillo, Lic. Glensy Mariela Ito Ruelas

FECHA: 31-10-2024

SERVICIO EVALUADO: DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN: - DR. GILBERTO ALVARADO RAMOS

| Código del Estándar | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable                            | Técnica utilizada | Sustento del Puntaje/<br>Cuantitativos   |
|---------------------|----------------------------------|---|-------------------|--|
| ADT.1               | ADT1-1                           | GUIAS DE PROCEDIMIENTOS<br>IPNEM - CONFIRMA | REVISIÓN DOC.     | 2  |
|                     | ADT1-2                           |   | REVISIÓN DOC.     | 2  |
| ADT.2               | ADT2-1                           | MAPPRO                                      | REVISIÓN DOC.     | 1<br>60% DE LO CALIFICADO<br>MAYOR 5.000 |
|                     | ADT2-2                           | REGISTRO MANO DE OBRERA<br>Y SISTEMA        | REVISIÓN DOC.     | 2  |
| ADT.3               | ADT3-1                           | RO. DE MAPPRO                               | REVISIÓN DOC.     | 1<br>FOYD ESPECIFICAR                    |
|                     | ADT3-2                           | MAPPRO Y CERTIFICACION                      | REVISIÓN DOC.     | 2  |
|                     | ADT3-3                           | MAPPRO CON R.D.                             | REVISIÓN DOC.     | 2<br>RODOLFO                             |
|                     | ADT3-4                           | -   | -                 | NA                                       |
|                     | ADT3-5                           | LIBRO DE REGISTROS                          | VERIFICACIÓN      | 1<br>PACTO CUMPLIDO                      |
|                     | ADT3-6                           | TRANSACCIONES DE CAPACITACIÓN               | REVISIÓN DOC.     | 1<br>MÁS DE 80%                          |
|                     | ADT3-7                           | REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS                | REVISIÓN DOC.     | 2  |
|                     |                                  |   |                   | 16/20 ⇒ 80%                              |



DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
 RED DE SALUD SAN RAMON

Dr. José W. Mamani Viza  
 CNP 57468  
 DIRECTOR  
 HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

GILBERTO ALVARADO RAMOS  
 MÉDICO RADIOLOGO  
 CNP. 4599 - TEL. 37477  
 DIAGNOSTICO POR IMÁGENES

Dr. Walter Santa Cruz Cárdenas  
 CDP 3034  
 RESPONSABLE DE CALIDAD

Dr. Lucero Ramos Pasaca  
 CDP 3034-2024

HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 Glensy Mariela Ito Ruelas  
 CEP 1507 - REG. 000027  
 UNIDAD DE SALUD

Lic. Saina Calderón Castillo  
 CEP 3034  
 LICENCIADA EN GESTIÓN DE CALIDAD

HOSPITAL CARLOS MONSE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO Nº 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO: Nº 14 - ADMISIÓN Y ALTA (ADA)

EVALUADORES:

M.C. José W. Mamari Vilca, M.C. Iván Román Meléndez, M.C. Lucero Remus Pasaca, C.D. Walter Santa Cruz  
 Cárcenas, Lic. Saida Calderón Castilla, Lic. Glensys María Ito Ruelas

