



**Informe Técnico de Autoevaluación del  
Proceso de Acreditación en el Hospital de  
Apoyo “Gustavo Lanatta Luján” – Bagua,  
año 2025.**

*Coordinación de Gestión de la Calidad en Salud.*



## **Informe Técnico de Autoevaluación del Proceso de Acreditación en el Hospital de Apoyo "Gustavo Lanatta Luján" – Bagua, año 2025.**

### **I. INTRODUCCIÓN**

*El proceso de acreditación se inicia en el país en junio de 1993, cuando el Ministerio de Salud nombra la Comisión Interinstitucional Sectorial para la Acreditación de Hospitales. Esta Comisión elaboró la Guía y el Manual para la Acreditación de Hospitales que fueron aprobados por Resolución Ministerial el año 1996.*

*Esta iniciativa se caracterizó por ser de origen gubernamental, por tener un alcance hospitalario, por ser un proceso basado en los sistemas de evaluación de conformidades, que incluía un certificador externo que funcionó bajo una lógica de mercado, y por el carácter de estándares centrados en la estructura. El proceso tuvo un bajo nivel de operatividad, expresado en la baja cobertura de establecimientos hospitalarios acreditados.*

*El escaso desempeño del proceso de acreditación en nuestro país, fue ocasionado por las propias condiciones del sector salud, por la falta de incentivos económico-financieros y de mercado, por los escasos recursos para impulsar el proceso, el mismo que no garantizaba mayores ventajas comparativas en relación con quienes no acreditaban; sin embargo, el reto planteado lo constituye un nuevo proceso de acreditación que se desarrollará en el marco de la descentralización, con funciones, responsabilidades y roles explícitos que aseguren compromisos, integridad y autonomía, que posibilite la sostenibilidad del proceso en el tiempo.*

*La Coordinación de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital de Apoyo "Gustavo Lanatta Luján" de Bagua, a través de su Plan de Trabajo Anual 2025, programó las actividades enmarcadas la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.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; con la finalidad de garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los prestadores de salud cuentan con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, contribuyendo así a mitigar las fallas atribuibles a los servicios de salud.*

### **II. ALCANCE**

*El presente plan de autoevaluación para la acreditación en estándares de calidad tendrá un alcance sobre las distintas UPSS y área administrativa del Hospital de Apoyo "Gustavo Lanatta Luján" – Bagua.*

### III. OBJETIVO

#### **Objetivo General**

- Medir el porcentaje de cumplimiento de los estándares de calidad por macroprocesos para la acreditación del Hospital de Apoyo “Gustavo Lanatta Luján” – Bagua, en el periodo 2025.

#### **Objetivo Específico**

- Planificar y organizar para la autoevaluación para la acreditación en estándares de calidad del Hospital de Apoyo “Gustavo Lanatta Luján” – Bagua, en el periodo 2025.
- Ejecutar la autoevaluación para la acreditación en estándares de calidad del Hospital de Apoyo “Gustavo Lanatta Luján” – Bagua, en el periodo 2025.
- Elaborar el Informe Técnico de autoevaluación para la acreditación en estándares de calidad del Hospital de Apoyo “Gustavo Lanatta Luján” – Bagua, en el periodo 2025.

### IV. METODOLOGIA DE TRABAJO

1. **Programación de la autoevaluación**, en el Plan de Gestión de la Calidad en Salud – Hospital de Apoyo “Gustavo Lanatta Luján” Bagua 2025, aprobado mediante **Resolución Directoral N°0109-2025-GOB.REG.AMAZONAS-HA-GLL-B/D. E**, se programó dentro de las líneas de acción, la implementación de la autoevaluación del proceso de acreditación en estándares de calidad; siendo que, su financiamiento fue asumido por los programas presupuestales por la fuente de financiamiento recursos ordinarios.
2. **Conformación del equipo de acreditación**, mediante **Resolución Directoral N°0138-2025-GOB.REG.AMAZONAS-HA-GLL-B/D.E**. se aprobó la conformación del Equipo de Acreditación, el cual estuvo integrado por los jefes de los servicios asistenciales y algunas áreas administrativas, el cual se encuentra en el link: <https://www.gob.pe/institucion/hbagua/informes-publicaciones/6668077-plandeautoevaluacion-2025>. Sin embargo, por motivo de la renuncia a la institución de un miembro del equipo de evaluadores internos se realizó la actualización de la resolución, siendo el siguiente: RESOLUCIÓN DE DIRECCIÓN EJECUTIVA 000387-2025-G.R. AMAZONAS/HAB-DE.
3. **Selección de los evaluadores internos**, los cuales fueron reconocidos formalmente por medio de la **Resolución Directoral N°0138-2025-GOB.REG.AMAZONAS-HA-GLL-B/D.E**. para el año 2025; así mismo mediante Memorando Múltiple N° 000037-2025-GOB.REG.AMAZONAS/HAB-DE fueron convocados a fin de capacitarlos en la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de EE.SS y Servicios Médico de Apoyo, en esta reunión se designó al evaluador líder por medio de votación, el cual se encuentra en el link <https://www.gob.pe/institucion/hbagua/informes-publicaciones/6668077-plandeautoevaluacion-2025>.
4. **Elaboración y Aprobación del Plan de Autoevaluación**, el plan fue elaborado por los evaluadores internos y fue aprobado por la autoridad institucional mediante **Resolución Directoral N.º140-2025-GOB.REG.AMAZONAS-HA-GLL-B/D.E**, en el que se consignó simultáneamente a los jefes de Servicio que interactuaran con los Evaluadores, el cual se encuentra en el siguiente link <https://www.gob.pe/institucion/hbagua/informes-publicaciones/6668077-plandeautoevaluacion-2025>.
5. **Comunicación del Inicio de la Autoevaluación**, acción que fue de carácter obligatoria y comunicada oficialmente por conducto regular a través del Oficio N.º 001031-2025-G.R. AMAZONAS/HAB-DE a la Dirección Regional de Salud Amazonas, donde se informó las fechas

de 19 y 20 de agosto del 2025, el cual se encuentra en el siguiente link <https://www.gob.pe/institucion/hbagua/informes-publicaciones/6994624-comunicado-de-inicio-de-proceso-de-autoevaluacion-2025-en-el-hospital-de-apoyo-bagua>.

6. **Ejecución del Plan de Autoevaluación**, comprendió la realización de las acciones planificadas en los términos previstos en el Plan, estuvo a cargo de los evaluadores internos designados con quienes deben interactuar.
  1. **Presentación del informe de Autoevaluación**, al director ejecutivo para contar con el documento que se referencia. El cual contiene las recomendaciones para las acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo de planes de acción respectivos que se deben implementar.
  2. **Aplicación de la segunda y/o siguientes autoevaluaciones**, considerando el puntaje NO APROBADO obtenido de 59%, se concluyó que se deben implementar las acciones de mejoramiento continuo, las cuales deben seguir la metodología seleccionada y subsanar las observaciones en un plazo de 9 meses, en el caso que se obtuviera un puntaje aprobatorio en la autoevaluación ( $\geq 85$ ), se solicitará la evaluación externa a la Dirección Regional de Salud Amazonas.

## V. EQUIPO EVALUADOR

1. **CD. Marjorie Lisseth Johanna Chicoma Roque.**  
Evaluadora Líder.
2. **MC. Violeta Juliana Gutiérrez Sánchez**  
Miembro
3. **CD. Ronald Fontenla Córdova**  
Miembro.
4. **Lic. Enf. Kirschen Arin Lorelai Marin Ventura**  
Miembro.
5. **Lic. Enf. Pamela Yumpo Delgado**  
Miembro.
6. **Lic. Enf. Luis Miguel Tincho Cruz**  
Miembro
7. **Obst. Karin Junek Lizarraga Tecocha**  
Miembro.
8. **Obst. Diana del Pilar Castro Álvarez**  
Miembro.
9. **Ps. Sara Medalit Cueva Bardales**  
Miembro.
10. **Tec. Enf. Rosa Diaz Tiquihuanca**  
Miembro
11. **Blg. Carlos Altamirano Mego**  
Miembro.
12. **QF. Jorge Villena Ríos**  
Miembro

## VI. CUMPLIMIENTO DEL PLAN

*El Plan de Autoevaluación del Proceso de Acreditación en el Hospital de Apoyo Bagua “Gustavo Lanatta Luján”, año 2025 se ejecutó siguiendo los plazos determinados en el cronograma de*

actividades, siendo que en la primera semana de junio del 2024 se llevó a cabo la reunión del equipo evaluador para la elaboración del plan, se designó como evaluadora líder a la CD. Marjorie Lisseth Johanna Chicoma Roque y se capacitó a los evaluadores internos, así mismo se definió el listado de estándares según categoría II-1, se designó a los jefes de los servicios asistenciales que conformaron el equipo de acreditación, se presentó el plan de trabajo a Dirección Ejecutiva y a los jefes de los servicios asistenciales a fin de dar a conocer y organizar las actividades enmarcadas en el proceso de autoevaluación, su finalidad y objetivo.

En la segunda semana de junio del 2024, los evaluadores internos ejecutaron la autoevaluación en los servicios asistenciales, áreas administrativas u oficinas relacionadas al macroproceso asignado, los datos fueron procesados y analizados; sin embargo, la elaboración del informe final se postergó para setiembre del 2024 debido a las múltiples funciones de los evaluadores, véase en tabla N°1 y 2.

**Tabla N°01: Cronograma de Actividades para la Autoevaluación A**

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	AGOSTO 2025			
		I SEM	II SEM	III SEM	IV SEM
Reuniones del Equipo evaluador para elaboración del Plan y designación de evaluador líder.	CD. Marjorie Lisseth Johanna Chicoma Roque				
Designación de responsables por cada macroproceso	CD. Marjorie Lisseth Johanna Chicoma Roque				
Presentación del Plan a Dirección Ejecutiva	CD. Marjorie Lisseth Johanna Chicoma Roque				
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del Listado de estándares de Acreditación	CD. Marjorie Lisseth Johanna Chicoma Roque				
Presentación del Plan a jefes de Servicio.	CD. Marjorie Lisseth Johanna Chicoma Roque				
<b>MACROPROCESOS</b>					
Direccionamiento (DIR)					
Gestión Recursos Humanos (GRH)					
Gestión de la Calidad (GCA)					
Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)					
Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)					
Control de la Gestión y Prestación (CGP)					
Atención Ambulatoria (ATA)					

Atención de Hospitalización (ATH)				
Atención de Emergencia (EMG)				
Atención Quirúrgica (ATQ)				
Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (ADT)				
Admisión y Alta (ADA)				
Referencia y contra referencia (RCR)				
Gestión de Medicamentos (GMD)				
Gestión de la Información (GIN)				
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)				
Manejo del Riesgo Social (MRS)				
Nutrición y Dietética (NYD)				
Gestión de Insumos y Materiales (GIM)				
Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)				
Procesamiento de Datos				
Análisis de resultados				
Elaboración de Informe Preliminar				
Presentación de Informe Preliminar				
Revisión y corrección del Informe				
Entrega del Informe Técnico				

Líder del Equipo de Evaluadores:

CD. Marjorie Lisseth Johanna Chicoma Roque

**Tabla N° 02: Cronograma de Actividades para la Autoevaluación B**

Responsable por Sub-equipo	Macroprocesos	Equipos de Evaluadores Internos	Agosto 2025		Responsable(s) Evaluado/s
			MARTES 19	MIÉRCOLES 20	
C.D. Ronald Fontenla Córdova	Direccionamiento (DIR)	C.D. Ronald Fontenla Córdova/ Lic. Enf. Kirschen	MAÑANA		Lic. Richar García Díaz Lic. Omar Barboza Lachos
	Gestión Recursos Humanos (GRH)				

