



Resolución Directoral

Ventanilla, 06 de junio de 2024

VISTOS:

El Informe N° 000264-2024-HVENTANILLA/UPE y Proveído 001632-2024-HVENTANILLA/UPE, de la Jefatura de la Unidad de Planeamiento Estratégico; y, el Informe N° 000103-2024-HVENTANILLA/AFGC y el Memorandum N° 000104-2024-HVENTANILLA/AFGC de la Responsable del Área Funcional de Gestión de la Calidad, del Hospital de Ventanilla; y,

CONSIDERANDO:

Que, la Constitución Política del Perú en su artículo 191 establece que los gobiernos regionales tienen autonomía política, económica y administrativa en los asuntos de su competencia;

Que, en ese sentido, mediante Ordenanza Regional N° 000038 de fecha 18 de diciembre de 2012, el Gobierno Regional del Callao, aprueba la creación del Hospital de Ventanilla como Unidad Ejecutora;

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, dispone que *"es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad."*;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, se aprueba el Documento Técnico: *"Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"*, el cual establece los principios, normas, objetivos, metodologías, procesos y estrategias para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, que orientan los esfuerzos para alcanzar la calidad de atención en los servicios de salud, siendo una de sus líneas de acción la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, la NTS N° 050-MINSA/DGSPV.02 *"Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"*, aprobada con Resolución Ministerial N° 456-2007-MINSA y sus modificatorias, señala que la Autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento; la misma que se realiza mínimo una vez al año;

Que, los numerales 4 y 8 del ítem Procedimientos para el proceso de Acreditación, de la norma precitada, señalan que los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación que debe ser aprobado por la autoridad institucional, según el cual desarrollarán las acciones de evaluación que concluirán con la emisión de un Informe Técnico de Autoevaluación que harán de conocimiento a la autoridad institucional para las acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo de planes de acción, de ser el caso;

Que, con Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA, se aprueba la *"Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"*; cuya finalidad es la de estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación; asimismo, su considerando 6.1. establece los pasos para la autoevaluación, entre ellos, literal d) Elaboración y Aprobación del Plan de Autoevaluación y literal f) Ejecución del Plan de Autoevaluación, pasos que están a cargo de los evaluadores internos y desarrollan las acciones que deben realizar los mismos para la autoevaluación;

Que, con Resolución Directoral N° 081-2023-GRC/HV/DG se conforma el Equipo de Evaluadores Internos para el Proceso de Autoevaluación del Hospital de Ventanilla;



DR. H. GARCIA



A. CASTRO



Que, mediante el Informe N° 000103-2024-HVENTANILLA/AFGC y el Memorandum N° 000104-2024-HVENTANILLA/AFGC, la Responsable del Área Funcional de Gestión de la Calidad, integrante del Equipo de Evaluadores Internos para el Proceso de Autoevaluación del Hospital de Ventanilla, remite la propuesta de proyecto de "Documento Técnico: Plan de Autoevaluación del Hospital de Ventanilla 2024" para su revisión y aprobación mediante acto resolutivo institucional, de acuerdo a lo establecido en la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" aprobada con Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA;

Que, la Jefatura de la Unidad de Planeamiento Estratégico mediante Informe N° 000264-2024-HVENTANILLA/UPE y Proveído 001632-2024-HVENTANILLA/UPE emite su opinión técnica favorable al proyecto de "Documento Técnico: Plan de Autoevaluación del Hospital de Ventanilla 2024", señalando que, de su revisión, "La propuesta de Documento Normativo, "Documento Técnico: Plan de Autoevaluación del Hospital de Ventanilla 2024" cumple con los requisitos exigidos en el marco de la Resolución Directoral N° 039-2023-GRC/HV/DG, la cual aprueba la Directiva para la Elaboración de Documentos Normativos en el Hospital de Ventanilla y su modificatoria", y cumple con lo establecido en la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" aprobada con Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA; asimismo, precisa que su implementación no requiere de presupuesto, por lo que, recomienda su aprobación mediante resolución directoral;