FECHA: 29-10-2024

SERVICIO EVALUADO: ADMISIÓN - ESTADÍSTICA

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN: - INA. MARTINA QUIRPE OBLITAS  
 - SR. PERCY CONDONI YERBA

| Código del Estándar | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable               | Técnica utilizada | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios |
|---------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------|--------------------------------------|
| ADA.1               | ADA1-1                           | SISTEMA DE REGISTRO            | VERIFICACIÓN      | 2                                    |
|                     | ADA1-2                           | MAPPAC                         | REVISIÓN DOC.     | 1 (EN PROCESO DE APROBAR. R.D.)      |
|                     | ADA1-3                           | MAPPAC                         | REVISIÓN DOC.     | 2                                    |
|                     | ADA1-4                           | MAPPAC                         | REVISIÓN DOC.     | 2                                    |
|                     | ADA1-5                           | PLAN DE VERIFICACIÓN           | REVISIÓN DOC.     | 2 (FALTA INSERTAR AL POP-PROCESO)    |
| ADA.2               | ADA2-1                           | SISTEMA DE REGISTRO            | REVISIÓN DOC.     | 2                                    |
|                     | ADA2-2                           | SISTEMA SIS ADEN               | VERIFICACIÓN      | 2                                    |
|                     | ADA2-3                           | ENCUESTO DE SATISF. USUARIO    | REVISIÓN DOC.     | 2                                    |
|                     | ADA2-4                           | -                              | -                 | 0                                    |
|                     | ADA2-5                           | REGISTRO EN EL SISTEMA         | VERIFICACIÓN      | 2                                    |
|                     | ADA2-6                           | REGISTRO EN EL SISTEMA         | VERIFICACIÓN      | 2                                    |
|                     | ADA2-7                           | ENCUESTO DE SUSTENTOS          | REVISIÓN DOC.     | 1                                    |
|                     | ADA2-8                           | ENCUESTO DE SATISF. AL USUARIO | REVISIÓN DOC.     | 1                                    |
| ADA.3               | ADA3-1                           | MAPPAC                         | REVISIÓN DOC.     | 2                                    |
|                     | ADA3-2                           | REGISTRO EN EL SISTEMA         | REVISIÓN DOC.     | 2                                    |
| ADA.4               | ADA4-1                           | POP                            | VERIFICACIÓN      | 2                                    |

27 / 32 = 84%



HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO: N° 15 - REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA - R.C.R

EVALUADORES:

M.C. José Mamen Vica, M.C. Iván Batíz Méndez, M.C. Lucero Ramos Pasaca, C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas, Lic. Saida Calderón Castillo, Lic. Glorys Mariela Ruelas

FECHA: 25-10-2024

SERVICIO EVALUADO: OFICINA DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS /

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN: - LIC. YANY PAYS MAMANI

| Código del Estándar | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable   | Técnica utilizada | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios |
|---------------------|----------------------------------|--|-------------------|--------------------------------------|
| R.C.R-1             | R.C.R-1-1                        | MANUAL DE PROCEDIM.  | VERIFICACIÓN      | FOLTA APROBACIÓN<br>CON R.D. 2       |
|                     | R.C.R-1-2                        | DIRECTORIO TELEFONOS,<br>ACTA DE REUNION, EMAIL, REVISION DOCUM. | REVISION DOCUM.   | 2                                    |
|                     | R.C.R-1-3                        | REGISTRO MANUAL  | REVISION DOCUM.   | 2                                    |
|                     | R.C.R-1-4                        | FORMATOS MANUALES<br>SISTEMA REFCOM                              | VERIFICACIÓN      | 2                                    |
| R.C.R-2             | R.C.R-2-1                        | ROL DE PERSONAL<br>(GENERAL Y OTROS)                             | REVISION DOCUM.   | 2                                    |
|                     | R.C.R-2-2                        | AMBULANCIA   | OBSERVACIÓN       | 2                                    |
| R.C.R-3             | R.C.R-3-1                        | ACTAS DE REUNION   | REVISION DOCUM.   | 2                                    |
|                     | R.C.R-3-2                        | INDICADORES  | VERIFICACIÓN      | 2                                    |
|                     | R.C.R-3-3                        | INDICADORES  | VERIFICACIÓN      | 2                                    |
|                     | R.C.R-3-4                        | LIBRO DE SEGUIMIENTOS<br>& INDICADORES                           | VERIFICACIÓN      | 1                                    |
|                     |                                  |  |                   | 19/20 → 95%                          |



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
 DEPARTAMENTO DE SALUD SAN MARCOS  
 M.C. Yany Mamani  
 C.M.P. 67489  
 DIRECCIÓN  
 HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

LIC. Yany Pays Mamani  
 C.M.P. 1893 - REG. 000047  
 ASISTENTE SOCIAL  
 HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO



FECHA: 25/10/2024  
 Lic. Yany Pays Mamani  
 C.M.P. 1893



HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO: Nº 16 - GESTIÓN DE MEDICAMENTOS (GMD)

EVALUADORES:

M.C. José Mariani Vilca, M.C. Iván Ramírez Meléndez, M.C. Lucero Ramos Pasaca, C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas, H.C. Saïdu Cañerón Castillo, L.C. Genys Mariela Ilo Buelas

FECHA: 28-10-2024

SERVICIO EVALUADO: DPTO. FARMACIA

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN: - Q.F. Y HON. DING MACHACA QUISPE

| Código del Estándar | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable                     | Técnica utilizada        | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios |
|---------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| GMD.1               | GMD1-1                           | LISTADO DE NECESIDAD SEGUN PER. NDC. | REVISIÓN DOC.            | 1 (FALTA DE APROBACIÓN POR COMITÉ)   |
|                     | GMD1-2                           | SIS MED Y SISTEMAS                   | VERIFICACIÓN             | 2                                    |
|                     | GMD1-3                           | DIARIO Y MENSAJES                    | VERIFICACIÓN             | 2                                    |
|                     | GMD1-4                           | DEMACEN                              | OBSERVACIÓN              | 2                                    |
|                     | GMD1-5                           | REGISTRO DIGITAL TRIMESTRAL          | REVISIÓN DOC.            | 2                                    |
| GMD.2               | GMD2-1                           | RECETAS                              | REVISIÓN DOC.            | 2                                    |
|                     | GMD2-2                           | FLUJOS Y MAPPRO                      | VERIFICACIÓN             | 2                                    |
|                     | GMD2-3                           | REGISTROS MANUALES                   | REVISIÓN DOC.            | 2                                    |
|                     | GMD2-4                           | MAPPRO                               | OBSERVACIÓN VERIFICACIÓN | 2                                    |
|                     | GMD2-5                           | INFORMES                             | REVISIÓN DOC.            | 2                                    |
| GMD.3               | GMD3-1                           | INDICADORES                          | REVISIÓN DOC.            | 1                                    |
|                     | GMD3-2                           | REGISTRO MANUAL                      | REVISIÓN DOC.            | 2                                    |
|                     | GMD3-3                           | INDICADORES                          | VERIFICACIÓN             | 2                                    |
|                     | GMD3-4                           | PLAN DE CAPACITAC.                   | REVISIÓN DOC.            | 1 FALTA INSENCIL AL POP              |
|                     | GMD3-5                           | REPORTES INDICADORES                 | REVISIÓN DOC.            | 2                                    |
|                     |                                  |                                      |                          | 27/30 => 90%                         |


 D.C. THOMAS MACHACA QUISPE  
 C.O.F.P. 19218  
 JEFE DEL DPTO. FARMACIA  
 HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO


 HON. DING MACHACA QUISPE  
 Q.F.


 HON. WALTER SANTA CRUZ CÁRDENAS  
 C.D.



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
 RD de SALUD BOLÍVAR

HON. IVÁN RAMÍREZ MELÉNDEZ  
 M.C.

HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



HON. LUCERO RAMOS PASACA  
 M.C.

HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO: N° 17 - GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (GIN)

EVALUADORES:

M.C. José Yamani Viza, M.C. Iván Ramírez Melendez, M.C. Lucero Ramos Pasaca, C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas, L.C. Saida Calceorón Castillo, L.C. Geirys Merida Iru Puelas

