



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 798 -2022-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 30 de marzo de 2022.

VISTO: El Memorando N°1271-2022-DIRESA-OGESS-AM/D, de fecha 11 de marzo de 2022; Nota Informativa N°043-2022-DIRESA-OGESS-AM/DGP, de fecha 10 de marzo de 2022; Nota de Coordinación N°159-2022-DIRESA-OGESS-AM/DHR, de fecha 07 de marzo de 2022, y;

CONSIDERANDO:

Que, conforme a la Ordenanza Regional N°021-2017-GRSM/CR, de fecha 13 de octubre del 2017 que aprueba el nuevo Reglamento de Organizaciones y Funciones del Gobierno Regional de San Martín modificado mediante Ordenanza Regional N° 023-2018-GRSM/CR, de fecha 10 de setiembre del 2018, que resuelve APROBAR la modificación del Reglamento de Organización Funciones - ROF del Gobierno Regional de San Martín; en los términos de la Nota Informativa N°173-2018-GRSM/GRPyP emitido por la Gerencia Regional de Planeamiento y Presupuesto del Gobierno Regional de San Martín en la que indica en el Artículo 201° numeral 201.1 que las Oficinas de Gestión de Servicios de Salud - OGESS son Órganos desconcentrados de la Dirección Regional de Salud responsables de la gestión sanitaria territorial, la provisión de servicios de salud y de asegurar los servicios de apoyo requeridos por los establecimientos de salud del I y II nivel de atención que conforman la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) del ámbito de su responsabilidad. Todo ello con el objetivo de asegurar las atenciones de salud en función a las necesidades de la población, así como de proponer e implementar en su ámbito políticas, normas y procesos relacionados a la salud. Las Oficinas de Gestión de Servicios de Salud – OGESS son UGIPRES;

Que, la Ley N°26842, Ley General de Salud, establece en el numeral VI del título preliminar que **"Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garantice una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad"**; en ese mismo orden de ideas el artículo 123 de la precitada ley, modificada por la Única Disposición Complementaria Modificatoria del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud de nivel nacional. Como organismo del Poder Ejecutivo **tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política de salud** y actúa como la máxima autoridad normativa en materia de salud;

Que, el artículo 4° del Decreto Legislativo N°1161 dispone que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva; asimismo, los literales a) y b) del artículo 5 del mencionado Decreto Legislativo, modificado por la Ley N° 30895, señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud **formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional sectorial de promoción de la salud**, prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno. Así como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervención de las políticas nacionales y sectoriales, entre otros;

Que, mediante Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA se aprobó la NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la **Acreditación de Establecimientos de Salud** y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base el cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, mediante Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA se aprobó la **"Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de apoyo"**, teniendo como objetivo proporcionar elementos metodológicos **para uniformizar los procedimientos para la autoevaluación** y la autoevaluación externa, entre otros;





RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 798 -2022-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 30 de marzo de 2022.

Que, mediante Resolución Ministerial N°370-2009/MINSA se aprueba la Directiva Administrativa N°151-MINSA/DGSP V.01 Directiva administrativa que regula la organización y funcionamiento de las comisiones sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud, cuya finalidad es contribuir al desarrollo del proceso de acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, en el marco del sistema de Gestión de Calidad de Salud;

Que, con Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA, se aprueba las "normas de elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud", el cual tiene como finalidad "Fortalecer la rectoría sectorial del Ministerio de Salud ordenando la producción normativa de la función de regulación que cumple como Autoridad Nacional de Salud a través de sus Direcciones u Oficinas Generales";

Que, mediante Resolución Directoral Regional N°137-2018-GRSM/DIRES-SM/OPPS, se aprueba el Manual de Operaciones de las Oficinas de Gestión de Servicios de Salud – OGESS, estableciendo en su artículo 15° las atribuciones y responsabilidades del Director General de la OGESS, entre las cuales se encuentran, la de emitir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia, aprobar los planes y documentos de gestión internos (...);

