

# Resolución Directoral

**N° 887 - DIRES-SM/OGESS-402-HC-UNGETS-MC/2024**

Juanjuí, 11 de Junio del 2024

## VISTO:



El Oficio N°015-2024/AGC/H II-E-JJ, de fecha 24 de Mayo del 2024, emitido por la Responsable de Calidad del Hospital II-E – Juanjuí, el Oficio N°917-D-HOSP-II-E-MC.LIV-J/2024, de fecha 24 de Mayo del 2024, emitido por el Director del Hospital II-E – Juanjuí, la Nota de Coordinación N° 019-2024/CGC-UNGETS-MC, de fecha 05 de Junio del 2024, emitido por la Coordinadora de Gestión de Calidad de la UNGETS-Mariscal Cáceres, el Memorando N°576-2024-GRSM-UNGETS-MARISCAL CACERES/OGESS-402, de fecha 05 de Junio del 2024, donde el Director de la UNGETS – Mariscal Cáceres, solicita la emisión del acto resolutorio de Aprobación del Plan de Autoevaluación del Hospital II-E – Juanjuí "M.C. LUIS IZQUIERDO VÁSQUEZ", durante el año fiscal 2024.-----

## CONSIDERANDO:



Que, la Ordenanza Regional N°023-2018-GRSM/CR, de fecha 10 de Setiembre del 2018, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Gobierno Regional de San Martín y, en su Artículo N° 179°, Dirección Regional de Salud: Establece que es el órgano de línea de la Gerencia Regional de Desarrollo Social, responsable de promover la Salud y prevenir los riesgos y daños a la salud, regular y fiscalizar bienes y servicios de salud, organizar y promover la atención integral de servicios públicos y privados con calidad, considerando los determinantes de la salud centrados en satisfacer las necesidades de salud de las personas, familias y las comunidades, priorizando a los más vulnerables y excluidos, la Dirección Regional de Salud se constituye en la autoridad sanitaria Regional, responsable de formular, adecuar, implementar, evaluar y controlar las políticas del sector salud en el ámbito del Departamento de San Martín; -----

Que, el proceso de Autoevaluación es la fase de inicio para la Acreditación y está a cargo del equipo de evaluadores internos, los cuales cuentan con el entrenamiento respectivo, que con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" (NTS N°050-MINSA/DGSP-V 02).-----

Que, la finalidad es contribuir y garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, cuenten con las capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales de 22 Macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo.-----

Que, el Objetivo General es Determinar el grado de cumplimiento de los criterios de cada uno de los estándares de acreditación en el Hospital II-E – Juanjuí "M.C. LUIS IZQUIERDO VÁSQUEZ", mediante la Autoevaluación a través de la aplicación del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud de Nivel I-4.-----

Que, es necesario la Aprobación del Plan de Autoevaluación del Hospital II-E – Juanjuí "M.C. LUIS IZQUIERDO VÁSQUEZ", para el mejor desarrollo de las actividades en bien de la población Mariscalense, durante el año fiscal 2024.-----

# Resolución Directoral

**N° 887 - DIRES-SM/OGESS-402-HC-UNGETS-MC/2024**

Juanjuí, 11 de Junio del 2024

Estando a lo informado por el Director de Recursos Humanos, con el visto bueno de la Directora de Gestión Sanitaria de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Huallaga Central.-----

En uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N° 963-2017-MINSA, Ordenanza Regional N° 023-2018, del 10 de Setiembre del 2018 que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Gobierno Regional de San Martín, y la Resolución Directoral Regional N° 581-2023-GRSM-DIRESA/DG, de fecha 25 de Agosto del 2023 en el que se designa al Director de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Huallaga Central, con efectividad a partir del 28 de Agosto del 2023;-----



**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°- APROBAR** el Plan de Autoevaluación del Hospital II-E – Juanjuí "M.C. LUIS IZQUIERDO VASQUEZ", de la UNGETS Mariscal Cáceres, durante el año fiscal 2024.-----

**Artículo 2°.-El Coordinador deberá realizar las acciones necesarias con los diferentes entes representativos en el ámbito correspondiente y la difusión, monitoreo y evaluación del Plan aprobado.-**



**Regístrese, Comuníquese y Cúmplase,**

  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN  
OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD H.C.  
NUT. CHRISTIAN RUIZ VASQUEZ  
DIRECTOR GENERAL - OGESS MC 402

C.c.  
Arch.  
CHRV/mjbr.



OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HUALLAGA CENTRAL  
UNIDAD DE GESTIÓN TERRITORIAL DE SALUD MARISCAL CÁCERES

HOSPITAL II-E JUANJUI "MC. LUIS IZQUIERDO VÁSQUEZ"

"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA  
CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"

Juanjuí, 24 de Mayo del 2024

**OFICIO N° 917-D-HOSP-II-E-MC. LIV-J/2024**

**SEÑOR : Psc, Segundo Eli Walter Vásquez  
Director UNGET MARISCAL CACERES**



**ASUNTO : ENVIO PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL II-E JUANJUI 2024.**

**ATENCION : Psc. Loysi Pezo Cardenas  
RESPONSABLE DE CALIDAD DE LA RSMC.**

Ciudad:

Ministerio de Salud Dirección Sub Regional de salud Hospital II-E Juanjuí Ministerio de Salud Dirección Sub Regional de Salud Hospital II-E Juanjuí r

De mi especial consideración.

Es grato dirigirme al despacho de su digno cargo para saludarle cordialmente y al mismo tiempo, hacerle llegar adjunto al presente el Oficio N° 015-2024-AGC-H-II-E-JJ, Presentado por la Obstetra Sendy M. Shapiama Barrera, responsable de calidad del Hospital II-E Juanjuí, para su trámite atención conocimiento y demás fines.

Agradeciendo por anticipado su gentil atención, me suscribo de usted.

Atentamente;

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN  
UNIDAD DE GESTIÓN TERRITORIAL - M.C.  
HOSPITAL II-E - JUANJUI  
C.D. Paul A. Reátegui Sandoval  
C.O.P. 24530  
DIRECTOR



C.c.  
Archivo  
PARS/llgt

Jr. Arica 205 – Mariscal Cáceres – Juanjuí



OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HUALLAGA CENTRAL  
UNIDAD DE GESTIÓN TERRITORIAL DE SALUD MARISCAL CÁCERES  
HOSPITAL II-E JUANJUI "MC. LUIS IZQUIERDO VÁSQUEZ"

"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA  
CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"



**OFICIO N°015-2024/AGC/H II-E JJ**

**A : C.D. PAUL ALAN REÁTEGUI SANDOVAL  
DIRECTOR DEL HOSPITAL II-E JUANJUI**

**CON ATENCIÓN : LOYSI PEZO CÁRDENAS  
RESPONSABLE DE CALIDAD DE LA RSMC**

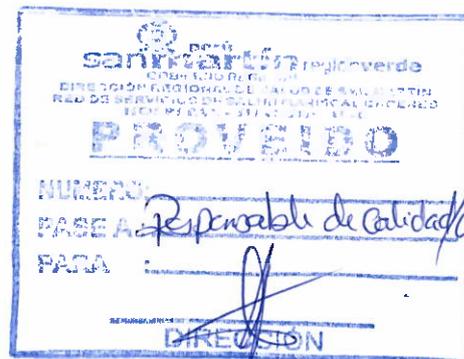
**ASUNTO : ENVÍO PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN  
DEL HOSPITAL II-E JUANJUI -2024**

**FECHA : JUANJUI, 24 DE MAYO DEL 2024.**

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y al mismo tiempo hacer llegar el **PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL II-E JUANJUI M.C. Luis Izquierdo Vásquez - 2024.**

Sin otro particular me despido de usted no sin antes reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



*Sandy M. Shapiama Barrera*  
OBSTETRA  
COP 30786

Obsta. **Sandy M. Shapiama Barrera.**  
Responsable de Calidad  
Hospital II-E Juanjui