Que, el "Documento Técnico: Plan de Autoevaluación del Hospital de Ventanilla 2024" propone las acciones para intervenir de forma directa en el fortalecimiento o la mejora del desarrollo de las recomendaciones propuestas durante la autoevaluación, teniendo como finalidad estandarizar el desarrollo de las evaluaciones del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;

Que, con la finalidad de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnicos-administrativos a nivel institucional, así como alcanzar los objetivos y metas programadas en el Hospital de Ventanilla, resulta pertinente, resulta pertinente atender la propuesta presentada por la integrante del Equipo de Evaluadores Internos para el Proceso de Autoevaluación del Hospital de Ventanilla, Responsable del Área Funcional de Gestión de la Calidad, y en consecuencia, emitir el correspondiente acto resolutivo, aprobando el "Documento Técnico: Plan de Autoevaluación del Hospital de Ventanilla 2024", de acuerdo a la propuesta presentada;

Contando con la visación de la Responsable del Área Funcional de Gestión de la Calidad, de la Jefatura de la Unidad de Planeamiento Estratégico y de la Responsable de Asesoría Legal, del Hospital de Ventanilla; y,

De conformidad con normas ut supra, y las facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Ventanilla, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 000038 del 18 de diciembre del 2012 y modificatorias;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar el "Documento Técnico: Plan de Autoevaluación del Hospital de Ventanilla 2024", el mismo que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Directoral; por las consideraciones expuestas en la parte considerativa de la presente Resolución Directoral.

Artículo 2.- Disponer que la ejecución del "Documento Técnico: Plan de Autoevaluación del Hospital de Ventanilla 2024" se llevará a cabo según disponibilidad presupuestal.

Artículo 3. Disponer que el Equipo de Evaluadores Internos para el Proceso de Autoevaluación del Hospital de Ventanilla, conformado mediante Resolución Directoral N° 081-2023-GRC/HV/DG, se encargue de la ejecución y cumplimiento del "Documento Técnico: Plan de Autoevaluación del Hospital de Ventanilla 2024", aprobado en el Artículo 1 de la presente Resolución Directoral.

Artículo 4.- Disponer que la Responsable del Área Funcional de Gestión de la Calidad supervise el cumplimiento del "Documento Técnico: Plan de Autoevaluación del Hospital de Ventanilla 2024" aprobado en el Artículo 1 de la presente Resolución Directoral.

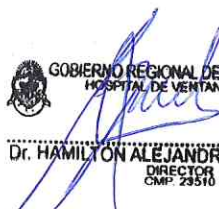
Artículo 5.- Notificar el presente acto resolutivo a las instancias administrativas correspondientes e interesados, para su cumplimiento conforme a Ley.

Artículo 6.- Disponer la publicación de la presente Resolución Directoral en el Portal Institucional del Hospital de Ventanilla (<https://www.hospitaldeventanilla.gob.pe>).

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

Distribución:

- () Dirección
- () Asesoría Legal
- () Gestión de la Calidad
- () Interesado
- () Archivo

**GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO**
HOSPITAL DE VENTANILLA

Dr. HAMILTON ALEJANDRO GARCÍA DÍAZ
DIRECTOR
CMP 23510

DOCUMENTO TECNICO: “PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL DE VENTANILLA”

2024



Firmado digitalmente por CASTRO
MONTENEGRO ALEJANDRO FIR
41065294 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 05.06.2024 09:21:11 -05:00



Firmado digitalmente por OLLAGUE
HUAMAN Milagros Avila FAU
20550992940 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 22.05.2024 11:54:58 -05:00

Versión	Resolución de Aprobación	Fecha de Aprobación
01	RD N° -2024-GRC/HV	/ / 2024