Que, con Nota de Coordinación N°159-2022-DIRESA-OGESS-AM/DHR, de fecha 07 de marzo de 2022, el Director del Hospital II-1 Rioja, remite al Director de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo, el **PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL II-1 RIOJA - 2022**, la conformación del **COMITÉ DE ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL II-1 RIOJA - 2022**, y el **COMITÉ DE EVALUADORES INTERNOS DEL HOSPITAL II-1 RIOJA - 2022**;

Que, con Nota Informativa N°043-2022-DIRESA-OGESS-AM/DGP, de fecha 10 de marzo de 2022, la Directora de Gestión Prestacional, solicita al Director de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo la emisión de la Resolución Directoral con la finalidad de aprobar el **PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL II-1 RIOJA - 2022**, la conformación del **COMITÉ DE ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL II-1 RIOJA - 2022**, y el **COMITÉ DE EVALUADORES INTERNOS DEL HOSPITAL II-1 RIOJA - 2022**;

Que, mediante Memorando N°1271-2022-DIRESA-OGESS-AM/D, de fecha 11 de marzo de 2022, el Director de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo, autoriza la proyección de la Resolución Directoral con la finalidad de aprobar el **PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL II-1 RIOJA - 2022**, la conformación del **COMITÉ DE ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL II-1 RIOJA - 2022**, y el **COMITÉ DE EVALUADORES INTERNOS DEL HOSPITAL II-1 RIOJA - 2022**;

Que, el presente **PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL II-1 RIOJA - 2022**, tiene como Objetivo General: "Desarrollar la primera fase del proceso de acreditación, mediante la aplicación y promoción de la metodología y criterios establecidos según normativa vigente, con la participación del Director y el Equipo de Gestión del Hospital II-1 Rioja, obteniendo macro procesos con visibilidad del desempeño eficaz y cumplimiento de estándares de calidad";

Que, con el propósito de proseguir las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta pertinente atender lo solicitado, debiendo aprobarse el **PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL II-1 RIOJA - 2022**, la conformación del **COMITÉ DE ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL II-1 RIOJA - 2022**, y el **COMITÉ DE EVALUADORES INTERNOS DEL HOSPITAL II-1 RIOJA - 2022**;

Por las razones expuestas y con el visto bueno del Director de Planificación Gestión Financiera y Administración, Jefe de la Oficina de Asesoría Legal; y el Director de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo en uso de sus atribuciones conferidas mediante Resolución Directoral Regional N°508-2020-GRSM/DIRESA/DG, de fecha 19 de noviembre de 2020;





RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 798 -2022-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 30 de marzo de 2022.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. – CONFORMAR el COMITÉ DE ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL II-1 RIOJA - 2022, quedando integrado de la siguiente manera:



COMITÉ DE ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL II-1 RIOJA - 2022	
1.- M.C. JUANITA MILAGROS LEONOR VERGARA PEÑA	DIRECTORA GENERAL
2.- MÉD. ESP. ADM. SALUD/MÉD. AUD. ZADITH M. FLORES GONZÁLEZ	RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN, DESARROLLO Y CALIDAD
3.- C.P.C. OSCAR E. RODRÍGUEZ PÉREZ	ADMINISTRADOR
4.- M.C. YORKY SALDAÑA TIMAYA	JEFE DEL SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA
5.- MÉD. GINECO-OBSTETRA SAMUEL CHICANA ASPAJO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
6.- MÉDICO CIRUJANO OMAR H. SILVA AMAYA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
7.- MÉDICO DERMATÓLOGO JONATHAN R. FLORES RIVERA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
8.- LIC. ENF. SILVIA LLANQUECHA ÑAUPA	JEFE DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA
9.- ING. SIST. JHON ALEXANDER ZAGACETA DAZA	JEFE DE LA OFICINA DE INFORMÁTICA, COMUNICACIONES Y ESTADÍSTICA
10.- MÉDICO ANESTESIOLOGO GABRIELA ROJAS VÁSQUEZ	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CENTRO QUIRÚRGICO

ARTÍCULO SEGUNDO. – CONFORMAR el COMITÉ DE EVALUADORES INTERNOS DEL HOSPITAL II-1 RIOJA - 2022, quedando integrado de la siguiente manera:

3

COMITÉ DE EVALUADORES INTERNOS DEL HOSPITAL II-1 RIOJA - 2022	
1.- M.C. YANALY PÉREZ ALTAMIRANO	JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA
2.- MÉD. ESP. ADM. SALUD/MÉD. AUD. ZADITH M. FLORES GONZÁLEZ	RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN, DESARROLLO Y CALIDAD
3.- M.C. YORKY SALDAÑA TIMAYA	JEFE DEL SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA
4.- Q.F. BEYMER TUESTA GRANDEZ	JEFE DEL SERVICIO DE FARMACIA
5.- OBSTA. EMMA RUIZ CABRERA	JEFE DE OBSTETRAS
6.- MÉDICO ANESTESIOLOGO GABRIELA ROJAS VÁSQUEZ	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CENTRO QUIRÚRGICO

ARTÍCULO TERCERO. - APROBAR el PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL II-1 RIOJA - 2022, el mismo que como anexo forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO CUARTO. - DISPONER que los referidos Comités, actúen y decidan en forma colegiada y autónoma, siendo sus miembros los responsables solidariamente en los actos y decisiones que asuman.

ARTÍCULO QUINTO. - NOTIFÍQUESE, el presente acto resolutorio a los miembros de los Comités y áreas correspondientes con el fin de dar cumplimiento a lo resuelto en la presente.

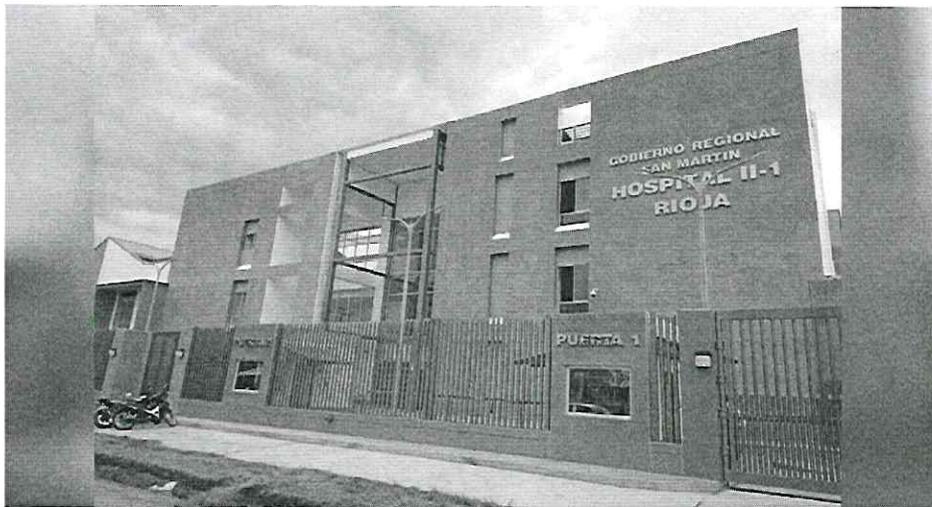
Regístrese, comuníquese y cúmplase;



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN
I.E. 40A - SANLU ALTO MAYO - OGESS
M.C. Julio E. Alarcón Bengio
DIRECTOR

“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL “

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2022



HOSPITAL II-1 RIOJA

UNIDAD DE GESTIÓN, DESARROLLO Y CALIDAD


MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL II-1 RIOJA
ZADITH M. FLORES GONZALEZ
MED. ESP. ADM. SALUD / AUDITORA
CMP 053055 RNA AC7973
JEFATURA OGDC

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN HOSPITAL II-1 RIOJA

I. INTRODUCCIÓN

Los recursos humanos son un factor determinante para la atención sanitaria y deben estar formados, así como distribuidos, en armonía con las necesidades de salud de las comunidades esto se plantea con la calidad en las prestaciones de los servicios de salud siendo uno de pilares importantes del componente de garantía y mejora de la calidad, el cual al implementarse contribuirá a mejorar el desempeño eficaz orientada siempre a la satisfacción del usuario.