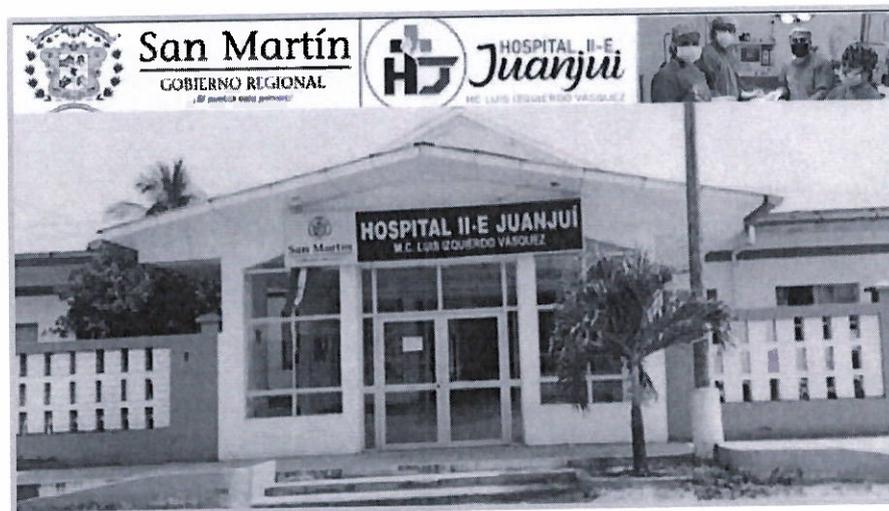
OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HUALLAGA CENTRAL  
UNIDAD DE GESTIÓN TERRITORIAL DE SALUD MARISCAL CÁCERES

HOSPITAL II-E JUANJUI "M.C. LUIS IZQUIERDO VÁSQUEZ"

"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA  
CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"

## OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

# PLAN DE AUTOEVALUACIÓN



**C.D PAUL ALAN REÁTEGUI SANDOVAL.**

DIRECTOR DEL HOSPITAL II-E JUANJUI  
M.C. LUIS IZQUIERDO VÁSQUEZ

**PSIC. LOYSI PEZO CÁRDENAS.**

COORDINADOR DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LA UNGETS  
MARISCAL CÁCERES

**OBSTA. SENDY MASSELY SHAPIAMA BARRERA.**

RESPONSABLE DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL HOSPITAL II-E JUANJUI  
M.C. LUIS IZQUIERDO VÁSQUEZ

2024

## PLAN DE AUTOEVALUACIÓN HOSPITAL II-E JUANJUI

### I. INTRODUCCIÓN

El proceso de acreditación es una importante herramienta para la sostenibilidad del Sistema de Gestión de la Calidad, con la finalidad de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de la atención y el desarrollo armónico de los servicios, comparando el desempeño de nuestra Institución como prestadora de salud, con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, enfocados en elementos de estructura, procesos y resultados.

El Hospital II-E Juanjui M.C. Luis Izquierdo Vásquez, es un Hospital que está implementándose con varias especialidades, comprometido en brindar una atención de forma oportuna, eficiente y con calidad a los pacientes, en cumplimiento de su misión, visión y valores como establecimiento del Sector Salud.



El proceso de Autoevaluación es la fase de inicio para la Acreditación y está a cargo del equipo de evaluadores internos, los cuales cuentan con el entrenamiento respectivo, que con Resolución Ministerial N° 456 – 2007 / MINSA, se aprobó la "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" (NTS N° 050–MINSA / DGSP – V 02), cuya finalidad es contribuir y garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, cuenten con las capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales de 22 Macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo.

La Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad para promover la mejora continua de los procesos asistenciales y administrativos con la participación activa del personal. Es por ello que uno de los ejes estratégicos de la oficina es el proceso de Autoevaluación en el marco de la Acreditación.

El presente plan de Autoevaluación se consigna como un instrumento para direccionar los procesos y actividades de la autoevaluación en el marco del proceso de acreditación del HOSPITAL II-E JUANJUI, con la finalidad de conocer el grado de cumplimiento de los estándares de acreditación, identificando oportunidades de mejora continua en todos los procesos asistenciales y administrativos.

## II. JUSTIFICACIÓN

El Hospital II-E Juanjui M.C. Luis Izquierdo Vásquez, está implementándose con varias especialidades, brinda servicios de salud que incluye procesos de atención, promoción y prevención al servicio de la población, encaminados a una atención de mejor calidad; eficaz, oportuna, segura y buen trato al usuario.