	Gestión de la Calidad (GCA)	Arin Lorelai Marin Ventura			CD. Marjorie Lisseth Johanna Chicoma Roque
	Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)				MC. Violeta Juliana Gutiérrez Sánchez
Obs. Karin Junek Lizarraga	Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)	Lic. Enf. Luis Miguel Tincho Cruz /Obst. Karin Junek Lizarraga Tecocha	MAÑANA		Lic. Enf. Luis Miguel Tincho Cruz
	Control de la Gestión y Prestación (CGP)				MC. Karla Lisbeth Ramírez Canales.
Ps. Sara Medalit Cueva Bardales	Atención Ambulatoria (ATA)	Psc. Sara Medalit Cueva Bardales/ Tec. Enf. Rosa Diaz Tiquihuanca	MAÑANA		Lic. Enf. Rosa Lili Vela Reyes
Obs. Diana del Pilar Castro Álvarez	Atención de Hospitalización (ATH)	Obst. Diana del Pilar Castro Álvarez/ M.C. Violeta Juliana Gutiérrez Sánchez		MAÑANA	Jefes de Servicios
Lic. Enf. Luis Miguel Tincho Cruz	Atención de Emergencia (EMG)	Lic. Enf. Luis Miguel Tincho Cruz/Obst. Karin Junek Lizarraga Tecocha	MAÑANA		MC. José Luis Salazar León
M.C. Violeta Juliana Gutiérrez Sánchez	Atención Quirúrgica (ATQ)	Obst. Diana del Pilar Castro Álvarez/ M.C. Violeta Juliana Gutiérrez Sánchez		MAÑANA	Med. Anes, Marco Hoyos Díaz
Blg. Carlos Altamirano Mego	Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (ADT)	Blg. Carlos Altamirano Mego/ C.D. Marjorie Lisseth Johanna Chicoma Roque		MAÑANA	Tec. Med. Juan Alfonso Guevara Albújar/ Blgo. Silvia Suarez Chavarrí
Lic. Enf. Pamle Yumpo Delgado	Admisión y Alta (ADA)	Q.F. Jorge Villena Ríos/ Lic. Enf. Pamela Yumpo Delgado	MAÑANA		Lic. Adm. Sandra Mestanza Quiroz

Obs. Diana del Pilar Castro Álvarez	Referencia y contra referencia (RCR)	Obst. Diana del Pilar Castro Álvarez/ M.C. Violeta Juliana Gutiérrez Sánchez		MAÑANA	MC. Jhoan Alexander Reyes Rioja
Q.F. Jorge Villena Ríos	Gestión de Medicamentos (GMD)	Q.F. Jorge Villena Ríos/ Lic. Enf. Pamela Yumpo Delgado		MAÑANA	Q.F. Mariela Villón Montes.
C.D. Marjorie Lisseth Johanna Chicoma Roque	Gestión de la Información (GIN)	Blg. Carlos Altamirano Mego/ C.D. Marjorie Lisseth Johanna Chicoma Roque		MAÑANA	Ing. César Villegas Rivera
					Ing. Yelvin Ignacio Leyva
Blg. Carlos Altamirano Mego	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)	Blg. Carlos Altamirano Mego/ C.D. Marjorie Lisseth Johanna Chicoma Roque		MAÑANA	Ing. Carlos Ernesto Olano Neyra
Ps. Sara Medalit Cueva Bardales	Manejo del Riesgo Social (MRS)	Ps. Sara Medalit Cueva Bardales/ Tec. Enf. Rosa Díaz Tiquihuanca		MAÑANA	Asist. Soc. Gaby Ardiles Abanto.
	Nutrición y Dietética (NYD)				Nut. Lili Marjory Ibañez Sosa
Q.F. Jorge Villena Ríos	Gestión de Insumos y Materiales (GIM)	Q.F. Jorge Villena Ríos/ Lic. Enf. Pamela Yumpo Delgado		MAÑANA	Q.F. Mariela Villón Montes.
C.D. Marjorie Lisseth Johanna Chicoma Roque	Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)	Blg. Carlos Altamirano Mego/ C.D. Marjorie Lisseth Johanna Chicoma Roque		MAÑANA	Lic. Adm. Odalis Y. Flores Ramírez.
					Ing. Carlos Ernesto Olano Neyra
					Ing. Deysi Sthefany Terán Zagaceta

**Tabla N.º 03: Categoría por macroprocesos**

<b>GERENCIALES</b>	DIRECCIONAMIENTO	GESTIÓN RECURSOS
	GESTIÓN DE LA CALIDAD	CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN
	MANEJO DE RIESGO DE LA ATENCIÓN	GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES
<b>PRESTACIONALES</b>	ATENCIÓN AMBULATORIA	ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN
	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	ATENCIÓN QUIRURGICA
<b>APOYO</b>	ATENCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	
	ADMISIÓN Y ALTA	
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	
	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS	
	GESTIÓN DE INFORMACIÓN	
	DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN	
	MANEJO DEL RIESGO SOCIAL	
	NUTRICIÓN Y DIETETICA	
	GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES	
	GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA	

## VII. OBSERVACIONES

**Tabla N° 04: Observaciones de los macroprocesos evaluados**

MACROPROCESO	COD_CRI TERIO	CRITERIO	RESPUESTA	FUENTE AUDITABLE	TÉCNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE
ADMISIÓN Y ALTA	ADA1-5	SE CUENTA CON PERSONAL CAPACITADO EN EL ÚLTIMO AÑO, PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES EN EL ÁREA DE ADMISIÓN DEL ESTABLECIMIENTO.	0	EVALUACIÓN DE PERSONAL	ENTREVISTA	NO CUANTA CON LO ESTABLECIDO EN R.M. N° 597-2006/MINSA/DGSP-V.02, RM N° 423-2001-SA/DM	PERSONAL NO CAPACITADO PREVIO A INICIAR LABORES EN EL AREA EVALUADA	PROGRAMAR CAPACITACIONES PARA EL PERSONAL	ADMISIÓN CAPACITACIONES
ADMISIÓN Y ALTA	ADA2-3	SE REGISTRA Y MONITOREA EL TIEMPO DE ESPERA DEL USUARIO EN ADMISIÓN Y ESTÁ ACORDE A LO ESPERADO POR LA INSTITUCIÓN.	0	REGISTRO VIRTUAL DE CITAS	AUDITORIA	NO CUANTA CON LO ESTABLECIDO EN R.M. N° 597-2006/MINSA/DGSP-V.02, RM N° 423-2001-SA/DM	NO SE TIENE REGISTRO DE LOS TIEMPOS DEACUERDO A LO ESPERADO	REALIZAR EL REGISTRO Y MONITOREO DEL TIEMPO DE ESPERA DEL USUARIO EN ADMISIÓN.	UNIDAD DE SEGUROS JEFATURA DE CONSULTORIO EXTERNO
ADMISIÓN Y ALTA	ADA2-4	SE REGISTRA Y MONITOREA EL PORCENTAJE DE USUARIOS NO ATENDIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO LUEGO DE HABER OBTENIDO CITA Y LOS NIVELES ESTÁN ACORDES A LO ESTABLECIDO POR LA INSTITUCIÓN.	0	REGISTRO DE CITAS DE ATENCIÓN	AUDITORIA	NO CUANTA CON LO ESTABLECIDO EN R.M. N° 597-2006/MINSA/DGSP-V.02, RM N° 423-2001-SA/DM	NO SE CUENTA CON LOS PORCENTAJES DE USUARIOS NO ATENDIDOS	REALIZAR EL REGISTRO Y MONITOREO DEL PORCENTAJE DE USUARIOS NO ATENDIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO LUEGO DE HABER TENIDO UNA CITA Y LOS NIVELES ESTÁN ACORDES A LO ESTABLECIDO POR LA INSTITUCIÓN.	UNIDAD DE SEGUROS

ADMISIÓN Y ALTA	ADA2-5	SE REGISTRA Y MONITOREA EL PORCENTAJE DE CITAS ATENDIDAS DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN ESTABLECIDA.	0	REGISTRO DE CITAS DE ATENCIÓN	AUDITORIA	NO CUANTA CON LO ESTABLECIDO EN R.M. N° 597-2006/MINSA/DGSP-V.02, RM N° 423-2001-SA/DM	NO SE CUENTA CON EL MONITOREO DE CITAS ATENDIDAS	REALIZAR EL REGISTRO Y MONITOREO DEL PORCENTAJE DE CITAS ATENDIDAS DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN ESTABLECIDA.	UNIDAD DE SEGUROS
ADMISIÓN Y ALTA	ADA2-6	SE REGISTRA Y MONITOREA EL PORCENTAJE DE REPROGRAMACIÓN DE CITAS Y LOS NIVELES ESTÁN DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR LA INSTITUCIÓN.	0	REGISTRO DE CITAS DE ATENCIÓN	AUDITORIA	NO CUANTA CON LO ESTABLECIDO EN R.M. N° 597-2006/MINSA/DGSP-V.02, RM N° 423-2001-SA/DM	NO SE CUENTA CON EL MONITOREO DE CITAS REPROGRAMADAS	REALIZAR EL REGISTRO Y MONITOREO DEL PORCENTAJE DE REPROGRAMACIÓN DE CITAS Y LOS NIVELES ESTÁN DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR LA INSTITUCIÓN.	UNIDAD DE SEGUROS
ADMISIÓN Y ALTA	ADA2-7	SE REALIZA EL CONTROL DE CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS ACORDE A LO ESTIPULADO EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y LOS RESULTADOS SON LOS ESPERADOS.	0	REGISTRO DE CITAS DE ATENCIÓN/ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS	AUDITORIA	NO CUANTA CON LO ESTABLECIDO EN R.M. N° 597-2006/MINSA/DGSP-V.02, RM N° 423-2001-SA/DM	NO SE REALIZA CONTROL DE CALIDAD DE HISTORIAS CLINICAS	REALIZAR EL CONTROL DE CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS ACORDE A LO ESTIPULADO EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.	UNIDAD DE SEGUROS COMITÉ , AUDITORIA EN SALUD
ADMISIÓN Y ALTA	ADA2-8	SE CUANTIFICA EL PORCENTAJE DE USUARIOS SATISFECHOS CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE EL PROCESO DE ADMISIÓN Y/O ALTA.	0	REGISTRO DE ATENCIÓN DE USUARIOS	AUDITORIA	NO CUANTA CON LO ESTABLECIDO EN R.M. N° 597-2006/MINSA/DGSP-V.02, RM N° 423-2001-SA/DM	NO SE CUANTIFICA EL PORCENTAJE DE USUARIOS SATISFECHOS	REALIZAR LA CUANTIFICACIÓN DEL PORCENTAJE DE USUARIOS SATISFECHOS CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE EL PROCESO DE ADMISIÓN Y/O ALTA.	UNIDAD DE SEGUROS , COORD. GESTIÓN DE LA CALIDAD

ADMISIÓN Y ALTA	ADA3-1	SE TIENE DOCUMENTADO EL PROCESO DE ALTA EN EL ESTABLECIMIENTO Y SE CUMPLE.	0	REGISTRO DE ATENCION USUARIOS	DE DE AUDITORIA	NO CUANTA CON LO ESTABLECIDO EN R.M. N° 597-2006/MINSA/DGSP-V.02, RM N° 423-2001-SA/DM	NO SE CUENTA CON EL REGISTRO DE PORCENTAJES DE ALTAS DEL ESTABLECIMIENTO	DOCUMENTAR EL PROCESO DE ALTA MEDIANTE UN INFORME DE ALTA SEGÚN NORMA.	UNIDAD DE SEGUROS
ADMISIÓN Y ALTA	ADA3-2	SE REGISTRAN LAS ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS, SE ANALIZAN Y SE TOMAN MEDIDAS CORRECTIVAS.	0	REGISTRO DE ATENCION USUARIOS	DE DE AUDITORIA	NO CUANTA CON LO ESTABLECIDO EN R.M. N° 597-2006/MINSA/DGSP-V.02, RM N° 423-2001-SA/DM	NO SE CUENTA CON EL REGISTRO PORCENTUAL DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS	REGISTRAR LAS ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS, MEDIANTE AUDITORIAS PROGRAMADAS.	UNIDAD DE SEGUROS, COMITÉ DE AUDITORIA EN SALUD
ADMISIÓN Y ALTA	ADA4-1	SE FOMENTA Y SE DAN FACILIDADES PARA QUE EL USUARIO CONSIGNE SUGERENCIAS O QUEJAS DE LA CONSULTA AMBULATORIA EN LOS AMBIENTES DESTINADOS A ÉSTA.	0	LIBRO DE RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS	DE Y DE REVISION DE DOCUMENTACION	NO CUENTA CON LO ESTABLECIDO EN R.M. N° 597-2006/MINSA/DGSP-V.02, RM N° 423-2001-SA/DM	NO SE CUENTA CON EL LIBRO DE RECLAMACIONES	IMPLEMENTAR EL LIBRO DE RECLAMACIONES	PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO

MACROPROCESO	COD_CRITERIO	CRITERIO	RESPUESTA	FUENTE AUDITABLE	TÉCNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE
ATENCIÓN AMBULATORIA	ATA1-4	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CUENTA CON UNA POLÍTICA PARA REDUCIR EL NÚMERO DE USUARIOS QUE NO ACCEDE A LA ATENCIÓN AMBULATORIA EN LOS DÍAS SOLICITADOS Y LOS RESULTADOS ESTÁN DENTRO DE LO ESTABLECIDO PARA LA INSTITUCIÓN.	0	NO DISPONE	OBSERVACIÓN	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	JEFES DE SERVICIO DESCONOCEN	JEFATURA DE CONSULTORIO EXTERNO DEBERÁ IMPLEMENTAR POLÍTICAS PARA REDUCIR EL NÚMERO DE USUARIOS QUE NO ACCEDE A LA ATENCIÓN AMBULATORIA EN LOS DÍAS SOLICITADOS.	JEFATURA CONSULTORIOS EXTERNOS

ATENCIÓN AMBULATORIA	ATA2-1	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD FORMULA, ADOPTA O ADAPTA GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC) SEGÚN EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA Y DIFERENCIADO POR ETAPAS DE VIDA.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTAN DOCUMENTACION	LAS AREAS NO PRESENTARON LA DOCUMENTACION CORRESPONDIENTE.	JEFATURAS DE LOS SERVICIOS DEBERÁN REALIZAR LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA INSTITUCIONAL .	JEFATURA DE SERVICIOS ASISTENCIALES JEFATURA CONSULTORIOS EXTERNOS.
ATENCIÓN AMBULATORIA	ATA2-2	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CUENTA CON MECANISMOS PARA EVALUAR EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC) PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES AMBULATORIOS.	0	NO DISPONE	VERIFICACION REVISION DE DOC	NO PRESENTAN DOCUMENTACION	LAS AREAS NO PRESENTARON LA DOCUMENTACION CORRESPONDIENTE.	JEFATURAS DEBERÁN REALIZAR LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA INSTITUCIONAL Y EVALUAR SU CUMPLIMIENTO.	DIRECCIÓN EJECUTIVA, COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.
ATENCIÓN AMBULATORIA	ATA2-4	SE CUANTIFICA EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES E INDICADORES ESTABLECIDOS PARA LA ATENCIÓN PRENATAL Y LOS RESULTADOS ESTÁN DENTRO DE LOS RANGOS ESPERADOS.	1	DOCUMENTO RESOLUCIONES Y ACTAS DE LAS REUNIONES	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO EXISTE EVIDENCIA	LAS AREAS NO CUENTAN CON LA DOCUMENTACION	JEFATURAS DEBEN REALIZAR EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES E INDICADORES ESTABLECIDOS PARA LA ATENCIÓN PRENATAL.	JEFATURA DE GINECOLOGÍA, COORDINACIÓN DE OBSTETRICIA.
ATENCIÓN AMBULATORIA	ATA3-1	EL ESTABLECIMIENTO BRINDA INFORMACIÓN A LOS USUARIOS SEGÚN MECANISMOS ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCIÓN.	1	DOCUMENTO DEL MAT IMPRESO.	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO CUENTA CON DOCUMENTACION EN FISICO EN MEDICINA, CIRUGIA, GINECOLOGIA, ETC.	LAS AREAS NO CUENTAN CON LA DOCUMENTACION IMPRESA.	LOS CONSULTORIOS MENCIONADOS DEBERIAN IMPLEMENTAR LA IMPRESIÓN DE ESTE DOC.	JEFATURA DE CONSULTORIOS EXTERNOS, COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

ATENCIÓN AMBULATORIA	ATA3-2	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD IMPLEMENTA ESTRATEGIAS EDUCATIVO-COMUNICACIONALES PARA MEJORAR EN LA MUJER, LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD LA CAPACIDAD DE RECONOCER SIGNOS DE ALARMA Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS CON EL FIN DE BUSCAR AYUDA.	1	DOCUMENTACION EN LA HISTORIA SOBRE EDUCACION	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	LOS CONSULTORIOS NO CUENTAN CON EL PLAN ANUAL DE TRABAJO	JEFES DEL SERVICIO IMPLEMENTAR EL PLAN.	LOS CONSULTORIOS MENCIONADOS DEBERIAN IMPLEMENTAR PLAN ANUAL DE TRABAJO	JEFATURA DE GINECOLOGÍA, COORDINACIÓN DE OBSTETRICIA.
----------------------	--------	---	---	--	-------------------------------------	--	---	---	---

MACROPROCESO	COD_CRITERIO	CRITERIO	RESPUESTA	FUENTE AUDITABLE	TÉCNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE
ATENCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	ADT1-1	LOS SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD TIENEN Y APLICAN NORMAS Y GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN.	1	NORMAS Y GUIAS PROCEDIMIENTOS DE ATENCION	AUDITORIA	CUMPLE CON LO ESTABLECIDO SEGÚN NT N° 616-2023-SA/DM	SE TIENE PERO NO ESTA RESOLUCIONADA	SE AGILECE LA RESOLUCIÓN DIRECTORAL	UPSS LABORATORIO UPSS DIAGNOSTICO POR IMÁGENES

MACROPROCESO	COD_CRITERIO	CRITERIO	RESPUESTA	FUENTE AUDITABLE	TÉCNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE
ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	EMG1-4	EL ESTABLECIMIENTO APLICA LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE LAS DIEZ CAUSAS MÁS FRECUENTES EN EMERGENCIA EN CADA UNA DE LAS ETAPAS DEL CICLO DE VIDA.	0	GUIAS NORMAS TECNICAS	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	LOS TOPICOS NO CUENTAN CON GUIAS IMPRESAS SEGÚN SU CASUAS MAS FRECUENTES	LOS JEFES DE SERVICIO DEBERIAN PONER ENFASIS EN LA IMPRESIÓN Y UTILIZACION DE LAS GUIAS IMPRESAS	LOS JEFES DE SERVICIO IMPLEMENTAR GUIAS DE PRACTICAS EN LOS TOPICOS.	SERVICIO DE EMERGENCIA, JEFATURA DE SERVICIOS ASISTENCIALES

ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	EMG1-5	EL PERSONAL QUE LABORA EN EMERGENCIA HA SIDO CAPACITADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES EN TEMAS PROPIOS DE EMERGENCIA SEGÚN COMPETENCIAS.	1	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	EL PERSONAL FUE CAPACITADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES EN TEMAS DE SU SERVICIO.	LOS JEFES DE SERVICIO DEBERIAN PONER ENFASIS EN LA CAPACITACION CONSTANTE DEL PERSONAL A SU CARGO	LOS JEFES DE SERVICIO SOLICITAR CAPACITACION SOBRE LAS CAUSAS MAS FRECUENTES DE CADA TOPICO.	SERVICIO DE EMERGENCIA
ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	EMG2-1	EL SERVICIO DE EMERGENCIA CUENTA CON EQUIPAMIENTO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA LA ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS Y SON DE INMEDIATA DISPONIBILIDAD.	1	FALTA EQUIPAMIENTO	OBSERVACION	SOLO TENEMOS UNA SOLA CAMA EN TRAUMA SHOCK	EL ÁREA NO CUENTA CON PRESUPUESTO PROPIO PARA LA ADQUISICIÓN DE INSUMOS	LOS JEFES DE SERVICIO MENCIONADOS DEBERAN IMPLEMENTAR MEDIANTE DOC LA SOLICITUD DE EQUIPAMIENTO DEACUERDO A SU ATENCION DE PACIENTES.	SERVICIO DE EMERGENCIA
ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	EMG2-2	EL SERVICIO DE EMERGENCIA CUENTA CON EL EQUIPAMIENTO (SILLA DE RUEDAS, CAMILLAS, ETC.) PARA LA RECEPCIÓN Y TRASLADO INTERNO DE LOS PACIENTES, ESTÁ DISPONIBLE Y EN LUGAR ACCESIBLE.	1	FALTA EQUIPAMIENTO	OBSERVACION	LOS TOPICOS DE EMERGENCIA COMO MED, CIRG, PED NO CUENTA CON EQUIPOS SUFICIENTES PARA ATENDER PACIENTES.	EL ÁREA NO CUENTA CON PRESUPUESTO PROPIO PARA LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS	LOS JEFES DE SERVICIO MENCIONADOS DEBERAN IMPLEMENTAR MEDIANTE DOC LA SOLICITUD DE EQUIPOS DEACUERDO A SU ATENCION DE PACIENTES.	SERVICIO DE EMERGENCIA
ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	EMG2-3	LOS EQUIPOS DE TELECOMUNICACIONES ESTÁN OPERATIVOS LAS 24 HORAS DEL DÍA Y LOS 365 DÍAS DEL AÑO.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	LOS TOPICOS NO CUENTAN CON EQUIPO DE TELECOMUNICACION HACEN USO DE SU EQUIPO CELULAR PERSONAL	EL ÁREA NO CUENTA CON PRESUPUESTO PROPIO PARA LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS	IMPLEMENTAR EQUIPO DE TELECOMUNICACION.	SERVICIO DE EMERGENCIA, UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN

MACROPROCESO	COD_CRITERIO	CRITERIO	RESPUESTA	FUENTE AUDITABLE	TÉCNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE
ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	ATH1-1	EL ESTABLECIMIENTO IDENTIFICA ANUALMENTE LAS DIEZ CAUSAS MÁS FRECUENTES DE INTERNAMIENTO INSTITUCIONAL Y POR CADA UNO DE LOS SERVICIOS.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	LOS SERVICIOS NO CUENTAN CON GUÍAS IMPRESAS DE LAS 10 CAUSAS MÁS FRECUENTES DEL SERVICIO	LOS JEFES DE SERVICIO IMPLEMENTAR GUÍAS DE PRÁCTICAS DE LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DEL SERVICIO.	UNIDAD DE SALUD PÚBLICA INTELIGENCIA SANITARIA JEFATURA DE SERVICIOS ASISTENCIALES.
ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	ATH1-2	LOS SERVICIOS IDENTIFICAN NECESIDADES DE MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN, FORMULAN PROPUESTAS Y LAS COMUNICAN A LA ALTA DIRECCIÓN PARA SU APROBACIÓN Y EJECUCIÓN.	1	DOCUMENTACIÓN DE LAS PROPUESTAS DE MEJORAS	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	LOS SERVICIOS NO CUENTAN CON DOCUMENTACIÓN DE SOLICITUD DE PROPUESTAS	ALGUNOS SERVICIOS EVIDENCIARON SU DOCUMENTO SOLICITANDO LAS PROPUESTAS DE MEJORAS DEL SERVICIO.	LOS JEFES DE SERVICIO EMITIR DOCUMENTO DE IMPLEMENTACIÓN DE PROPUESTAS DE MEJORAS DE CADA SERVICIO.	UNIDAD DE SALUD PÚBLICA INTELIGENCIA SANITARIA JEFATURA DE SERVICIOS ASISTENCIALES.
ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	ATH1-3	SE PERMITE EL ACOMPAÑAMIENTO DE LA GESTANTE POR LA PAREJA O LA FAMILIA EN LOS CASOS DE ATENCIÓN DE PARTO.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	JEFES DE SERVICIO REUNIRSE CON EL EQUIPO E IMPLEMENTAR	JEFE DEL SERVICIO ESTABLECER UN PLAN PARA LA PARTICIPACIÓN DEL FAMILIAR EN LA ATENCIÓN DEL PARTO	SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA
ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	ATH2-2	LAS JEFATURAS DE LOS SERVICIOS DE INTERNAMIENTO PROMUEVEN LA ADOPCIÓN, ADECUACIÓN O ELABORACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LAS ATENCIONES DE SALUD SEGÚN EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	JEFES DE SERVICIO IMPLEMENTAR LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.	LOS JEFES DE SERVICIO DEBEN IMPLEMENTAR GUÍAS DE PRÁCTICAS CLÍNICA INSTITUCIONALES.	JEFATURA DE SERVICIOS ASISTENCIALES.