FECHA: 29-10-2024

SERVICIO EVALUADO: Estadística

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN: - ING. MARTINA BUISPE OBLITOS

| Código del Estándar | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable        | Técnica utilizada | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios  |
|---------------------|----------------------------------|-------------------------|-------------------|---------------------------------------|
| GIN-1               | GIN 1-1                          | ACTAS DE REUNIONES      | REVISIÓN DOC.     | 2                                     |
|                     | GIN 1-2                          | REQUERIMIENTOS          | REVISIÓN DOC.     | 2 (FALTA RESPUESTA A ALGUNOS REQUER.) |
|                     | GIN 1-3                          | BASE DE DATOS           | VERIFICACIÓN      | 2                                     |
|                     | GIN 1-4                          | REPORTES                | VERIFICACIÓN      | 2                                     |
|                     | GIN 1-5                          | ACTAS DE CAPACITACIONES | REVISIÓN DOC.     | 1 (FALTA PLAN INSERCIÓN OI, POP)      |
|                     | GIN 1-6                          | MAPPED                  | REVISIÓN DOC.     | 1 (EN PROCESO DE APROBACIÓN)          |
|                     | GIN 1-7                          | -                       | -                 | 0                                     |
|                     | GIN 1-8                          | REPORTES MANUALES       |                   | 2                                     |
| GIN.2               | GIN 2-1                          | INFORMES                | REVISIÓN DOC.     | 1                                     |
|                     | GIN 2-2                          | MAPPED                  | REVISIÓN DOC.     | 1                                     |
| GIN.3               | GIN 3-1                          | REPORTES                | REVISIÓN DOC.     | 1 (FALTA PUBLICAR EN PANELES)         |
|                     | GIN 3-2                          | ACTAS DE REUNIONES      | REVISIÓN DOC.     | 2                                     |
|                     | GIN 3-3                          | -                       | -                 | 0                                     |
|                     | GIN 3-4                          | REGISTROS               | REVISIÓN DOC.     | 1 (FALTA GLABRIAS ENCUESTAS)          |
|                     |                                  |                         |                   | 18/28 => 64%                          |

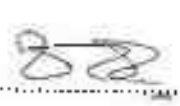

 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 José W. Mamani Viza  
 DIRECTOR  
 HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO


 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 Saida Calceorón Castillo  
 COORDINADORA  
 HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

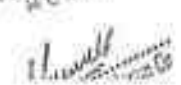

 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 Geirys Merida Iru Puelas  
 AUDITORA EN CALIDAD


 WALTER SANTA CRUZ CÁRDENAS  
 COP 5439  
 EFA DE OBSTETRAS  
 H.C.M.M.

SISTEMA DE SALUD SANTO DOMINGO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD











HOSPITAL CARLOS MONGE MEDIANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"




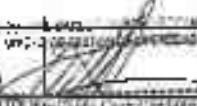



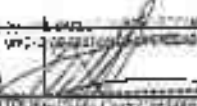
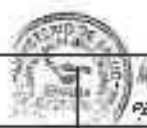

MACROPROCESO: N° 18 - DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECTACIÓN Y ESTERILIZACIÓN (DDE)  
 EVALUADORES:

M.C. José Mamani Vilca, M.C. Iván Ramírez Melendez, M.C. Lucero Ramos Pasaca, C.D. Walter Santa Cruz  
 Cárdenas, Lic. Saída Calderón Castillo, Lic. Glenys Morúa Ito Buclas

FECHA: 16-10-24

SERVICIO EVALUADO: ALCO LIMPIO

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN: DR. JOHN JAQUIDO BUSTINZA