INDICE

I. INTRODUCCION.....	3
II. FINALIDAD	3
III. OBJETIVOS.....	3
3.1. Objetivo General.....	3
3.2. Objetivos Específicos.....	4
IV. AMBITO DE APLICACIÓN	4
V. BASE LEGAL	4
VI. CONTENIDO	5
6.1. Definiciones Operativas.....	5
6.2. Metodología de la autoevaluación.....	7
6.3. Matriz de programación de actividades	8
VII. RESPONSABILIDADES	10
VIII. ANEXO	11
Anexo 01: Reglamento del equipo de acreditación del Hospital de Ventanilla.....	12
Anexo 02: Reglamento de los evaluadores internos del Hospital de Ventanilla.....	13



Firmado digitalmente por CASTRO
MONTENEGRO ALEJANDRO FIR
41065294 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 24.05.2024 15:40:18 -05:00



Firmado digitalmente por OLLAGUE
HUAMAN Milagros Avila FAU
20550992940 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 22.05.2024 11:55:24 -05:00

“DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL DE VENTANILLA 2024”

I. INTRODUCCION

El Proceso de Autoevaluación Interna tiene la finalidad de 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 los estándares de acreditación.

El Proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, se basa en la “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo” (NT N° 050 – MINSA/DGSP – V02) Aprobada con Resolución Ministerial N° 456 – 2007/ MINSA; y es realizada por el Equipo de Evaluadores Internos quienes son capacitados en la aplicación del Listado de los Estándares para hospitales de nivel II – 1.

La Autoevaluación está orientada a promover acciones de mejora continua de la calidad de atención, todo ellos basado en los principios de universalidad, unidad, gradualidad y confidencialidad.

Como justificación se puede decir que la autoevaluación es la fase inicial obligatoria del proceso de acreditación, en este proceso si no se alcanza el puntaje aprobatorio que es igual o mayor a 85% se tiene que realizar una siguiente autoevaluación las veces necesarias en un año, con la finalidad de verificar el cumplimiento de las recomendaciones del informe técnico de autoevaluación y lograr el nivel aprobatorio mínimo para poder someterse a una evaluación externa.

El plan de autoevaluación es una propuesta de acciones para intervenir de forma directa en el fortalecimiento o la mejora del desarrollo de las recomendaciones propuestas durante la autoevaluación.

II. FINALIDAD

Estandarizar el desarrollo de las evaluaciones del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Contribuir a garantizar a los usuarios externos que se atienden en los servicios asistenciales de nuestra institución una prestación de calidad permitiendo una mayor satisfacción de los usuarios.

3.2. Objetivos Específicos

- 3.2.1. Proporcionar elementos metodológicos para uniformizar los procedimientos para la autoevaluación.
- 3.2.2. Establecer pautas para la organización del trabajo de los evaluadores internos para la autoevaluación.
- 3.2.3. Organizar el desarrollo del trabajo de Autoevaluación en las unidades productoras de Salud de nuestro hospital,
- 3.2.4. Contribuir a la toma de decisiones gerenciales a través de los resultados del proceso de autoevaluación.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Autoevaluación es de aplicación en las unidades de organización del Hospital de Ventanilla que tiene participación en la entrega de los servicios de salud, así como en actividades de dirección y de apoyo para la atención de salud.

V. BASE LEGAL

- 5.1. Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
- 5.2. Resolución Ministerial N° 519 – 2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en salud”.
- 5.3. Resolución Ministerial N° 456 – 2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 5.4. Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- 5.5. Resolución Ministerial N°370-2009/MINSA, que aprueba la “Directiva Administrativa que regula la Organización y Funcionamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud”.
- 5.6. Resolución Directoral N° 541-2011-GRC/GRS/DIRESA/DG, del Gobierno Regional del Callao, por el cual se asigna la Categoría II-1 al Establecimiento de Salud “Hospital de Ventanilla”.
- 5.7. Resolución Directoral N° 039-2023-GRC/HV/DG, que aprueba el documento normativo: Directiva N° 001-2023-GRC/HV/UPE, “Directiva para la Elaboración de Documentos Normativos en el Hospital de Ventanilla”.