		LAS ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN.							
ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	ATH2-3	LA ORGANIZACIÓN HA ESTABLECIDO MECANISMOS PARA MEDIR EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA SOLICITUD Y EL INTERNAMIENTO DEL PACIENTE Y REALIZA ACCIONES PARA SU DISMINUCIÓN.	1	DOCUMENTACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN	NINGUNO	JEFES DE LOS SERVICIOS DEBERÁN IMPLEMENTAR MEDIDAS PARA MEDIR EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA SOLICITUD Y EL INTERNAMIENTO.	JEFATURA DE SERVICIOS ASISTENCIALES.
ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	ATH3-1	EL PERSONAL DE SALUD QUE REALIZA PROCEDIMIENTOS A LOS PACIENTES, CUMPLE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD.	1	MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD	OBSERVACIÓN	PERSONAL CONOCE, PERO NO LO REALIZA CON FRECUENCIA	JEFES DE SERVICIO IMPLEMENTAR EL USO DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD.	JEFES DE SERVICIO ESTABLECER MEDIDAS DE UTILIZAR MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD DE ACUERDO A CADA SERVICIO DEL HOSPITAL	JEFATURA DE SERVICIOS ASISTENCIALES.
ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	ATH3-2	LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS U OTROS EVENTOS ADVERSOS OCURRIDOS EN EL INTERNAMIENTO SON REGISTRADOS, ANALIZADOS Y EVALUADOS SEGÚN NORMAS VIGENTES.	1	DOCUMENTACIÓN, ACTAS.	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	ESTÁN INFORMADOS, PERO NO ACUDEN A LAS REUNIONES	JEFES DE SERVICIO INVOLUCRARSE EN LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA	IMPLEMENTAR PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LAS REUNIONES DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.	AREA DE EPIDEMIOLOGIA, COORDINACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD.

ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	ATH3-3	LOS CASOS DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, OCURRIDAS EN HOSPITALIZACIÓN SON AUDITADOS CON LA FINALIDAD DE TOMAR DE DECISIONES DE CORRESPONDER.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO CUENTAN CON MEDICO AUDITOR	LOS JEFES DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DESCONOCEN Y TAMPOCO SOLICITAN MEDICO AUDITOR.	SOLICITAR MEDICO AUDITOR.	DIRECCIÓN EJECUTIVA, COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, COMITÉ DE AUDITORIA MÉDICA.
ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	ATH4-1	LOS SERVICIOS DE INTERNAMIENTO CUENTAN CON GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ATENCIÓN DE LAS DIEZ PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES ATENDIDAS POR CADA SERVICIO.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	JEFES DE SERVICIO COORDINAR CON ESTADÍSTICA E IMPLEMENTAR LAS GUÍAS.	LOS JEFES DE SERVICIO IMPLEMENTAR GUÍAS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS INSTITUCIONALES DE LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DEL SERVICIO.	JEFATURA DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES
ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	ATH4-2	SE ALCANZAN PERMANENTEMENTE LOS NIVELES ESPERADOS EN LOS ESTÁNDARES E INDICADORES PARA LA ATENCIÓN DE PARTOS SEGÚN NORMAS VIGENTES.	1	DOCUMENTACIÓN DE REUNIONES.	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	EXISTE, PERO NO SE DESARROLLA CONTINUAMENTE.	JEFES DE SERVICIO IMPLEMENTAR.	JEFE DE SERVICIO DE GINECOLOGIA IMPLEMENTAR INDICADORES PARA LA ATENCIÓN DE PARTOS.	SERVICIO DE GINECOOBSTERICIA.
ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	ATH4-4	SE MONITORIZA LA ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS (HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO Y HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS).	1	HISTORIA CLÍNICA	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	SE TIENEN IDENTIFICADAS PARA TODAS LAS ETAPAS DE VIDA.	SE EVIDENCIA EL PERSONAL TRABAJA DE ACUERDO CON LAS GUÍAS.	EL PERSONAL JEFE DEBERÁ COMPARTIR LAS GUÍAS ACTUALES DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE POR COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS.	JEFATURA DE GINECOLOGÍA, COORDINACIÓN DE OBSTETRICIA.

ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	ATH4-5	SE AUDITAN LAS HISTORIAS CLÍNICAS Y SE TOMAN ACCIONES PARA MEJORAR LOS PROCESOS.	1	INFORMES DE AUDITORIA	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	INFORMES DE AUDITORIA DE CASO	INFORMES DE AUDITORIA DE CASO.	SOLICITAR LA CONTRATACIÓN DE AUDITOR PARA AUDITAR HISTORIAS CLÍNICAS.	COMITÉ DE AUDITORÍA EN SALUD.
ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	ATH5-1	EL USUARIO COMPRENDE LA INFORMACIÓN QUE SE LE BRINDA ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS REFERIDOS A SU CASO.	1	ENTREVISTA A LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS	OBSERVACIÓN /ENTREVISTA	LOS PACIENTES Y FAMILIARES RECIBEN LA INFORMACIÓN, PERO MUCHOS DE ELLOS NO COMPRENDEN LO QUE LES EXPLICAN.	EL PERSONAL DEL ÁREA NO SE ASEGURA QUE LOS FAMILIARES Y PACIENTE COMPRENDAN	REUNIÓN CON LOS INTEGRANTES DEL SERVICIO Y EVALUAR LA COMPRESIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIARES SOBRE SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO.	JEFATURA DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES
ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	ATH7-1	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CUENTA CON UN MECANISMO DE EVALUACIÓN PERIÓDICA DE HISTORIAS CLÍNICAS POR PARES PARA EFECTOS DE MONITOREO Y MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DE ACUERDO A PLAZOS ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCIÓN.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO CUENTA CON MECANISMO DE EVALUACIÓN	REUNIÓN CON LOS INTEGRANTES DEL SERVICIO Y EVALUAR UN MECANISMO DE EVALUACIÓN PERIODICA DE HISTORIAS CLÍNICAS POR PARES PARA EFECTOS DE MONITOREO Y MEJORAMIENTO DE PROCESOS.	JEFATURA DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES, COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, COMITÉ DE AUDITORIA EN SALUD.
ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	ATH7-4	LOS PLANES DE TRABAJO CONTENIDOS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS ESTÁN DE ACUERDO CON LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.	1	OBSERVACIÓN	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	MENOS DEL 70% CUMPLEN CON LAS GUÍAS DE LA PRACTICA CLÍNICA	REUNIÓN CON LOS INTEGRANTES DEL SERVICIO Y EVALUAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRACTICA INSTITUCIONAL.	JEFATURA DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES

ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	ATH7-5	SE REGISTRA, ANALIZA Y EVALÚA EL MANEJO DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y EL MANEJO ES DE ACUERDO A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO TIENE IDENTIFICADAS PARA TODAS LAS ETAPAS DE VIDA.	NO SE EVIDENCIA GUÍA Y MANEJO DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS	REUNIÓN CON LOS INTEGRANTES DEL SERVICIO Y EVALUAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRACTICA	JEFATURA DE SERVICIO DE GINECOLOGÍA, COORDINACIÓN DE OBSTETRCIA.
ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	ATH7-6	SE REALIZA AUDITORÍA INTERNA A EVENTOS ADVERSOS SEGÚN NORMA Y SE IMPLEMENTAN RECOMENDACIONES.	1	INFORME DE AUDITORÍA DE CASO	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	INFORMES DE AUDITORÍA DE CASO	SE REALIZA LA AUDITORIA DE CASO CUANDO ES SOLICITADO.	SOLICITAR LA CONTRATACIÓN DE MEDICO AUDITOR, PUESTO QUE EN EL EQUIPO NO TODOS TIENEN LA LIBERTAD Y VOLUNTAD DE TRABAJAE.	COMITÉ DE AUDITORÍA EN SALUD.
ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	ATH7-7	SE REGISTRA Y EVALÚA LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN LA ATENCIÓN DEL PARTO Y EL NIVEL ES EL ESPERADO POR LA INSTITUCIÓN.	0	NO DISPONE	OBSERVACIÓN ENTREVISTA	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO EVIDENCIA DOCUMENTO PARA MEDIR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL SERVICIO	IMPLEMENTAR MENSUALMENTE LA ENCUESTA DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO.	JEFATURA DE SERVICIO DE GINECOLOGÍA, COORDINACIÓN DE OBSTETRCIA.

MACROPROCESO	COD_CRITERIO	CRITERIO	RESPUESTA	FUENTE AUDITABLE	TÉCNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	ATQ1-2	SE CUENTA CON UN MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CENTRO QUIRÚRGICO, ESTÁ A DISPOSICIÓN DEL PERSONAL QUE LABORA EN EL ÁREA EL CUAL LO CONOCE Y LO APLICA.	0	GUÍAS DE PRACTICAS Y NORMATIVAS DEL MINSA / INTERNAS	AUDITORIA	NO CUMPLE CON LO ESTABLECIDO NT N° 030-MINSA/DGSP	NO CUENTA CON MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CENTRO QUIRURGICO Y NO SE CUENTA DISPONIBLE PARA EL PERSONAL QUE LABORA EN EL AREA	IMPLEMENTAR MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CENTRO QUIRURGICO.	CENTRO QUIRURGICO
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	ATQ1-3	SE APLICA GUÍAS DE MANEJO QUIRÚRGICO Y ANESTÉSICO PARA LAS DIEZ INTERVENCIONES MÁS FRECUENTES QUE SE REALIZAN (ATENCIÓN DE ANESTESIO-CLÍNICO-QUIRÚRGICA, TERAPIA DEL DOLOR, ANESTESIA FUERA DE QUIRÓFANO, RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA Y CONSULTA DE ANEST. . .	0	GUÍAS DE MANEJO QUIRÚRGICO Y ANESTÉSICO PARA LAS 10 INTERVENCIONES MAS FRECUENTES	AUDITORIA	NO CUMPLE CON LO ESTABLECIDO NT N° 030-MINSA/DGSP	NO CUENTA CON GUIAS DE MANEJO QUIRURGICO Y ANESTESICO PARA LAS DIEZ INTERVENCIONES MAS FRECUENTES QUE SE REALIZAN EN EL HOSPITAL	IMPLEMENTAR LAS GUÍAS DE MANEJO QUIRURGICO Y ANESTÉSICO PARA LAS 10 INTERVENCIONES MÁS FRECUENTES.	CENTRO QUIRURGICO
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	ATQ4-1	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD REALIZA EVALUACIONES PERIÓDICAS PREVENTIVAS DE LAS CIRUGÍAS MÁS FRECUENTES VERIFICANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS PARÁMETROS DEFINIDOS POR GUÍAS DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA, A PARTIR DE LAS CUALES SE TOMAN MEDIDAS CORRECTIVAS.	1	LIBRO DE ACTAS	AUDITORIA	REALIZA LO ESTABLECIDO, PERO NO DE FORMA PERIODICA SEGÚN NT N° 030-MINSA/DGSP	CUENTA CON ACTAS DE EVALUACIONES INTERNAS, PERO ESTAS NO SE ENCUENTRAN ESTABLECIDAS DE FORMA PERIODICA.	REALIZAR EVALUACIONES PERIODICAS PREVENTIVAS DE LAS IRUGÍAS MÁS FRECUENTES.	CENTRO QUIRURGICO
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	ATQ4-2	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD IMPLEMENTA PERMANENTEMENTE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LOS ASPECTOS CRÍTICOS DETECTADOS EN LAS AUDITORÍAS PREVENTIVAS Y DE CASOS.	1	LIBRO DE ACTAS/REGISTRO DE AUDITORIAS INTERNAS	AUDITORIA	REALIZA LO ESTABLECIDO, PERO NO DE FORMA PERIODICA SEGÚN NT N° 030-MINSA/DGSP	CUENTA CON PROYECTOS DE MEJORA, PERO SE ACTULIZAN DE MANERA PERIODICA	IMPLEMENTAR PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LOS ASPECTOS CRÍTICOS DETECTADOS EN LAS AUDITORIAS PREVENTIVAS Y DE CASOS.	CENTRO QUIRURGICO