Los procesos de autoevaluación integran algunos criterios comunes como la participación de la institución, el planeamiento, fortalezas y debilidades identificadas en todos los servicios, según El Sistema de Gestión de la Calidad aprobado mediante R.M. 519-2006/MINSA con la finalidad de fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud. Este mecanismo de gestión y evaluación de la calidad de los servicios de salud va dirigido a comprobar si la entidad prestadora cumple con estándares superiores que brindan seguridad en la atención en salud y que generen ciclos de mejoramiento continuo. De esta manera se puede resumir este proceso incluye nociones comunes como, mecanismo de evaluación de la calidad, busca de seguridad en la atención, cumplimiento de altos estándares y mejoramiento continuo de los procesos. La concepción más general que sustentan los sistemas de evaluación y acreditación es que la autoevaluación, la evaluación externa y la acreditación constituyen un sistema integral que se reconoce como la gestión para el mejoramiento continuo de la calidad. La autoevaluación es un proceso participativo interno que busca mejorar la calidad, su objetivo es obtener la acreditación, esto debe ajustarse a criterios y estándares establecidos por norma.

El Hospital 11-1 Rioja realiza procesos de autoevaluación de manera permanente y continua con integralidad para garantizar resultados confiables y válidos teniendo como fin principal la mejora y la elevación de la cultura de la calidad en este contexto, la institución viene desarrollando acciones de revisión, discusión y análisis de la norma técnica de acreditación y de su instrumento obteniendo aportes importantes. El mencionado proceso contempla la autoevaluación como una de sus fases, para los cual es necesario seleccionar y nombrar el Equipo de Acreditación según Norma Técnica de Salud N°050-MINSA-DGSP-V.02 (Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo).

El presente plan de trabajo, incluye los aspectos organizativos, la selección y constitución de un equipo de profesionales evaluadores internos, la ejecución propiamente de la autoevaluación según los criterios y estándares establecidos en la norma.

II. JUSTIFICACIÓN

La calidad en el sector salud tiene que estar enfocada en el paciente, logrando mantener la satisfacción de las necesidades explícitas de sus usuarios, respetando sus decisiones, cultura, contexto social y su estructura de necesidades específicas. La importancia del sistema de Gestión de calidad en las instituciones que prestan servicios de salud se basa en la planeación estratégica, mejoramiento continuo y en los requisitos normativos de los diferentes entes de control para asegurar una atención en salud que esté acorde con las necesidades de los usuarios.

La Acreditación es un proceso de evaluación periódica que compara el desempeño del prestador de salud con una serie de estándares orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención, siendo imprescindible su desarrollo a efecto de diagnosticar las limitaciones o debilidades que permitan alcanzar un establecimiento que cumpla con estándares de calidad aceptables. Este proceso se inicia con la Autoevaluación, también conocida como evaluación interna a cargo del equipo de evaluadores internos, esta fase se debe realizar mínimo una vez al año, hasta alcanzar el nivel aprobatorio mínimo para poder someternos a una evaluación externa y así lograr la acreditación.

En el Hospital 11-1 Rioja se ha implementado experiencias en temas de acreditación junto a procesos como la auditoria de la calidad de atención, el mejoramiento continuo de la calidad, la seguridad del paciente, la evaluación de tecnología sanitaria y el abordaje del clima organizacional para potenciar los efectos y alcanzar los resultados esperados. En la norma técnica de acreditación, se establece que el equipo de evaluadores internos debe de elaborar el Plan de Autoevaluación. El presente plan corresponde al cumplimiento de la Norma Técnica citada.

III. FINALIDAD

El presente plan tiene como finalidad garantizar a los usuarios de nuestra institución una atención de salud con calidad contribuyendo a mitigar las faltas y fortaleciendo el sistema de Gestión de la Calidad mediante procesos y normas establecidas que permitan una mayor satisfacción de los usuarios obteniendo la construcción de una cultura de calidad con enfoque de mejora continua y acreditación.