| Código del Estándar  | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable  | Técnica utilizada             | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios |
|--|----------------------------------|---|-------------------------------|--------------------------------------|
| DDE-4  | DDE-1-2                          | MAPPRO  | REVISIÓN DOC.                 | 1 (PUNTO DE VERIFICACIÓN MAPPRO)     |
| DDE-4  | DDE-4-1                          | DIRECCIÓN EPS   | DESINFECCIÓN<br>REVISIÓN DOC. | 1 (PUNTO DOCUMENTACIÓN EPS)          |
|  | DDE-4-2                          | MAPPRO  | REVISIÓN DOC.                 | 2 (MAPPRO EN PROCESO)                |
| DDE-4-3  | DDE-4-3                          | COMITÉ DE SEGURIDAD<br>SUPERV. HIGIENE DE MANOS   | REVISIÓN DOC.                 | 2                                    |
|  | DDE-4-4                          | -   | -                             | 0                                    |
|  |                                  |   |                               | 6/10 ⇒ 60%                           |
| <br>JOHN H. JAQUIDO BUSTINZA<br>DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD<br>HOSPITAL "C. M. M." JULCASA  |                                  | <br>DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD<br>RED DE SALUD SAN ROMÁN<br><br>M.C. José W. Mamani Vilca<br>C.M.P. 57184<br>DIRECTOR                             |                               |                                      |
| <br>DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD<br>RED DE SALUD SAN ROMÁN<br><br>Dra. Lucero A. Ramos Pasaca<br>C.M.P. 12707 54451021                      |                                  | <br>HOSPITAL CARLOS MONGE MEDIANO<br>CONVENCIONES<br><br>Lic. Saída Calderón Castillo<br>C.E.P. 57183 - E.S.G. 003027<br>ALCOBORA GM SALUD            |                               |                                      |
| <br>HOSPITAL CARLOS MONGE MEDIANO<br>CONVENCIONES<br><br>Lic. Glenys Morúa Ito Buclas<br>C.E.P. 57183 - E.S.G. 003027<br>ALCOBORA GM SALUD |                                  | <br>DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD<br>RED DE SALUD SAN ROMÁN<br><br>Lic. Saída Calderón Castillo<br>C.E.P. 57183 - E.S.G. 003027<br>ALCOBORA GM SALUD |                               |                                      |

HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO: N° 18-4 MPDIE 2A, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN (DLDE)  
 EVALUADORES:

M.C. José Mamani Vilca, M.C. Iván Ramírez Melendez, M.C. Lucero Ramos Pascoa, C.D. Walter Santa Cruz  
 Cárcenas, Lic. Saída Calderón Castillo, Lic. Glenny (María) Ito Ruelas

FECHA: 25-10-2024

SERVICIO EVALUADO: LAVANDERIA

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN: Sr. Percy Flores Aliaga

| Código del estándar | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable   | Técnica utilizada | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios |
|---------------------|----------------------------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------|
| DLDE-2              | DLDE 2-1                         | RECUERDOS MANUALES | REVISIÓN DOC.     | 2                                    |
| DLDE-3              | DLDE 3-1                         | MAPPRO             | REVISIÓN DOC.     | 2                                    |
|                     | DLDE 3-2                         | MAPPRO             | REVISIÓN DOC.     | 2                                    |
|                     | DLDE 3-3                         | REGISTROS          | REVISIÓN DOC.     | 1 (FALTA TENER REGISTROS)            |
|                     | DLDE 3-4                         | MAPPRO             | REVISIÓN DOC.     | 1                                    |
|                     |                                  |                    |                   | 8/10 ⇒ 80%                           |
|                     |                                  |                    |                   |                                      |

HOSPITAL CARLOS MÓNTE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO: **Nº 19 - MANEJO DEL RIESGO FINANCIAL (MRF)**






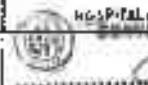


EVALUADORES:

M.C. José Mamari Vilca, M.C. Iván Ramírez Meléndez, M.C. Lucero Ramos Pasaca, C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas, Lic. Saica Calderón Castillo, Lic. Génesis Marcella Ruizlas

FECHA: 29-10-2024

SERVICIO EVALUADO: **SERVICIO SOCIAL**

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN: **A.S. PATRICIA AZA VEGA**