MACROPROCESO	COD_CRITERIO	CRITERIO	RESPUESTA	FUENTE AUDITABLE	TÉCNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE
CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	CGP1-1	SE CUENTA CON PLAN E INSTRUMENTOS PARA REALIZAR LA AUDITORÍA, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE GESTIÓN Y PRESTACIÓN.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN / REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN AL CRITERIO EVALUADO.	NO SE CUENTA CON MEDICO AUDITOR PARA ESTA ACTIVIDAD	EL EESS. DEBERÁ TENER UN MÉDICO AUDITOR PARA ESTAS ACTIVIDADES	OFICINA DE SEGUROS
CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	CGP1-2	SE HAN ESTABLECIDO DE MANERA CONSENSUADA CON LOS RESPONSABLES DE LAS ÁREAS O SERVICIOS LOS INDICADORES DE CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN, Y SE HAN FIJADO LOS NIVELES ESPERADOS PARA LA INSTITUCIÓN.	0	NO DISPONE	VERIFICACION / REVISION DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACION AL CRITERIO EVALUADO.	NINGUNA	LA OFICINA DE SEGUROS DEBE ESTABLECER CON LOS RESPONSABLES DE LOS SERVICIOS LOS INDICADORES DE GESTION Y PRESTACION, ADEMAS DE ELABORAR UN PLAN PARA OBTENER LOS NIVELES ESPERADOS.	OFICINA DE SEGUROS
CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	CGP2-1	EL PERSONAL RESPONSABLE DE ÁREAS Y SERVICIOS ESTÁ CAPACITADO PARA REALIZAR EL PROCESO DE AUDITORÍA, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE SU ÁMBIO DE ACCIÓN.	1	DOCUMENTACION DE CAPACITACION DEL PERSONAL	OBSERVACION	PRESENTA DOCUMENTOS DE CAPACITACION DE SOLO ALGUNO DE SU PERSONAL	NINGUNA	EL EESS. DEBERA BRINDAR CAPACITACIONES CONTINUAS A SU PERSONAL.	AREA DE CAPACITACIONES , COMITÉ DE AUDITORIA EN SALUD

CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	CGP2-10	EN LAS ÁREAS/SERVICIOS DE ATENCIÓN CLÍNICA SE REALIZAN SUPERVISIONES DE LOS PROCESOS DE PRESTACIÓN Y LOS RESULTADOS SON LOS ESPERADOS PARA LA ORGANIZACIÓN.	0	NO DISPONE	VERIFICACION / REVISION DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACION RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NINGUNA	EL ESTABLECIMIENTO SALUD DEBE REALIZAR LA CONFORMACION DEL COMITÉ DE AUDITORIA DE CASOS DE MUERTE MATERNA.	COMITÉ DE AUDITORIA SALUD
CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	CGP2-11	LOS RESULTADOS DE LOS PROCESOS DE AUDITORÍA, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN SE HACEN DE CONOCIMIENTO A LOS RESPONSABLES PARA LA TOMA DE DECISIONES.	1	SE MUESTRA DOCUMENTOS DE INDICADORES	VERIFICACION / REVISION DE DOCUMENTOS	PRESENTA CUADROS DE EXCEL DE INDICADORES COMO HOSPITAL QUE ESTAN A MAS 80%.	NINGUNA	SE BEBE ACTUALIZAR LOS INDICADORES DE GESTION Y PRESTACION PERMITIENDO QUE LOS ESTANDARES ESTEN DENTRO DE LO ESTABLECIDO.	COMITÉ DE AUDITORIA SALUD
CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	CGP2-12	SE CUANTIFICAN LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES TRAZADORES DE COBERTURA PARA LAS PRIORIDADES SANITARIAS NACIONALES Y ÉSTOS SE ENCUENTRAN EN LOS NIVELES ESPERADOS.	1	NO DISPONE	VERIFICACION / REVISION DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACION RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NINGUNA	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEBE DE REALIZAR UN PLAN DONDE SE EJECUTE ACCIONES DE EVALUACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y PRESTACION.	AREA DE EPIDEMIOLOGÍA
CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	CGP2-13	SE CUANTIFICAN LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES TRAZADORES DE COBERTURA PARA LAS PRIORIDADES SANITARIAS REGIONALES Y ÉSTOS SE ENCUENTRAN EN LOS NIVELES ESPERADOS.	1	NO DISPONE	VERIFICACION / REVISION DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACION RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NINGUNA	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEBERA APLICAR LA GUIA PRACTICA CLINICA DE ATENCIONES REALIZADAS EN EMERGENCIA.	AREA DE EPIDEMIOLOGÍA

CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	CGP2-2	SE CUENTA CON UN COMITÉ DE AUDITORIA CAPACITADO Y QUE REALIZA, AUDITORÍA DE CASO, EN FALLECIDOS Y EN CASOS DE MUERTE MATERNA.	1	COMITÉ DE AUDITORÍA EN SALUD Y COMITÉ DE AUDITORÍA MÉDICA	VERIFICACION / REVISION DE DOCUMENTOS	R.D. N° 00143-2025- GOB.REG.AMAZONAS- HA-GLL-B/D.E.	SI	SE TIENE EL COMITÉ DE AUDITORÍA EN SALUD Y MÉDICO Y PLAN ANUAL DE AUDITORÍA, SIN EMBARGO NO SE EJECUTAN LAS AUDITORÍAS PROGRAMADAS.	COMITÉ DE AUDITORIA MEDICA
CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	CGP2-3	SE CUENTA CON INFORMACIÓN ACTUALIZADA DE LOS INDICADORES DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN, Y SUS VALORES ESTÁN DENTRO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA LA ORGANIZACION.	0	NO DISPONE	VERIFICACION / REVISION DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACION RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NINGUNA	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEBERA REALIZAR PROCESOS DE MONITOREO Y EVALUACION DE CALIDAD.	OFICINA DE SEGUROS
CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	CGP2-4	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD REALIZA ACCIONES DE EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE GESTIÓN Y PRESTACIÓN DE ACUERDO AL PLAN ESTABLECIDO.	0	NO DISPONE	VERIFICACION / REVISION DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACION RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NINGUNA	EL ESTABLECIMIENTO DEBE IDENTIFICAR ASPECTOS CRITICOS DE LA PRESTACION Y GESTION EN LOS PROCESOS DE MEJORA.	OFICINA DE SEGUROS
CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	CGP2-5	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EVALÚA LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN LAS ATENCIONES REALIZADAS EN EMERGENCIA.	0	NO DISPONE	VERIFICACION / REVISION DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACION RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NINGUNA	EL ESTABLECIMIENTO DEBE REALIZAR AUDITORIAS DE LOS PROCESOS DE ATENCION PARA QUE CUMPLAN CON LOS ESTANDARES ESTABLECIDOS.	JEFATURAS DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES

CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	CGP2-6	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EVALÚA LA APLICACION DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LAS ATENCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES DE EMERGENCIA.	0	NO DISPONE	VERIFICACION / REVISION DE DOCUMENTOS	SE REALIZA ESTAS SUPERVISIONES PERO ESTAN POR DEBAJO DE LO ESPERADO.	NINGUNA	EL ESTABLECIMIENTO DEBE TOMAR ACCIONES PARA ALCANZAR LOS NIVELES ESPERADOS.	JEFATURA GINECOLOGIA
CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	CGP2-7	EN LAS ÁREAS/SERVICIOS DE ATENCIÓN CLÍNICA SE REALIZAN PROCESOS DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y CUMPLE CON LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA LA ORGANIZACIÓN.	0	INFORME DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	VERIFICACION / REVISION DE DOCUMENTOS	SE REALIZA ESTAS SUPERVISIONES PERO ESTAN POR DEBAJO DE LO ESPERADO.	NINGUNA	EL ESTABLECIMIENTO DEBE TOMAR ACCIONES PARA ALCANZAR LOS NIVELES ESPERADOS.	OFICINA DE SEGUROS
CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	CGP2-8	EL ESTABLECIMIENTO TIENE IDENTIFICADOS ASPECTOS CRÍTICOS DE LA PRESTACIÓN Y GESTIÓN Y SE HAN ESTABLECIDO PROCESOS DE MEJORA.	0	NO DISPONE	VERIFICACION / REVISION DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACION RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NINGUNA	EL ESTABLECIMIENTO DEBE CUANTIFICAR LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES TRAZADORES DE COBERTURA PARA LAS PRIORIDADES SANITARIAS NACIONALES.	OFICINA DE SEGUROS
CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	CGP2-9	EN LAS ÁREAS/SERVICIOS DE ATENCIÓN CLÍNICA SE REALIZAN AUDITORÍAS DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN Y ESTOS CUMPLEN CON LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA LA ORGANIZACIÓN.	0	NO DISPONE	VERIFICACION / REVISION DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACION RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NINGUNA	EL ESTABLECIMIENTO DEBE CUANTIFICAR LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES TRAZADORES DE COBERTURA PARA LAS PRIORIDADES SANITARIAS REGIONALES.	COMITÉ DE AUDITORIA EN SALUD

MACROPROCESO	COD_CRITERIO	CRITERIO	RESPUESTA	FUENTE AUDITABLE	TÉCNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE
DESCONTAMINACION,LIMPIEZA,DESINFECCION, ESTERILIZ.	DLDE1-3	EL ESTABLECIMIENTO TIENE CENTRALIZADO LOS PROCESOS DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DE MATERIALES Y EQUIPOS.	0	CUENTA CON NORMATIVA	OBSERVACIÓN		NO ESTA CENTRALIZADO Y NO CUENTA CON PLANTA DE TRATAMIENTO.	RECOMIENDAN OBTENER UNA PLANTA DE TRATAMIENTO	UPSS CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN, JEFATURAS ASISTENCIALES, ÁREA DE LIMPIEZA
DESCONTAMINACION,LIMPIEZA,DESINFECCION, ESTERILIZ.	DLDE2-2	EL PERSONAL EN CADA SERVICIO CLASIFICA Y REALIZA LA DESCONTAMINACIÓN Y/O LIMPIEZA DE LOS MATERIALES, EQUIPOS USADOS DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL MANUAL DE DESINFECCIÓN, ESTERILIZACIÓN Y LA NORMA DE SALUD OCUPACIONAL.	1	GUÍAS NORMAS TECNICAS	OBSERVACIÓN	CUENTA CON MATERIALES NECESARIOS PARA LA DESINFECCION DE LAS ÁREAS.	NO HAY LUGAR ADECUADO DONDE COLOCAR LOS INSUMOS DE LIMPIEZA.	QUE CADA SERVICIO CUENTE CON UN ESPACIO PARA PODER DEJAR LOS INSUMOS.	SERVICIOS ASISTENCIALES
DESCONTAMINACION,LIMPIEZA,DESINFECCION, ESTERILIZ.	DLDE3-4	SE REALIZA EL ALMACENAMIENTO DE LOS ENSERES DE CAMA Y ROPA DE ACUERDO CON LAS NORMAS VIGENTES.	1	GUÍAS NORMAS TECNICAS	OBSERVACIÓN	SE CUMPLE PARCIALMENTE	NINGUNA	SE RECOMIENDA PODER CONSEGUIR LA BOLSA ROJA.	AREA DE LAVANDERÍA

DESCONTAMINACION,LIMPIEZA,DESINFECCION, ESTERILIZ.	DLDE4-2	EL ESTABLECIMIENTO CUENTA Y APLICA PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS DE SEGREGACIÓN, ACOPIO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS SÓLIDOS.	1	GUÍAS NORMAS TECNICAS	OBSERVACIÓN	EL CENTRO DE ACOPIO AUN NO ESTA AL 100%	NINGUNA	EXISTE LA NORMATIVA, PERO NO CUENTA CON PAREDES Y PISO PARA UNA BUENA DESINFECCION.	AREA DE LIMPIEZA RESIDUOS SOLIDOS
--	---------	--	---	-----------------------	-------------	---	---------	---	-----------------------------------