En este contexto, el Hospital II-E Juanjui ha implementado la fase de evaluación en virtud al proceso de acreditación de manera progresiva, así la autoevaluación realizada en el año 2023 tuvo como resultado no aprobado, evidenciando un mayor compromiso de mejora. Por lo que en el presente año se ha rediseñado estrategias que permitan mejorar los resultados obtenidos y dar cumplimiento a los estándares de calidad establecidas para los establecimientos de salud de nivel I-4.



Comprometidos con mejorar la calidad de atención al usuario, consideramos necesario realizar este plan de autoevaluación, que permitan la ejecución de este plan de suma importancia para identificar y evaluar el estado de nuestros procesos y obtener servicios de salud de calidad con un enfoque humano y social.

En el presente año se desarrollará en Plan de Autoevaluación porque es un procedimiento de carácter obligatorio en el proceso de Acreditación y tiene como propósito evaluar y verificar el cumplimiento de los estándares establecidos y mejorando aquellos procesos que sean necesarios para elevar nuestros estándares de calidad técnicos, humanos y administrativos.

## III. OBJETIVOS

### 3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de cumplimiento de los criterios de cada uno de los estándares de acreditación en el HOSPITAL JUANJUI M.C. LUIS IZQUIERDO VÁSQUEZ mediante la Autoevaluación a través de la aplicación del listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de salud de nivel I-4.

### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer el involucramiento de los Órganos y Unidades Orgánicas en la planificación y desarrollo del proceso de Autoevaluación.
- Definir la conformación del equipo de evaluadores internos y responsables por cada Órgano y/o Unidades Orgánicas para interactuar en el desarrollo del proceso de Autoevaluación.

- Fortalecer las competencias de los evaluadores internos en el marco de la Autoevaluación para la Acreditación con fines de mejora continua de la calidad.
- Promover la cultura de calidad en los órganos y Unidades Orgánicas del Hospital II-E Juanjui M.C. Luis Izquierdo Vásquez con el cumplimiento de estándares y criterios establecidos para la Acreditación.
- Desarrollar en forma participativa el proceso de Autoevaluación para la Acreditación, determinando el adecuado cumplimiento de los estándares establecidos por la normativa vigente.
- Analizar oportunamente los resultados obtenidos de la Autoevaluación formulando conclusiones y recomendaciones.
- Identificar fortalezas y debilidades, y determinar oportunidades y amenazas luego de la aplicación del listado de estándares.
- Determinar fortalezas a explotar y procesos susceptibles de mejora en el Hospital II-E Juanjui M.C. Luis Izquierdo Vásquez como parte de la mejora continua.

#### IV. ALCANCE



El presente Plan de Acreditación es el alcance a todas las Unidades Orgánicas y Funcionales que conforman el Hospital II-E Juanjui M.C. Luis Izquierdo Vásquez, evaluándose todos los Macroprocesos de Acreditación, según listado de estándares de Acreditación.

#### V. BASE LEGAL

- **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 los 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.
- **Decreto Legislativo N° 1161**, aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- **Decreto Supremo N° 023-2005-SA**, Aprueban Reglamento de Organizaciones 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"

## VI. METODOLOGÍA Y EVALUACIÓN

La Autoevaluación es la fase del inicio para la Acreditación y está a cargo del equipo de evaluadores internos, los cuales utilizarán diversas técnicas de verificación que les permitirán evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de Acreditación.

Para la evaluación interna en el Hospital II-E Juanjui M.C. Luis Izquierdo Vásquez se desarrolló lo siguiente:

### 6.1 VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS:

Importante para obtener información y analizar los registros e informes de la Institución, el estudio de mapa de procesos, observación directa de procesos, entrevistas y auditorías de registros médicos.

### 6.2 OBSERVACIÓN:



Se obtiene información de forma directa del desenvolvimiento del personal en la práctica. Observa a las personas y 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.

### 6.3 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.

### 6.4 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.

### 6.5 ENCUESTA:

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

### 6.6 AUDITORÍAS:

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

**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**

- Difusión del Plan de Autoevaluación.
- Reunión de análisis de las fuentes de verificación de los criterios de Acreditación con el Equipo de Evaluadores Internos y Responsables de Macroprocesos.
- 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**



- Procesamiento de datos y Análisis de Resultados.
- Elaboración del informe del proceso de autoevaluación.
- Actividades para analizar los resultados de la Autoevaluación generando productos en la Oficina de Gestión de la Calidad.