| Código del Estándar   | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable  | Técnica utilizada   | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios |
|---|----------------------------------|---|---|--------------------------------------|
| MRS.1   | MR S1-1                          | MAPA EN PROCESO<br>FOFPA 2-D.   | VERIFICACIÓN<br>REVISIÓN DOC.   | 1                                    |
|   | MR S1-2                          | FESES   | REVISIÓN DOC.   | 2                                    |
|   | MR S1-3                          | SISTEMAS  | VERIFICACIÓN  | 2                                    |
|   | MR S1-4                          | FESES   | VERIFICACIÓN  | 2                                    |
| MRS.2   | MR S2-1                          | SIS - EXHIBIDOS   | VERIFICACIÓN  | 2                                    |
|   | MR S2-2                          | TARIFA ACTUAL   | REVISIÓN DOC.   | 1                                    |
|   |                                  |   |   | 10/12 ⇒ 83%                          |
|  |                                  | <br>Patricia Aza Vega<br>TRABAJADORA SOCIAL<br>U.T.S.P. N° 3206        |   |                                      |
|  |                                  | <br>Iván Ramírez Meléndez<br>COP 5453<br>UCA DE ORSTE" RAS<br>U.T.S.P. |  |                                      |
|  |                                  | <br>Saica Calderón Castillo<br>U.T.S.P.                                |   |                                      |
|   |                                  |   |   |                                      |





HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
 AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2024

ANEXO N° 2: "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación"

MACROPROCESO: Nº 21 "GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES" (GIM)

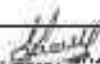
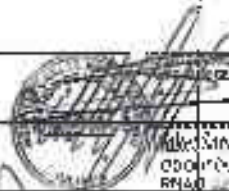
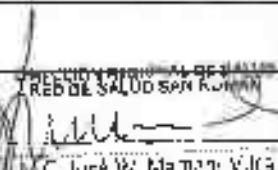




EVALUADORES:

- DR. JOSÉ MAMANI VILCA
- LIC. GLENYS M. ITO RUELAS
- DR. LUCERO RAMOS PASACA
- OBSTO. MARIA DEL CARMEN MITA
- LIC. SAIDA CALDERÓN CASTILLO

FECHA: 15-10-2023

SERVICIO EVALUADO: LOGÍSTICA

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN: ING. ROBERTO GALAS CUBA

| Código del Estándar   | Código de criterio de Evaluación | Fuente Auditable   | Técnica utilizada | Sustento del Puntaje/<br>Comentarios  |
|---|----------------------------------|--|-------------------|---|
| GIM-1   | GIM1-1                           | PROCESO  | OBSERVACIÓN       | 1 FALTA NORMATIVO INTERNA   |
|   | GIM1-2                           | PLAN DE NECESIDADES FINANCIERAS  |                   | 2   |
|   | GIM1-3                           | PROCESO  | OBSERVACIÓN       | 1 FALTA MANUAL - DIFUSION INTERNA   |
|   | GIM1-4                           | PROCESO  | OBSERVACIÓN       | 1 FALTA MAPPEO  |
| GIM-2   | GIM 2-1                          | PROCESO  | OBSERVACIÓN       | 1 FALTA INFORME   |
|   | GIM 2-2                          | PROCESO  | OBSERVACIÓN       | 1 FALTA MAPPEO  |
|   | GIM 2-3                          | REGISTRO SISTEMAS  | REVISIÓN DOC.     | 3   |
|   | GIM 2-4                          | REGISTROS  | REVISIÓN DOC.     | 2   |
|   |                                  |  |                   | 11/16 = 69%   |
| <br>LIC. SAIDA CALDERÓN CASTILLO<br>C.P. 6479 - REG. 000277                        |                                  | <br>ING. ROBERTO GALAS CUBA<br>C.P. 6479 - REG. 000277      |                   | <br>DR. JOSÉ MAMANI VILCA<br>C.P. 6479 - REG. 000277<br>DIRECTOR |
| <br>DR. LUCERO RAMOS PASACA<br>C.P. 6479 - REG. 000277<br>UFA DE OBSTETRICAS - CVM |                                  | <br>OBSTO. MARIA DEL CARMEN MITA<br>C.P. 6479 - REG. 000277 |                   | <br>LIC. GLENYS M. ITO RUELAS<br>C.P. 6479 - REG. 000277          |
| <br>LIC. GLENYS M. ITO RUELAS<br>C.P. 6479 - REG. 000277                           |                                  |  |                   |   |