MACROPROCESO	COD_CRITERIO	CRITERIO	RESPUESTA	FUENTE AUDITABLE	TÉCNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE
DIRECCIONAMIENTO	DIR1-1	EL ESTABLECIMIENTO HA FORMULADO PARTICIPATIVAMENTE Y DIFUNDIDO SU PLAN ESTRATÉGICO (MISIÓN, VISIÓN, POLÍTICAS INSTITUCIONALES, OBJETIVOS Y METAS).	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO SE HA DIFUNDIDO EL POI ENTRE EL PERSONAL DE SALUD O SERVIDORES PÚBLICOS DE LA INSTITUCIÓN.	LA FORMULACIÓN DEL POI SE EJECUTA SÓLO ENTRE EL RESPONSABLE DE PLANEAMIENTO Y COORDINADORES DEL LOS PROGRAMAS PRESUPUESTALES.	EN LA FORMULACIÓN DEL POI SE DEBE CONVOCAR A LAS OTRAS OFICINAS ADMINISTRATIVAS QUE DEBEN PARTICIPAR MÁS ACTIVAMENTE DE ESTA FASE, ASÍ MISMO AL FINALIZAR LA FORMULACIÓN DEBE SER DIFUNDIDO ENTRE SUS SERVIDORES PÚBLICOS.	AREA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO.
DIRECCIONAMIENTO	DIR1-2	LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ASEGURA QUE LAS UNIDADES DE ATENCIÓN/SERVICIOS/DEPARTAMENTOS FORMULEN, IMPLEMENTEN Y EVALÚEN ACTIVIDADES CONCORDANTES CON EL PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	LA FALTA DE CONOCIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL POI NO PERMITE ALINEAR LAS ACCIONES DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES PARA SU CUMPLIMIENTO.	SE DEBE CONVOCAR A LAS JEFATURAS DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES Y OFICINAS ADMINISTRATIVAS A FIN DE SOCIALIZAR EL POI Y PLANTEAR ACTIVIDADES PARA SU CUMPLIMIENTO.	AREA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO., JEFATURAS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVAS

DIRECCIONAMIENTO	DIR1-3	LOS PLANES ESTRATÉGICO, OPERATIVO Y DE CONTINGENCIA SE ELABORAN, CONSERVAN Y ACTUALIZAN SEGÚN UN PROCEDIMIENTO DOCUMENTADO.	1	REPORTE DEL POI 2025 (CEPLAN)	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	SE TIENEN IDENTIFICADAS PARA TODAS LAS ETAPAS DE VIDA.	NINGUNA	NINGUNA	AREA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO.
DIRECCIONAMIENTO	DIR1-4	SE HAN IDENTIFICADO LAS PRINCIPALES NECESIDADES DE SALUD DE LOS USUARIOS DEL ESTABLECIMIENTO POR ETAPAS DE VIDA.	1	ENTREVISTA	ENTREVISTA	SOLO CONOCE Y SE HA COBERTURADO LAS ATENCIONES DE ALGUNAS ETAPAS DE VIDA.	FALTA COBERTURAR LAS ATENCIONES DE LAS ETAPAS DE VIDA ADULTO Y ADULTO MAYOR.	SE DEBE IMPLEMENTAR LA ATENCIÓN DIFERENCIADA PARA LAS ETAPAS DE VIDA ADULTO Y ADULTO MAYOR.	JEFATURAS DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES
DIRECCIONAMIENTO	DIR1-5	EL ESTABLECIMIENTO HA FORMULADO EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD CON LA PARTICIPACION DE LAS AUTORIDADES REGIONALES/LOCALES PARA DEFINIR EL DIRECCIONAMIENTO DE LA ATENCIÓN SANITARIA Y EL DESARROLLO DE SUS SERVICIOS.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO SE HA FORMULADO EL ASIS	ELABORAR EL ASIS CON LA PARTICIPACIÓN DE LAS AUTORIDADES REGIONALES/LOCALES.	DIRECCIÓN, OFICINA MÉDICO ASISTENCIAL
DIRECCIONAMIENTO	DIR1-6	LOS RESULTADOS DE LAS MEDICIONES DE LAS FUNCIONES OBSTÉTRICAS NEONATALES REALIZADAS EN LOS ÚLTIMOS DOS SEMESTRE ESTÁN DENTRO DE LOS NIVELES ESPERADOS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.	0	INFORME FINAL DEL FON	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	TODAS LAS MEDICIONES ESTAN EN EL NIVEL ESPERADO.	NINGUNA	SOCIALIZAR EL INFORME FINAL CON LOS SERVIDORES PÚBLICOS A FIN DE CONOCER LOS RESULTADOS E IMPLEMENTAR ACCIONES DE MEJORA.	SERVICIO DE GINECOLOGIA

DIRECCIONAMIENTO	DIR1-7	LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ASEGURA LA ADHESIÓN DEL PERSONAL A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE LAS PRIORIDADES SANITARIAS EN EL ÁMBITO NACIONAL Y/O REGIONAL.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO HAY EXISTENCIA DE GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	NO HAN ELABORADO LAS GPC POR SERVICIO	LA ELABORACIÓN DE GPC POR PARTE DE LA JEFATURA DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES.	JEFATURAS DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES
DIRECCIONAMIENTO	DIR1-8	LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEFINE SUS METAS RESPECTO A LAS ESTRATEGIAS NACIONALES Y REGIONALES Y LAS INCLUYE EN EL POA (PLAN OPERATIVO ANUAL).	1	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO SE HA ELABORADO EL PLAN OPERATIVO ANUAL	EN LA INSTITUCIÓN CONTAMOS CON EL PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL	LA ELABORACIÓN DE PLAN OPERATIVO ANUAL.	AREA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO
DIRECCIONAMIENTO	DIR2-1	LAS ACTIVIDADES DE LOS PLANES ESTRATÉGICO, OPERATIVO Y DE CONTINGENCIAS SON ASIGNADAS FORMALMENTE A LOS RESPONSABLES DE CADA UNIDAD/ÁREA/SERVICIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.	1	RESOLUCIÓN DE ASIGNACIÓN DE FUNCIONES N° 126, N° 167	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	RESOLUCIÓN DE ASIGNACIÓN DE FUNCIONES, MEMORÁNDUM	NINGUNA	SOCIALIZAR LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL POI A LOS JEFES DE LOS SERVICIOS A FIN DE ALINEAR SUS ACCIONES PARA SU CUMPLIMIENTO.	AREA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO
DIRECCIONAMIENTO	DIR2-2	LOS RESPONSABLES DAN CUENTA DE LOS RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES CONTENIDAS EN LOS PLANES ESTRATÉGICO, OPERATIVO Y DE CONTINGENCIA EN ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN SEGÚN LO ESTABLECIDO.	1	CEPLAN	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	MENSUALMENTE SE REGISTRA EL AVANCE DE LAS ACTIVIDADES EN EL APLICATIVO CEPLAN	LAS COORDINACIONES NO SOCIALIZAN LAS ACTIVIDADES DEL POI EN ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN.	SOCIALIZAR PERIÓDICAMENTE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS DEL POI EN ESPACIOS REGIONALES O LOCALES.	AREA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO

DIRECCIONAMIENTO	DIR2-3	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CUMPLE CON LOS RESULTADOS ESPERADOS EN EL PLAN OPERATIVO ANUAL A LA FECHA DE EVALUACIÓN.	1	REPORTE DEL POI 2025 (CEPLAN) PORTAL WEB INSTITUCIONAL	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	SE LOGRA PARCIALMENTE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL POI.	EXISTEN ALGUNAS ACTIVIDADES DE LOS PROGRAMAS PRESUPUESTALES, LAS CUALES NO SE LOGRAN EN LOS PERIODOS ESTABLECIDOS; OBTENIÉNDOSE UN PORCENTAJE MENOR DE EJECUCIÓN A LO PROGRAMADO.	EJECUTAR UN ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA EXISTENTE O NUDOS CRÍTICOS E IMPLEMENTAR PLANES DE MEJORA CONTINUA.	AREA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO
------------------	--------	--	---	--	-------------------------------------	--	---	---	----------------------------------

MACROPROCESO	COD_CRITERIO	CRITERIO	RESPUESTA	FUENTE AUDITABLE	TÉCNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE
GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA	EIF1-1	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CUENTA CON UN PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y DE RECUPERACIÓN DE LA PLANTA FÍSICA Y SERVICIOS BÁSICOS INCORPORADO AL PLAN OPERATIVO DE ACTIVIDADES (POA).	1	PLAN OPERATIVO DE ACTIVIDADES (POA)	VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS	CUMPLE CON LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA	SI	EJECUTAR UN PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y DE RECUPERACIÓN DE LA PLANTA FÍSICA Y SERVICIOS BÁSICOS INCORPORADO AL POA	AREA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO , AREA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO.
GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA	EIF1-2	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CUENTA CON UN PLAN DE REEMPLAZO Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y RECUPERATIVO DE SUS EQUIPOS INCORPORADO AL PLAN OPERATIVO DE ACTIVIDADES (POA).	1	R.M N°970-2005/MINSA	VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS	PLAN RECUPERATORIO, NO TIENEN O SI CUENTAN REPOSICIÓN SE HACE ENTREGA DIRECTAMENTE AL MINSA	SI	IMPLEMENTAR UN PLAN DE REEMPLAZO Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y RECUPERATIVO DE SUS EQUIPOS INCORPORADO AL POA.	AREA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO , AREA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO.

GESTIÓN DE EQUIPOS INFRAESTRUCTURA	EIF1-7	SE CUENTA Y APLICA LOS PROCEDIMIENTOS DEL MANUAL PARA EL MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES ELÉCTRICAS, MECÁNICAS Y SANITARIAS.	1	R.M N°970-2005/MINSA	VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS	SE CUMPLE PARCIALMENTE	SI	DAR A CONOCER EL MANUAL PARA EL MANTENIMIENTO DE LAS INSTALACIONES ELECTRICAS, MECANICAS Y SANITARIAS AL PERSONAL.	AREA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO
GESTIÓN DE EQUIPOS INFRAESTRUCTURA	EIF2-2	SE REALIZA MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS DE ACUERDO A PROGRAMACIÓN.	1	INFORME PROGRAMACIÓN	VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS	CUMPLE CON LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA	NO	IMPLEMENTAR	AREA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO
GESTIÓN DE EQUIPOS INFRAESTRUCTURA	EIF2-3	SE CUANTIFICA EL PORCENTAJE DE SOLUCIONES OPORTUNAS ANTE EL LLAMADO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO O REPARATIVO DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS.	1	INFORME PROGRAMACIÓN A TODAS LAS AREAS Y SERVICIOS DEL HOSPITAL DE APOYO BAGUA	VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS	CUMPLE CON LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA	NO	NINGUNA	AREA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO

MACROPROCESO	COD_CRITERIO	CRITERIO	RESPUESTA	FUENTE AUDITABLE	TÉCNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE
GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES	GIM1-2	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CUENTA CON PLAN ANUAL DE NECESIDADES DE BIENES ESTRATÉGICOS POR SERVICIOS INMERSO EN PLAN DE ADQUISICIONES QUE GARANTIZA CALIDAD DE INSUMOS Y MATERIALES REQUERIDOS (ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, COMITÉ DE EVALUACIÓN DE...	0	<b>NO CUENTAN</b>	OBSERVACIONAL/ VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS	<i>NO CUENTA</i>	SI	FALTA IMPLEMENTACIÓN Y CAPACITACIÓN PARA UNA MEJORA CONTINUA.	UNIDAD DE LOGISTICA, AREAS Y SERVICIOS.
GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES	GIM1-3	SE TIENEN ESTABLECIDAS Y SE APLICAN MEDIDAS DE PROTECCIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES POR EL PERSONAL DE ALMACÉN CENTRAL.	0	<b>NO CUENTAN</b>	OBSERVACIONAL/ VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS	<i>NO TIENEN CONOCIMIENTO</i>	SI	FALTA IMPLEMENTACIÓN Y CAPACITACIÓN PARA UNA MEJORA CONTINUA.	ALMACEN ESPECIALIZADO DE MEDICAMENTOS, AREA DE ALMACEN GENERAL
GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES	GIM1-4	SE TIENE ESTABLECIDO Y SE APLICAN PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE INSUMOS Y MATERIALES EN EL ÁREA DE DISTRIBUCIÓN (ALMACÉN).	1	<b>R.M 616-2003-SA/DM</b>	OBSERVACIONAL/ VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS	<i>CUMPLE CON EL REQUISITO, BASADO EN EL MANUAL DE PROCEDIMIENTO ESTANDAR</i>	SI	FALTA FLUJOGRAMA DE PLANIFICACIÓN DEL AEM, VALIDADO CON RESOLUCIÓN.	ALMACEN ESPECIALIZADO DE MEDICAMENTOS, AREA DE ALMACEN GENERAL