IV. ALCANCE

El presente Plan de Acreditación es de alcance a todas las unidades orgánicas y funcionales que conforman el Hospital II- Rioja, evaluándose todos los macro procesos de Acreditación, según listado de estándares de acreditación

V. BASE LEGAL

- **Decreto Legislativo N°1161**, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- **Decreto Supremo N°013-2006-S. A**, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo"
- **Ley N° 26842**, "Ley General de Salud" y sus modificatorias
- **Resolución Ministerial N°1263-2004/MINSA**, "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura en el Hospitales del Ministerio de Salud"
- **Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA**, "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- **Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA**, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- **Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA**, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud"



VI. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar la primera fase del proceso de Acreditación, mediante la aplicación y promoción de la metodología y criterios establecidos según la normativa vigente, con la participación del director y el equipo de gestión del Hospital 11-1 Rioja, obteniendo macro procesos con visibilidad del desempeño eficaz y cumplimiento de estándares de calidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer la gestión de los responsables de las unidades y macro procesos en la propuesta y el logro de la mejora continua de la calidad.
- Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación y desarrollar acciones de mejora basados en las debilidades detectadas durante el proceso.
- Realizar el proceso de autoevaluación y verificar el nivel de cumplimiento de los criterios de los estándares de acreditación que corresponden al establecimiento.
- Ejecutar la autoevaluación con los criterios y estándares establecidos según norma mediante la identificación de los problemas y necesidades de las diferentes unidades orgánicas que contribuirán a la elaboración de proyectos de mejora.
- Verificar el alcance de los criterios de evaluación en relación a todas las funciones de la institución para brindar los servicios de salud con calidad.

VII. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

El equipo de Evaluadores Internos del Hospital II-1 Rioja utilizarán diversas técnicas de verificación que les permitirán evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación.

Verificación/Revisión de documentos:

Una de las fuentes a las que se pueda recurrir para obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, observación directa de procesos, entrevistas y auditorías de registros médicos.

Observación:

Permite seguir la manera como se desarrollan los procesos en la práctica. Se observa a las personas como al entorno, constará de visita de las instalaciones por el equipo evaluador, visita a los diferentes servicios verificando los estándares señalados, el proceso de ejecución de la autoevaluación se hará con la presencia de los integrantes del equipo evaluador interno.

Realizar el proceso de Autoevaluación y verificar el nivel de cumplimiento de los criterios del Listado de Estándares de Acreditación que corresponden a un establecimiento II-1

1. Difusión del Plan de Autoevaluación.
2. Reunión de análisis de las fuentes de verificación de los criterios de acreditación con el equipo de Evaluadores Internos y Responsables de Macro procesos.
3. Aplicación de estándares de Acreditación.

Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación y desarrollar acciones de mejora basada en las debilidades durante el proceso de autoevaluación.

1. Procesamiento de datos y análisis de resultados.
2. Elaboración del informe del proceso de autoevaluación.
3. Actividades para analizar los resultados de la Autoevaluación generando productos en la Oficina de Gestión de la Calidad.

VIII. RESPONSABILIDADES

El equipo de Gestión, los responsables de cada macro proceso, los evaluadores internos y el personal que labora en el Hospital II-1 Rioja, son responsables del cumplimiento de lo dispuesto en el presente plan.