Firmado digitalmente por CASTRO
MONTENEGRO ALEJANDRO FIR
41065294 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 05.06.2024 09:23:39 -05:00



Firmado digitalmente por OLLAGUE
HUAMAN Milagros Avila FAU
20550992940 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 22.05.2024 11:56:15 -05:00

VI. CONTENIDO

6.1. Definiciones Operativas

6.1.1. Evaluador Interno:

Es el trabajador de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del proceso de acreditación. Tiene competencia para desarrollar su labor únicamente en su propia institución u organización de similar nivel y categoría. (Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA)

6.1.2. Evaluador Externo:

Es la persona que desarrolla la fase de evaluación externa del proceso de acreditación. Tiene competencia para llevarla a cabo en los tres niveles de atención. (Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA)

6.1.3. Macroproceso:

Es un proceso de mayor complejidad en una organización el cual a su vez agrupa a varios procesos. Por ejemplo, el macroproceso Gestión de Medicamentos agrupa entre otros procesos el abastecimiento, almacenamiento, uso racional, vigilancia y control, etc. (Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA)

6.1.4. Proceso:

Es el conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que genera resultado que agrega valor globalmente. (Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA)

6.1.5. Trazabilidad:

Es el conjunto de acciones y procedimientos que permiten identificar y registrar cada una de las evaluaciones desde el inicio hasta el final. (Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA)

6.1.6. Acreditación:

Es un proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, orientando a promover acciones de mejoramiento

continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. (Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA)

6.1.7. Gestión de la Calidad:

Es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad. (Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA)

6.1.8. Mejoramiento Continuo de la Calidad:

Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a construir una organización de excelencia. (Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA)

6.1.9. Planificación de la Calidad:

Es la acción que permite definir las políticas generales y objetivos de calidad, a partir de los cuales se articularán los esfuerzos posteriores de compromiso y participación en el proceso de desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. (Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA)

6.1.10. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud:

Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyan a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del Sector y a sus dependencias públicas y privadas del nivel nacional, regional y local, en lo que relativo a la calidad de la atención y de la gestión. (Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA)



Firmado digitalmente por CASTRO
MONTENEGRO ALEJANDRO FIR
41065294 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 05.06.2024 09:24:19 -05:00



Firmado digitalmente por OLLAGUE
HUAMAN Milagros Avilia FAU
20550992940 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 22.05.2024 11:57:06 -05:00

6.2. Metodología de la autoevaluación

equipo de evaluadores internos del Hospital de Ventanilla utilizará diversas técnicas, tales como:

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

El instrumento que se empleará durante la autoevaluación será el listado de estándares de acreditación, el cual contiene los estándares atribuidos relacionados, referencias normativas y criterios de evaluación que consta de 22 macro procesos.

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

- Visita de las instalaciones por el equipo evaluador.
- Despliegue de las técnicas de evaluación.
- La evaluación se realiza mediante la visita a los diferentes servicios verificando los estándares señalados.

La evaluación tendrá en cuenta: existencia, condiciones, características, estado y otros aspectos del estándar



Firmado digitalmente por CASTRO
MONTENEGRO ALEJANDRO FIR
41065294 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 05.06.2024 09:24:42 -05:00



Firmado digitalmente por OLLAGUE
HUAMAN Milagros Avila FAU
20550992940 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 22.05.2024 11:57:31 -05:00