MACROPROCESO	COD_CRITERIO	CRITERIO	RESPUESTA	FUENTE AUDITABLE	TÉCNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE
GESTIÓN DE LA CALIDAD	GCA1-2	LOS DIVERSOS SERVICIOS O UNIDADES FUNCIONALES CUENTAN CON PERSONAL CAPACITADO PARA REALIZAR PROCESOS DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO SE CUENTA CON PERSONAL CAPACITADO.	REALIZAR CAPACITACIONES PARA REALIZAR PROCESOS DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD.	COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
GESTIÓN DE LA CALIDAD	GCA1-3	EL ESTABLECIMIENTO CUENTA CON EQUIPOS DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD CONSTITUIDOS Y CUMPLEN ACTIVIDADES SEGÚN PLANIFICACIÓN.	1	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO SE CUENTA CON EQUIPOS ENTRENADOS	CONTAR CON EQUIPOS ENTRENADOS EN MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
GESTIÓN DE LA CALIDAD	GCA1-4	EL ESTABLECIMIENTO TIENE PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS PRIORIZADOS CON LA FINALIDAD DE REALIZAR UN SEGUIMIENTO CONTINUO Y ESTABLECER CICLOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD.	1	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO SE HACE SEGUIMIENTO CONTINUO.	SE DEBE CONTAR CON PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS PRIORIZADOS CON LA FINALIDAD DE REALIZAR UN SEGUIMIENTO CONTINUO Y ESTABLECER CICLOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD.	COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

GESTIÓN DE LA CALIDAD	GCA1-5	EXISTE UN PROGRAMA DE GESTIÓN O MEJORA DE LA CALIDAD PARA LA ORGANIZACIÓN QUE RESPONDE A LAS NECESIDADES DE USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS.	1	PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	ESTABLECIMIENTO CUENTA CON EL PAUS.	NO EXISTE UN PROGRAMA DE MEJORAMIENTO QUE RESPONDA LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS INTERNOS.	ELABORAR EL PROGRAMA PARA USUARIOS INTERNOS.	COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD , PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO
GESTIÓN DE LA CALIDAD	GCA2-1	EL ESTABLECIMIENTO HA DEFINIDO E IMPLEMENTA UNO O VARIOS MECANISMOS PARA RECOGER SUGERENCIAS, QUEJAS O RECLAMOS DE SUS USUARIOS (BUZÓN, ENCUESTAS, GRUPOS FOCALES, ETC.)	1	LIBRO DE RECLAMACIONES BUZÓN DE SUGERENCIAS	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	ESTABLECIMIENTO CUENTA CON LIBRO DE RECLAMACIONES, BUZÓN DE SUGERENCIAS.	NINGUNO	NINGUNO	COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD , PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO
GESTIÓN DE LA CALIDAD	GCA2-2	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD TIENE DOCUMENTADO EL PROCESO PARA ANALIZAR Y RESPONDER A LAS QUEJAS Y RECLAMOS DE LOS USUARIOS (METODOLOGÍAS, INSTRUMENTOS Y PERIODICIDAD), PARA LO CUAL CUMPLE CON LOS PASOS REQUERIDOS.	1	LIBRO DE RECLAMACIONES BUZÓN DE SUGERENCIAS	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	TIENE UN PROCESO PARA ANALIZAR Y RESPONDER A LAS QUEJAS Y RECLAMOS DE LOS USUARIOS, ASÍ COMO SUGERENCIAS.	NINGUNO	NINGUNO	COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD , PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO
GESTIÓN DE LA CALIDAD	GCA2-3	EL ESTABLECIMIENTO TIENE DEFINIDO Y DIFUNDE EL PAQUETE DE INFORMACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN QUE BRINDARÁ A SUS USUARIOS Y ES ADECUADO CULTURALMENTE SEGÚN REALIDADES LOCALES.	1	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO TIENE DEFINIDO Y DIFUNDE EL PAQUETE DE INFORMACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN QUE BRINDARÁ A SUS USUARIOS.	SE DEBE DEFINIR Y DIFUNDIR EL PAQUETE DE INFORMACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN QUE SE BRINDA A LOS USUARIOS MEDIANTE FLUJOGRAMAS, BANNERS INFORMATIVOS.	COORDINACIÓN GESTIÓN , AREA DE COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL

GESTIÓN DE LA CALIDAD	GCA2-4	SE HAN ESTABLECIDO E IMPLEMENTAN MECANISMOS PARA GARANTIZAR LA PRIVACIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS EN LOS DIVERSOS SERVICIOS O ÁREAS DE ATENCIÓN.	1	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO TIENE IMPLEMENTADO MECANISMOS PARA GARANTIZAR LA PRIVACIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS EN LOS DIVERSOS SERVICIOS O ÁREAS DE ATENCIÓN.	SE DEBE IMPLEMENTAR MECANISMOS PARA GARANTIZAR LA PRIVACIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS EN OS DIVERSOS SERVICIOS O ÁREAS DE ATENCIÓN.	COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
GESTIÓN DE LA CALIDAD	GCA2-5	SE IDENTIFICAN PERIÓDICAMENTE PRINCIPALES BARRERAS DE ACCESO DE USUARIOS A SERVICIOS (PUEDEN SER DE TIPO GEOGRÁFICO, ARQUITECTÓNICO, ECONÓMICO, CULTURAL U ORGANIZACIONAL), SE DOCUMENTA SU ANÁLISIS Y SE IDENTIFICAN ACCIONES FACTIBLES DE IMPLEMENTAR...	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO SE IDENTIFICAN PERIODICAMENTE LAS PRINCIPALES BARRERAS DE ACCESO DE USUARIOS A SERVICIOS, NI DOCUMENTAN SU ANÁLISIS O IDENTIFICAN ACCIONES FACTIBLES DE IMPLEMENTAR.	SE DEBE ESTABLECER MECANISMOS EN LA QUE SE PUEDA IDENTIFICAR LAS BARRERAS DE ACCESO DE USUARIOS A SERVICIOS, SU ANÁLISIS DOCUMENTADO Y LAS ACCIONES A IMPLEMENTAR.	COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
GESTIÓN DE LA CALIDAD	GCA2-6	SE DESARROLLAN ACCIONES PARA DISMINUIR LAS BARRERAS DE ACCESO DE LOS USUARIOS QUE DEPENDEN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE ACUERDO CON LO IDENTIFICADO.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO SE DESARROLLAN ACCIONES PARA DISMINUIR LAS BARRERAS DE ACCESO DE LOS USUARIOS QUE DEPENDEN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.	SE DEBE REALIZAR ACCIONES PARA DISMINUIR LAS BARRERAS DE ACCESO A LOS USUARIOS.	COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
GESTIÓN DE LA CALIDAD	GCA2-8	EL ESTABLECIMIENTO TIENE FLUXOGRAMAS DE ATENCIÓN GENERAL, POR SERVICIOS Y SEÑALIZACIÓN.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO PRESENTA FLUXOGRAMAS DE ATENCIÓN GENERAL, POR SERVICIOS Y SEÑALIZACIÓN.	SE DEBE IMPLEMENTAR FLUXOGRAMAS DE ATENCIÓN GENERAL POR SERVICIOS Y SEÑALIZACIÓN.	JEFATURAS DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES , COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

GESTIÓN DE LA CALIDAD	GCA2-9	EL ESTABLECIMIENTO TIENE PUBLICADO LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES EN LAS ZONAS DE CONTACTO (EMERGENCIA, CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACIÓN).	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO SE CUENTA CON EL CRITERIO REQUERIDO.	SE DEBE IMPLEMENTAR LA PUBLICIDAD DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE EN ZONAS ESTRATÉGICAS.	COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO , OFICINA DE COMUNICACIONES E IMAGEN INSTITUCIONAL
GESTIÓN DE LA CALIDAD	GCA3-1	EL ESTABLECIMIENTO EVALÚA LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO INTERNO Y EXTERNO POR LO MENOS SEMESTRALMENTE.	1	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	SE TIENE UN PLAN DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO EN LA QUE CUENTA CON UNA ENCUESTA PERO LA EJECUCIÓN DEPENDERÁ DE LA DIRESA,	REALIZAR LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO .	COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
GESTIÓN DE LA CALIDAD	GCA3-2	SE CUANTIFICA EL PORCENTAJE DE QUEJAS O RECLAMOS ATENDIDOS OPORTUNAMENTE Y EL NIVEL ES EL ESPERADO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO SE CUENTA CON EL CRITERIO REQUERIDO.	REALIZAR LA CUANTIFICACIÓN DEL PORCENTAJE DE QUEJAS O RECLAMOS ATENDIDOS OPORTUNAMENTE.	COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO
GESTIÓN DE LA CALIDAD	GCA3-3	SE CUANTIFICA EL PORCENTAJE DE USUARIOS QUE RECIBIERON BUEN TRATO DURANTE LA ATENCIÓN Y EL NIVEL ES EL ESPERADO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO SE CUENTA CON EL CRITERIO REQUERIDO.	REALIZAR LA CUANTIFICACIÓN DEL PORCENTAJE DE USUARIOS QUE RECIBIERON BUEN TRATO DURANTE LA ATENCIÓN.	COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO

GESTIÓN DE LA CALIDAD	GCA3-4	SE CUANTIFICA EL PORCENTAJE DE USUARIOS QUE PERCIBIERON QUE LA INFORMACIÓN RECIBIDA EN LA ATENCIÓN ES ENTENDIBLE Y COMPLETA Y EL NIVEL ES EL ESPERADO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO SE CUENTA CON EL CRITERIO REQUERIDO.	REALIZAR LA CUANTIFICACIÓN DEL PORCENTAJE DE USUARIOS QUE PERCIBIERON INFORMACIÓN ENTENDIBLE Y COMPLETA.	COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO
GESTIÓN DE LA CALIDAD	GCA3-5	SE CUANTIFICA EL PORCENTAJE DE USUARIOS QUE TUVIERON PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN Y EL NIVEL ES EL ESPERADO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO SE CUENTA CON EL CRITERIO REQUERIDO.	REALIZAR LA CUANTIFICACIÓN DEL PORCENTAJE DE USUARIOS QUE TUVIERON PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN.	COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO
GESTIÓN DE LA CALIDAD	GCA3-6	SE CUANTIFICA EL PORCENTAJE DE USUARIOS SATISFECHOS CON LOS SERVICIOS PRESTADOS Y EL NIVEL ES EL ESPERADO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.	1	INFORME	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	PRESENTA DOCUMENTACIÓN	EL NIVEL DE SATISFACCIÓN SE ENCUENTRA POR DEBAJO DE LO ESPERADO	EVALUAR LOS RESULTADOS E IMPLEMENTAR ACCIONES DE MEJORA	COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO
GESTIÓN DE LA CALIDAD	GCA3-8	EL ESTABLECIMIENTO MANTIENE POR LO MENOS UN PROCESO DE ATENCIÓN PRIORIZADO PRODUCTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROYECTOS DE MEJORA.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO SE CUENTA CON EL CRITERIO REQUERIDO.	REALIZAR IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA.	COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

MACROPROCESO	COD_CRITERIO	CRITERIO	RESPUESTA	FUENTE AUDITABLE	TÉCNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	GIN1-5	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD TIENE PERSONAL CAPACITADO DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, PARA LLEVAR A CABO LAS ACTIVIDADES DE LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN.	1	OHIEES	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	MANEJA APLICATIVOS, PARA EL PROCESO REQUERIDO.	SI	FALTA CAPACITACIÓN CONSTANTE	UNIDAD DE TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	GIN3-4	SE IDENTIFICAN SEMESTRALMENTE LAS PERCEPCIONES DEL USUARIO INTERNO (EN LOS NIVELES OPERATIVO, TÁCTICO Y ESTRATÉGICO) ACERCA DEL MANEJO DE LA INFORMACIÓN.	0	INFORME TIMESTRAL - INDICADORES	REVISIÓN DE DOCUMENTOS	MEDIANTE INFORMACIÓN EXCEL PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS	NO	IMPLEMENTAR SEMESTRALMENTE LAS PERCEPCIONES DEL USUARIO INTERNO (EN LOS NIVELES OPERATIVO, TÁCTICO Y ESTRATÉGICO) ACERCA DEL MANEJO DE LA INFORMACIÓN.	UNIDAD DE TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN, AREA DE ESTADISTICA