### **CRONOGRAMA DE FECHAS DE INICIO Y TÉRMINO DE LA IPRESS AUTOEVALUAR:**

N°	IPRES PROGRAMADAS	NIVEL EE.SS	Fecha de inicio autoevaluación	Fecha de término de la autoevaluación
1	Hospital Juanjui	II-E	05/08/2024	08/08/2024



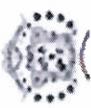
**EQUIPO DE ACREDITACIÓN CON ACTO RESOLUTIVO N° 538-DIRES-SM/OGESS-402-HC-UNGETS-MC/2024.**

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESIÓN
1	MICHAEL DEL CASTILLO DEL ÁGUILA	MÉDICO CIRUJANO
2	JORGE SALAS RAMÍREZ	LIC. ENFERMERÍA
3	ELENA MORI DÍAZ	OBSTETRA
4	KLEBER JESÚS LÓPEZ CABRERA	MICROBIÓLOGO

**EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS CON ACTO RESOLUTIVO N°539-DIRES-SM/OGESS-402-HC-UNGETS-MC/2024.**

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESIÓN
1	RONALD PÉREZ ORTIZ	MÉDICO CIRUJANO
2	SENDY MASSELY SHAPIAMA BARRERA	OBSTETRA
3	ROBERTO CARLOS VARGAS RENGIFO	LIC. ENFERMERÍA
4	NORBIL CHENTA VILLARREAL	LIC. ENFERMERÍA





UNIVERSIDAD NACIONAL  
SAN MARTÍN  
- BRESTA -

**OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HUALLAGA CENTRAL  
UNIDAD DE GESTIÓN TERRITORIAL DE SALUD MARISCAL CÁCERES**

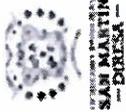
HOSPITAL IFE JUANJUÍ "MC. LUIS IZQUIERDO VÁSQUEZ"

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

**VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN A**

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Reunión del Equipo Evaluador para elaboración del Plan y designación de evaluador líder.	Obsta. Sensy Massely Shapiama Barrera												
Designación de responsables por cada Macroproceso.	Lic. Enf. Norbil Chenta Villarreal												
Presentación del Plan a Dirección.	Obsta. Sensy Massely Shapiama Barrera												
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del Listado de Estándares de Acreditación.	Lic. Enf. Norbil Chenta Villarreal												
Presentación del Plan a OGES-HC	Obsta. Sensy Massely Shapiama Barrera												
<b>MACROPROCESOS</b>													
DIRECCIONAMIENTO													
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS													
GESTIÓN DE LA CALIDAD													
MANEJO DE RIESGO DE LA ATENCIÓN													
GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES													
CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN													
ATENCIÓN AMBULATORIA													
ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN													
ATENCIÓN DE EMERGENCIAS													
ATENCIÓN QUIRÚRGICA													
ATENCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO													
ADMISIÓN Y ALTA													
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA													
GESTIÓN DE MEDICAMENTOS													
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN													
DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN													
MANEJO DE RIESGO SOCIAL													
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA													
GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES													
GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA													
LIDER DEL EQUIPO DE EVALUADORES: OBSTA. SENSY MASSELY SHAPIAMA BARRERA.	Obsta. Sensy Massely Shapiama Barrera												





OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HUALLAGA CENTRAL  
**SLASH MARTÍN**  
 DIRECTORA

### VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN B

		CRONOGRAMA DE AUTOEVALUACIÓN 2024 - HOSPITAL II-E JUANJUI				
		MES - DÍA - TURNO				
RESPONSABLE POR SUB-EQUIPOS	MACROPROCESOS	EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS	LUNES 05	MARTES 06	MIÉRCOLES 07	JUEVES 08
			LIC. ENF. NORBIL CHENTA VILLARREAL	DIRECCIONAMIENTO	LIC. ENF. NORBIL CHENTA VILLARREAL	MAÑANA
LIC. ADM. JIMMY SANDOVAL VÁSQUEZ	GESTIÓN DE RECURSO HUMANO	MAÑANA				
OBSTA. SENDY SHAPIAMA BARRERA	GESTIÓN DE CALIDAD	LIC. ENF. NORBIL CHENTA VILLARREAL	MAÑANA			
MBLGO. KLEBER JESÚS LÓPEZ CABRERA	MANEJO DE RIESGO DE LA ATENCIÓN		MAÑANA			
TÉC. ENF. ABEL RUIZ MENDOZA	GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRE	LIC. ENF. NORBIL CHENTA VILLARREAL	MAÑANA			
OBSTA. TERESA CASTRO HERNÁNDEZ	CONTROL DE GESTIÓN Y PRESTACIÓN		MAÑANA			
M.C. RONALD PÉREZ ORTIZ	ATENCIÓN AMBULATORIA	M.C. RONALD PÉREZ ORTIZ	MAÑANA			
LIC. ENF. ROBERTO VARGAS RENGIFO	ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN		MAÑANA			
LIC. ENF. ALICIA RISCO POZO	ATENCIÓN DE EMERGENCIA	M.C. RONALD PÉREZ ORTIZ	MAÑANA			
ANEST. MARITZA ANTONIO BRAVO	ATENCIÓN QUIRÚRGICA		MAÑANA			
Q.F. DANIXZA ROJAS TAMANI	ATENCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	LIC. ENF. ROBERTO CARLOS VARGAS RENGIFO		MAÑANA		
TÉC. ADM. TANITH RUIZ RUIZ	ADMISIÓN Y ALTA		MAÑANA			
OBSTA. CECILIA RÍOS PEZO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	LIC. ENF. ROBERTO CARLOS VARGAS RENGIFO		MAÑANA		
Q.F. DANIXZA ROJAS TAMANI	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS		MAÑANA			
C.P.C. MIGUEL SANTILLÁN RUIZ	GESTIÓN DE INFORMACIÓN	LIC. ENF. ROBERTO CARLOS VARGAS RENGIFO		MAÑANA		
LIC. ENF. LEILA MARILU RAMOS LEIVA	DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN		MAÑANA			
OBSTA. SENDY SHAPIAMA BARRERA	MANEJO DE RIESGO SOCIAL	OBSTA. SENDY SHAPIAMA BARRERA				MAÑANA
NUJ. AYLEN RISCO HUANSI	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA		MAÑANA			
C.P.C. DANY MEGO PEZO	GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES	OBSTA. SENDY SHAPIAMA BARRERA				MAÑANA
LIC. ADM. SANDY DEL ÁGUILA MORI	GESTIÓN DE EQUIPO E INFRAESTRUCTURA		MAÑANA			
OBSTA. SENDY SHAPIAMA BARRERA	ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL DE AUTOEVALUACIÓN	OBSTA. SENDY SHAPIAMA BARRERA				MAÑANA
			MAÑANA			





## IX. ANEXOS

### RESUMEN DE ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Macroprocesos	Estándares	Criterios de Evaluación
1. Direccionamiento	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 extramural	4	13
9. Atención de hospitalización	7	26
10. Atención de emergencias	3	14
11. Atención quirúrgica	4	24
12. Docencia e Investigación	2	15
13. Apoyo diagnóstico y tratamiento	3	11
14. Admisión y alta	4	16
15. Referencia y contrarreferencia	4	13
16. Gestión de medicamentos	3	15
17. Gestión de la información	3	14
18. Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	4	17
19. Manejo del riesgo social	2	6
20. Manejo de nutrición 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>





  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN  
 UNIDAD DE GESTIÓN TERRITORIAL - M.C.  
 HOSPITAL II-E JUANJUI  
**C.D. Paul A. Reátegui Sandoval**  
 C.O.P. 24530  
 DIRECTOR

**C.D. PAUL ALAN REÁTEGUI SANDOVAL**  
 DIRECTOR DEL HOSPITAL II-E JUANJUI



  
  
**Sensy M. Shapiama Barrera**  
 OBSTETRA  
 COP 30786

**OBSTA. SENDY M. SHAPIAMA BARRERA.**  
 RESPONSABLE DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL HOSPITAL II-E JUANJUI