6.3. Matriz de programación de actividades

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	METAS	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SET.	OCT.	NOV.	DIC.	INDICADOR	RESPONSABLE
Establecer pautas para la organización del trabajo de los evaluadores internos para la autoevaluación	Elaboración del Plan de Autoevaluación	Plan	1				x									% de Plan elaborado	Equipo de Evaluadores Internos
	Aprobación del Plan de Autoevaluación	Resolución Directoral	1					x								% de RD aprobada	Equipo de Evaluadores Internos
	Conformación del equipo de evaluadores del proceso de autoevaluación	Resolución Directoral	1							x						% de RD aprobada	GC - Responsable de Mejora Continua
	Designación de responsables por cada macroproceso	Acta de Reuniones	1							x						Número de reuniones realizadas/Número de reuniones programadas	GC - Responsable de Mejora Continua
Proporcionar elementos metodológicos para uniformizar los procedimientos para la autoevaluación.	Reuniones de coordinación de los evaluadores internos para verificación de metodología a utilizar según macroproceso que se le asigne	Acta de Reuniones	1								x					Número de reuniones realizadas/Número de reuniones programadas	Equipo de Evaluadores Internos
Organizar el desarrollo del trabajo de autoevaluación en las unidades productoras de salud de nuestro hospital	Elaboración del rol de los evaluadores internos, para el desarrollo de la autoevaluación	Acta de Reuniones	1								x					Número de reuniones realizadas/Número de reuniones programadas	Equipo de Evaluadores Internos
	Realizar cronograma de evaluación de los criterios del proceso de	Acta de Reuniones	1								x					Número de reuniones realizadas/Número de reuniones programadas	Equipo de Evaluadores Internos

	autoevaluación a los servicios.																
	Realizar charla de sensibilización del proceso de autoevaluación	Acta de Capacitación	1								x					Número de capacitaciones elaboradas/Número de capacitaciones programadas	Equipo de Acreditación
	Socializar e informar a las unidades, oficinas y servicios los criterios a evaluar según corresponda	Acta de Reuniones	1									x				Número de capacitaciones elaboradas/Número de capacitaciones programadas	Equipo de Evaluadores Internos
	Realizar informe técnico del proceso de autoevaluación para la acreditación	Informe	1											x		% de informe elaborado	Equipo de Evaluadores Internos
Contribuir a la toma de decisiones gerenciales a través de los resultados del proceso de autoevaluación	Presentación de resultados del proceso de autoevaluación 2024, socializando las observaciones y recomendaciones identificadas	Acta de Reuniones	1											x		Número de reuniones realizadas/Número de reuniones programadas	Equipo de Acreditación
	Realizar plan de intervención del levantamiento de recomendaciones identificados en el proceso de autoevaluación	Plan	1											x		% de plan de intervención elaborado	Equipo de Acreditación

VII. RESPONSABILIDADES

El Área Funcional Gestión de la Calidad, a través de:

La Responsable de Garantía de la Calidad, es responsable por:

- Garantizar la planificación, elaboración, ejecución y cumplimiento del Plan de Autoevaluación del Hospital de Ventanilla.
- Velar para que se faciliten los medios logísticos para la realización de las actividades propuesta en el plan.
- Capacitar en el manejo de las herramientas y técnicas a utilizar para el proceso de autoevaluación.
- Conformar el equipo de acreditación.

Las Jefaturas de las Áreas Asistenciales, son responsables por:

- No participar activamente en el proceso de autoevaluación.
- El incumplimiento de no presentar la documentación requerida por el evaluador interno cuando se lo solicite.
- No asistir puntualmente a las reuniones que se le convoque.
- La veracidad del contenido de los documentos que entregue a los evaluadores internos.

Equipo de Acreditación, son responsables por:

- Coordinar con los evaluadores internos el cronograma y la secuencia de la autoevaluación.
- No analizar los resultados del Informe Técnico para ser presentados a la Dirección.
- El incumplimiento de no proporcionar la información relacionada a la acreditación que le sea solicitada por la DIRESA.
- Coordinar el plan de intervención del levantamiento de las recomendaciones.

Evaluador Interno, es responsable por:

- Los daños y perjuicios por el incumplimiento de sus funciones.
- Las acciones de mejoramiento continuo que propone.
- El incumplimiento de la elaboración del informe técnico de evaluación.