IX CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	UNIDAD DE MEDIDA	PERIODICIDAD	I Trim			II Trim			III Trim			IV Trim			
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	
Conformación de equipo de acreditación de la OGESS-AM para su aprobación con RO.	OGESS - AM	Resolución	Anual	X												
Conformación de equipos multidisciplinarios.	OGESS - AM	Resolución	Anual	X												
Elaboración y revisión del plan anual de Acreditación 2021.	Coordinadora de Gestión de la Calidad	Actas	Anual	X												
Presentación del Plan anual de Acreditación a la Dirección prestacional para su aprobación con RD.	Coordinadora de Gestión de la Calidad	Informe	Anual	X												
Capacitación con IGSS sobre Acreditación a los evaluadores internos.	Comité de Acreditación Coordinadora de Gestión de la Calidad	Informe	Anual				X									
Elaboración de listas de chequeo para la autoevaluación.	Comité de Acreditación/Evaluadores Internos	Informe	Anual				X									
Reunión de sensibilización y capacitación a evaluadores internos.	Comité de Acreditación/Coordinadora de Gestión de la Calidad	Informe	Mensual				X									
Plan de visitas para el levantamiento de la información.	Comité de Acreditación/Evaluadores Internos	Informe	Mensual					X								
Implementación de las mejoras en base a la autoevaluación realizada.	Unidad Gestión de la Calidad	Informe	Mensual						X							
Socialización de resultados.	Comité de Acreditación	Informe	Semestral						X							
Elaboración y entrega de informes por macro procesos.	Comité de Acreditación/Evaluadores Internos	Informe	Semestral							X						
Elaboración de informe final y resumen ejecutivo	Comité de Acreditación	Informe	Semestral								X					
Si se obtienen puntaje menor a 85, levantamiento de observación, nueva autoevaluación en 6 meses	Coordinadora de Gestión de la Calidad	Informe	Semestral							X						
Si se obtiene puntaje menor a 85, se solicitará evaluación externa.	Comité de Acreditación	Informe	Semestral								X					



X. CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE ACREDITACIÓN

Que, con la finalidad de establecer y continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnicos administrativos a nivel institucional, así como para alcanzar objetivos y metas programadas, se conforma el Comité de Acreditación del Hospital II-1 Rioja.

NOMBRE	CARGO	D.N. I	TELÉFONO
M. C. JUANITA MILAGROS LEONOR VERGARA PEÑA	DIRECTORA GENERAL	44965544	969277263
MED. ESP. ADM. SALUD/MED. AUD. ZADITH M. FLORES GONZÁLEZ	RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN, DESARROLLO Y CALIDAD	41627748	970926722
C.P.C. OSCAR E. RODRÍGUEZ PÉREZ	ADMINISTRADOR	41449821	972992511
M.C YORKY SALDAÑA TIMAYA	JEFE DEL SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA	47469390	957699402
MÉD. GINECO-OBSTETRA SAMUEL CHICANA ASPAJO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRÍCA	06786720	942622816
MED. CIRUJANO OMAR H. SILVA AMAYA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	18172037	948867070
MED. DERMATÓLOGO JONATHAN R. FLORES RIVERA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA	41744729	903425125
LIC. ENF. SILVIA LLANQUECHA ÑAUPA	JEFA DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA	29710444	943413561
ING. SIST. JHON ALEXANDER ZAGACETA DAZA	JEFE DE LA OFICINA DE INFORMÁTICA, COMUNICACIONES Y ESTADÍSTICA.	42463390	975728149
MED. ANESTESIÓLOGA GABRIELA ROJAS VÁSQUEZ	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CENTRO QUIRÚRGICO	41778644	981678626



XI. CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE EVALUADORES INTERNOS

NOMBRE	CARGO	D.N. I	TELÉFONO
M.C. YANALY PÉREZ ALTAMIRANO	JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	74041106	950910143
MED. ESP. ADM. SALUD/MED. AUD. ZADITH M. FLORES GONZÁLEZ	RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN, DESARROLLO Y CALIDAD	41627748	970926722
M.C YORKY SALDAÑA TIMAYA	JEFE DEL SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA	47469390	957699402
Q.F. BEYMER TUESTA GRANDEZ	JEFE DEL SERVICIO DE FARMACÍA	45313088	979262425
OBSTA. EMMA RUIZ CABRERA	JEFA DE OBSTETRAS	06786720	942496610
MED. ANESTESIOLOGA GABRIELA ROJAS VÁSQUEZ	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CENTRO QUIRÚRGICO	41778644	981678626



Entrevistas:

Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación. El equipo de acreditación y el evaluador líder será responsable del monitoreo y supervisión.

Muestras:

Técnica que permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.

Encuestas:

Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.

Auditorías:

Examen que determina y señala hasta qué punto una situación proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

Los estándares de acreditación contienen atributos relacionados a los procesos internos y de servicios que brinda el Hospital II-1 Rioja, referencias, normativas y criterios de evaluación según macro procesos.

Las fuentes auditables dependerán de las normas que regulan los procesos del MINSA, las normas legales sectoriales que regulan los procesos institucionales y las normas internas del Hospital II-1 Rioja. Para el desarrollo de la metodología se realizará la aprobación del Plan de Acreditación, conformación del equipo multidisciplinario, elaboración de reuniones, sensibilización del equipo de gestión hospitalaria, entrega de informes mensuales, socialización de resultados y levantamientos de observación en caso de no obtener el puntaje aprobatorio.

XIII. PLAN DE TRABAJO

- Conformación del Equipo de Acreditación.
- Conformación de Evaluadores Internos.
- Capacitación a los Evaluadores Internos.
- Elaboración del Plan y designación del líder.
- Designación de responsables de Macro procesos.
- Aprobación del Plan de Autoevaluación.
- Difusión del proceso de Autoevaluación.



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

Rioja, 08 de marzo del 2022

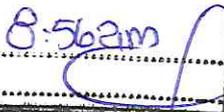
NOTA DE COORDINACION N° 177 - 2022 - DIRESA - OGESS - AM/DHR

Señor:
M.C. JULIO EDMUNDO ALCANTARA RENGIFO
DIRECTOR DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MAYO
Moyobamba.-

OGESS - ALTO MAYO
RECIBIDO TRÁMITE
DOCUMENTARIO ÚNICO

09 MAR 2022

HORA: 8:56am

FIRMA: 

**ASUNTO: SOLICITA APROBACIÓN DE COMITÉ MEDIANTE RESOLUCIÓN
REF. MEMORANDO N° 653-2022-DIRESA-D-OGESS-AM/DGP**

Grato es dirigirme a usted para saludarle cordialmente, asimismo, para hacerle llegar adjunto al presente, la conformación del equipo de Acreditación y Evaluadores Internos del Hospital II - 1 Rioja, para la emisión de la resolución que corresponde. Se adjunta SOLICITUD N° 005-2022-Z.M.F.G/U.G.C/HOSPITAL II - 1 RIOJA.

Sin otro particular, me suscribo de usted no sin antes renovarle mi consideración y estima personal.

Atentamente,

DGP - UEP
RECIBIDO

09 MAR 2022

HORA: 12:31

FIRMA: 

C.c. Arch
Rcha/Sec



DIRECCION REGIONAL DE SALUD SAN MARTIN
DIRECCION DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MAYO

Juanita Vergara Peña
Méd. Ciruj. Juanita Vergara Peña
DIRECTORA HOSPITAL II-1 RIOJA

DIRECCION DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MAYO
TRÁMITE DOCUMENTARIO ÚNICO

Fecha: 09-03-22

Reg.: 871

Pase: UQP

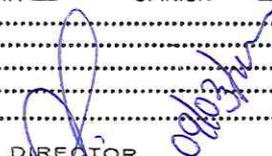
Obsta: Curoday

TRÁMITE DOCUMENTARIO OGESS - ALTO MAYO

DPG. <input type="checkbox"/>	DGP. <input checked="" type="checkbox"/>	HMO. <input type="checkbox"/>	DIR. <input type="checkbox"/>
DRH. <input type="checkbox"/>	OAL. <input type="checkbox"/>	HRI. <input type="checkbox"/>	SEG. <input type="checkbox"/>
DGS. <input type="checkbox"/>	OCI. <input type="checkbox"/>	URI. <input type="checkbox"/>	OTR. <input type="checkbox"/>
CONOCIMIENTO <input type="checkbox"/>		DAR TRAMITE <input type="checkbox"/>	
DAR RESPUESTA <input type="checkbox"/>		OPINIÓN <input type="checkbox"/>	

Observación:

Fecha:

DIRECTOR 

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

SOLICITUD N° 005 -2022-Z.M.F.G-/ U.G.C/ HOSPITAL II-1 RIOJA

A : M.C JUANITA VERGARA PEÑA
DIRECTORA DEL HOSPITAL II-1 RIOJA

ATENCION : OGESS – ALTO MAYO

DE : MED. ESP. ADM. EN SALUD/ MED. AUD.
ZADITH FLORES GONZÁLEZ
RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE CALIDAD DEL HOSPITAL
II-1 RIOJA.