Firmado digitalmente por CASTRO
MONTENEGRO ALEJANDRO FIR
41065294 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 05.06.2024 09:26:25 -05:00



Firmado digitalmente por OLLAGUE
HUAMAN Milagros Avila FAU
20550992940 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 22.05.2024 11:58:54 -05:00

- El incumplimiento de las disposiciones establecidas en el código de ética de la institución.

VIII. ANEXO

Anexo N° 01: Reglamento del equipo de acreditación del Hospital de Ventanilla

Anexo N° 02: Reglamento de los evaluadores internos del Hospital de Ventanilla



Firmado digitalmente por CASTRO
MONTENEGRO ALEJANDRO FIR
41065294 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 05.06.2024 09:26:46 -05:00



Firmado digitalmente por OLLAGUE
HUAMAN Milagros Avila FAU
20550992940 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 22.05.2024 11:59:25 -05:00

Anexo N° 01: Reglamento del equipo de acreditación del Hospital de Ventanilla

I. FUNCIONES DEL EQUIPO DE ACREDITACIÓN

- Coordinar con los evaluadores internos el cronograma y la secuencia de la autoevaluación.
- Realizar capacitación de socializar y sensibilizar a las Unidades, Oficinas y Servicios del Hospital de Ventanilla la importancia de la autoevaluación.
- Analizar los resultados del informe técnico para ser presentados a la Dirección y áreas según corresponda.
- Proporcionar la información relacionada a la acreditación que le sea solicitada por la DIRESA.
- Realizar plan de intervención en relación al levantamiento de las recomendaciones.
- Realizar informe de seguimiento del plan de intervención.

II. CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE ACREDITACIÓN

- Director del Hospital de Ventanilla y/o representante.
- Responsable de Gestión de la Calidad.
- Representante de la Unidad de Administración.
- Jefe (a) de la Unidad de Estadística e Informática.
- Representante de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental.
- Jefe (a) de la Unidad de Seguros.
- Jefe (a) del Servicio de Emergencia.
- Representante del Servicio de Medicina.
- Representante del servicio de Enfermería.
- Jefe (a) del Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.



Firmado digitalmente por CASTRO
MONTENEGRO ALEJANDRO FIR
41065294 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 05.06.2024 09:27:38 -05:00



Firmado digitalmente por OLLAGUE
HUAMAN Milagros Avila FAU
20550992940 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 22.05.2024 11:59:58 -05:00

Anexo 02: Reglamento de los evaluadores internos del Hospital de Ventanilla

I. FUNCIONES DE LOS EVALUADORES INTERNOS

- Realizar acciones de evaluación interna para el proceso de autoevaluación.
- Socializar e informar a las unidades, oficinas y servicios los criterios a evaluar según corresponda.
- Coordinar con los jefes de las unidades, oficinas y servicios el cronograma de evaluación.
- Proponer acciones de mejora continua.
- Emitir informe técnico de evaluación.
- Rendir cuentas de su desempeño a la oficina de gestión de la calidad.
- Observar las disposiciones establecidas en el código de ética.

III. CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS: designados mediante Resolución Directoral N° 081 – 2023 – GRC/HV/DG

- M.C. Patricia Madueño Vargas
- QF. Melina Ames Manrique
- Lic. Eder Maldonado Palomino
- Lic. Milagros Ollague Huamán
- Tec. Med. Celene Romero Reynoza
- Lic. Elizabeth López López
- Abg. Heidi Flor Espinoza Espinoza
- Bach. Juan Aaron Navarro Ames
- Lic. Com. Mónica Muñoz Zegarra
- Tec. Adm. Gabriela Melina Ortiz López
- Tec. Adm. Karin Herrera Jimeno



Firmado digitalmente por CASTRO
MONTENEGRO ALEJANDRO FIR
41065294 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 05.06.2024 09:29:09 -05:00



Firmado digitalmente por OLLAGUE
HUAMAN Milagros Avila FAU
20550992940 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 22.05.2024 12:00:23 -05:00