ASUNTO : SOLICITO APROBAR CON ACTO RESOLUTIVO LA
CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE ACREDITACIÓN Y
EVALUADORES INTERNOS DEL HOSPITAL II-1 RIOJA.

REFERENCIA : MEMORANDUM N° 653 -2022-DIRESA-D-OGESS-AM/DGP

FECHA : Rioja, 7 de marzo del 2022.

Es grato dirigirme al despacho de su digno cargo para saludarlo cordialmente y a su vez manifestarle lo siguiente

Que, según documento de referencia se nos esta solicitando el nombre del Equipo de Acreditación y Equipos de Evaluadores Internos de acuerdo a la ficha técnica N° 24 – Convenio de Gestión por lo que **SOLICITO APROBAR CON ACTO RESOLUTIVO LA CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE ACREDITACIÓN Y EVALUADORES INTERNOS DEL HOSPITAL II-1 RIOJA.** Para así poder brindar una atención con eficiencia y eficacia a los usuarios

Sin otro particular me despido de usted, reiterándole las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Adjunto lista del equipo de acreditación y evaluadores internos.

Atentamente,


MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL II - 1 RIOJA
ZADITH M. FLORES GONZÁLEZ
MED. ESP. ADM. SALUD / AUDITORA
CMP 063055 RNA A07973
JEFATURA OGECC


MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL II - 1 RIOJA
N° Registro: 2058 Fecha: 07-03-22
Hora: 11:20 am
Para: _____

DIRECTOR

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE ACREDITACIÓN

NOMBRE	CARGO	D.N. I	TELÉFONO
M. C. JUANITA MILAGROS LEONOR VERGARA PEÑA	DIRECTORA GENERAL	44965544	969277263
MED. ESP. ADM. SALUD/MED. AUD. ZADITH M. FLORES GONZÁLEZ	RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN, DESARROLLO Y CALIDAD	41627748	970926722
C.P.C. OSCAR E. RODRÍGUEZ PÉREZ	ADMINISTRADOR	41449821	972992511
M.C YORKY SALDAÑA TIMAYA	JEFE DEL SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA	47469390	957699402
MÉD. GINECO-OBSTETRA SAMUEL CHICANA ASPAJO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRÍCIA	06786720	942622816
MED. CIRUJANO OMAR H. SILVA AMAYA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	18172037	948867070
MED. DERMATÓLOGO JONATHAN R. FLORES RIVERA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA	41744729	903425125
LIC. ENF. SILVIA LLANQUECHA ÑAUPA	JEFA DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA	29710444	943413561
ING. SIST. JHON ALEXANDER ZAGACETA DAZA	JEFE DE LA OFICINA DE INFORMÁTICA, COMUNICACIONES Y ESTADÍSTICA.	42463390	975728149
MED. ANESTESIÓLOGA GABRIELA ROJAS VÁSQUEZ	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CENTRO QUIRÚRGICO	41778644	981678626



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE EVALUADORES INTERNOS

NOMBRE	CARGO	D.N. I	TELÉFONO
M.C. YANALY PÉREZ ALTAMIRANO	JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	74041106	950910143
MED. ESP. ADM. SALUD/MED. AUD. ZADITH M. FLORES GONZÁLEZ	RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN, DESARROLLO Y CALIDAD	41627748	970926722
M.C YORKY SALDAÑA TIMAYA	JEFE DEL SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA	47469390	957699402
Q.F. BEYMER TUESTA GRANDEZ	JEFE DEL SERVICIO DE FARMACÍA	45313088	979262425
OBSTA. EMMA RUIZ CABRERA	JEFA DE OBSTETRAS	06786720	942496610
MED. ANESTESIOLOGA GABRIELA ROJAS VÁSQUEZ	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CENTRO QUIRÚRGICO	41778644	981678626