MACROPROCESO	COD_CRITERIO	CRITERIO	RESPUESTA	FUENTE AUDITABLE	TÉCNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE
GESTIÓN DE MEDICAMENTOS	GMD2-4	EL SERVICIO DE FARMACIA CUENTA Y APLICA MECANISMOS DE INFORMACION AL PACIENTE EN EL MARCO DE SU COMPETENCIA AL MOMENTO DE LA DISPENSACIÓN.	1	R.M N°1361-2018-MINSA MANUAL DE BUENAS PRACTICAS DE DISPENSACIÓN.	VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS	SE GUÍA CON EL MANUAL DE DISPENSACIÓN NACIONAL.	SI	FALTA RESOLUCIÓN DE POES POR CADA FARMACIA DE UPSS.	UPSS FARMACIA

GESTIÓN DE MEDICAMENTOS	GMD2-5	LOS ERRORES DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS SON REGISTRADOS Y CORREGIDOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE DEL ESTABLECIMIENTO.	1	R.M N°1361-2018-MINSA MANUAL DE BUENAS PRACTICAS DE DISPENSACIÓN.	OBSERVACIÓN	FARMACIA DE DOSIS UNITARIA - UNICA FARMACIA, QUE LLEVA A CABO ESTE PROCEDIMIENTO EN SU LIBRO DE OCURRENCIA.	SI	FALTA PLAN DE CAPACITACIÓN DE UPSS FARMACIA DEL HAB.	UPSS FARMACIA
GESTIÓN DE MEDICAMENTOS	GMD3-1	SE EVALÚA EL PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS ENTRE LOS ITEMS PRESCRITOS, DISPENSADOS, REPORTADOS, STOCK REGISTRADO Y STOCK REAL Y ES EL ESPERADO; EL MARGEN DE CONSISTENCIA ES MAYOR AL 99%.	1	R.M N° 616-2003-SA/DM	VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS	FARMACIA DE DOSIS UNITARIA, VALIDA LA INFORMACIÓN RECETAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS.	SI	FALTA PLAN DE CAPACITACIÓN DE UPSS FARMACIA DEL HAB. FALTA IMPLEMENTACIÓN DEL REGISTRO DE INFORMACIÓN	UPSS FARMACIA
GESTIÓN DE MEDICAMENTOS	GMD3-2	SE EVALÚA EL PORCENTAJE DE PRESCRIPCIONES NO ATENDIDAS Y LA ADOPCIÓN DE MEDIDAS CORRECTIVAS.	0	R.M N° 616-2003-SA/DM	OBSERVACIÓN	NO SE ESTA LLEVANDO ACABO	SI	MEDIANTE HOJA DE REQUERIMIENTO HACE SU REQUEMIENTO CADA FARMACIA, DE LOS MEDICAMENTOS FALTANTES.	UPSS FARMACIA
GESTIÓN DE MEDICAMENTOS	GMD3-4	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD GARANTIZA LA CAPACITACION DEL PERSONAL DE FARMACIA ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE FARMACIA EN RELACIÓN CON LOS MEDICAMENTOS.	1	LIBRO DE ACTAS DE UPSS FARMACIA	VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS	UPSS FARMACIA, MENCIONA QUE TIENE LIBRO DE ACTAS, SINCERA INFORMACIÓN QUE NO AH HABIDO CAPACITACIÓN A PERSONAL DE UPSS.	SI	FALTA PLAN DE CAPACITACIÓN DE UPSS FARMACIA DEL HAB. FALTA LLENADO DE ACTA DE CAPACITACIÓN.	UPSS FARMACIA

MACROPROCESO	COD_CRITERIO	CRITERIO	RESPUESTA	FUENTE AUDITABLE	TÉCNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	GRH1-1	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CUMPLE CON LOS PROCEDIMIENTOS DE INCORPORACIÓN DEL RECURSO HUMANO Y SE ORIENTA A CUBRIR LAS COMPETENCIAS REQUERIDAS EN EL MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO CUMPLE CON LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS PARA LA INCORPORACIÓN DEL RR.HH PARA NINGUNA MODALIDAD.	PLANIFICAR, EVALUAR Y EJECUTAR CONCURSOS PARA LA INCORPORACIÓN DEL RR. HH BAJO MODALIDAD DE CASO O PLAZA PRESUPUESTADA (276), SEGÚN SU NORMATIVIDAD.	UNIDAD DE GESTIÓN Y DESARROLLO RECURSOS HUMANOS
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	GRH1-2	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD TIENE DEFINIDO EL PROCEDIMIENTO DE INDUCCIÓN DEL PERSONAL Y SE CUMPLE CON TODOS LOS TRABAJADORES NUEVOS.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO SE DISPONE DE UN PROGRAMA DE INDUCCIÓN AL PERSONAL DE SALUD NUEVO.	EL RESPONSABLE DE CAPACITACIONES DEBERÁ ELABORAR UN PLAN O PROGRAMA DE INDUCCIÓN PARA TODO EL PERSONAL DE SALUD INGRESANTE.	UNIDAD DE GESTIÓN Y DESARROLLO RECURSOS HUMANOS, AREA DE CAPACITACIONES
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	GRH1-3	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD HA DEFINIDO FORMALMENTE LAS FUNCIONES DE TODOS LOS TRABAJADORES Y LO COMUNICA DE ACUERDO AL CARGO QUE OCUPA.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO DEFINE LAS FUNCIONES PORQUE NO TENEMOS MOF	SÓLO HACE ENTREGA DE MEMORANDO DE ASIGNACIÓN DE FUNCIONES EN EL ÁREA ESPECÍFICA; SIN EMBARGO, NO SE DETALLAN LAS FUNCIONES DEL TRABAJADOR.	SE DEBE REALIZAR EL MOF Y DETALLAR LAS FUNCIONES DEL TRABAJADOR A FIN DE MEJORAR LA PRODUCTIVIDAD Y RENDIMIENTO DEL RR. HH.	UNIDAD DE GESTIÓN Y DESARROLLO RECURSOS HUMANOS
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	GRH1-4	LAS JEFATURAS DE SERVICIOS/ DEPARTAMENTOS/ ÁREAS/ UNIDADES ANALIZAN LOS RESULTADOS DE PRODUCTIVIDAD INDIVIDUAL DE ACUERDO A LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS POR LA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO SE ANALIZAN LOS RESULTADOS DE PRODUCTIVIDAD INDIVIDUAL DE ACUERDO A LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVIDAD.	LAS JEFATURAS Y COORDINACIONES DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DEBEN EVALUAR LOS RESULTADOS DE PRODUCTIVIDAD INDIVIDUAL.	UNIDAD DE GESTIÓN Y DESARROLLO RECURSOS HUMANOS, JEFATURAS DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES

GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	GRH2-1	LOS TRABAJADORES DE SALUD SE ORGANIZAN EN EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS, POR SERVICIOS, UNIDADES O PROCESOS, PARA REUNIRSE PERIÓDICAMENTE Y REALIZAR UNA REFLEXIÓN DE SU PRÁCTICA RELACIONADA CON LA SITUACIÓN INSTITUCIONAL.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO EXISTE EVIDENCIA DE REUNIONES ENTRE EL PERSONAL DE SALUD A FIN DE EVALUAR LOS INDICADORES HOSPITALARIOS DE SU SERVICIO.	LAS JEFATURAS Y/O COORDINACIONES DE LO SERVICIOS DEBEN REUNIRSE PERIÓDICAMENTE A FIN DE EVALUAR LOS INDICADORES HOSPITALARIOS DE SU COMPETENCIA.	JEFATURAS DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	GRH2-2	LOS EQUIPOS DE TRABAJO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD IDENTIFICAN PROBLEMAS, PROPONEN SOLUCIONES Y PARTICIPAN EN LAS DECISIONES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO DE LOS RECURSOS HUMANOS.	1	CUADERNO DE ACTA DE REUNIONES	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	SE REALIZAN REUNIONES, PERO NO SISTEMÁTICAMENTE	SE EVIDENCIA REUNIONES ENTRE EL PERSONAL DE SALUD A FIN DE IDENTIFICAR PROBLEMAS, PROPONER SOLUCIONES Y PARTICIPAR EN LAS DECISIONES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO DE LOS RECURSOS HUMANOS.	LAS JEFATURAS Y/O COORDINACIONES DE LO SERVICIOS DEBEN REUNIRSE PERIÓDICAMENTE A FIN PROPONER ACCIONES DE MEJORA CONTINUA QUE PERMITIRÁN MEJORAR EL DESEMPEÑO DEL RR.HH.	UNIDAD DE GESTIÓN Y DESARROLLO RECURSOS HUMANOS, JEFATURAS DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	GRH3-2	TODO RECURSO HUMANO DEL ESTABLECIMIENTO DEBE ESTAR PROTEGIDO CON ALGUN TIPO DE SEGURO DE SALUD BASICO.	1	PLANILLA, BOLETA DE PAGO A TRABAJADORES CAS	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO TODO RR.HH ESTA PROTEGIDO CON ALGUN TIPO DE SEGURO DE SALUD.	EL PERSONAL POR TERCEROS NO CUENTA CON SEGURO SE SALUD.	EL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS DEBE VER LA MANERA DE BRINDAR UN TIPO DE SEGURO A TODO EL PERSONAL, O REGULARIZAR LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL QUE LE PERMITA TENER UN SEGURO DE SALUD.	UNIDAD DE GESTIÓN Y DESARROLLO RECURSOS HUMANOS

GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	GRH4-1	EL ESTABLECIMIENTO IMPLEMENTA UN PLAN PARA FORTALECER LAS COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO PARA QUE BRINDE SERVICIOS SEGÚN EL MAIS, PRIORIZANDO EL ENFOQUE DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO SE DISPONE DE UN PLAN DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SALUD A FIN DE BRINDAR ATENCIONES SEGÚN EL MAIS, PRIORIZANDO EL ENFOQUE DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.	EL RESPONSABLE DE CAPACITACIONES DEL EE.SS DEBERÁ COORDINAR A FIN DE ELABORAR EL PLAN DE CAPACITACIÓN EN MENCIÓN.	UNIDAD DE GESTIÓN Y DESARROLLO RECURSOS HUMANOS, AREA DE CAPACITACIONES
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	GRH4-2	EL ESTABLECIMIENTO IMPLEMENTA UN PLAN PARA FORTALECER LAS COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO, ORIENTADO A LOGRAR LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NINGUNA	SE DEBERÁ ELABORAR UN PLAN PARA FORTALECER LAS COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO ORIENTADO A LOGRAR LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES.	UNIDAD DE GESTIÓN Y DESARROLLO RECURSOS HUMANOS

MACROPROCESO	COD_CRITERIO	CRITERIO	RESPUESTA	FUENTE AUDITABLE	TÉCNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE
GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	GSD1-1	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CUENTA CON EL CERTIFICADO DE INSPECCIÓN TÉCNICA DE SEGURIDAD EN DEFENSA CIVIL, SOLICITADO AL GOBIERNO LOCAL.	0	NO DISPONE	VERIFICACION / REVISION DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACION AL CRITERIO EVALUADO.	NUEVO COOR. DE P.P 104- 068	EL EESS. DEBERA GESTIONAR EL CERTIFICADO DE GESTION.	DIRECCIÓN EJECUTIVA, COE, AREA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO

GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	GSD1-2	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD SOMETE A EVALUACIÓN DE SEGURIDAD TODAS LAS OBRAS DE AMPLIACIÓN, REHABILITACIÓN, REMODELACIÓN Y REDUCCION DE RIESGOS Y ÉSTAS CUMPLEN CON LOS ESTÁNDARES MÍNIMOS.	0	NO DISPONE	VERIFICACION / REVISION DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACION AL CRITERIO EVALUADO.	NUEVO COOR. DE P.P 104- 068	EL EESS. DEBERA GESTIONAR EL INFORME FINAL DEL INDICE DE SEGURIDAD HOSPITALARIA.	DIRECCIÓN EJECUTIVA, COE, AREA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO
GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	GSD1-3	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CUENTA CON SEÑALES DE SEGURIDAD EN TODAS LAS ÁREAS SEGÚN LOS CRITERIOS Y ESTÁNDARES ESTABLECIDOS EN LA NORMA.	1	SEÑALES DE SEGURIDAD	OBSERVACION	EL EESS CUENTA CON SEÑALES DE SEGURIDAD EN AREAS MAYORES DEL 50% DE LO ESTABLECIDO.	NUEVO COOR. DE P.P 104- 068	COLOCAR SEÑALES DE SEGURIDAD EN LAS NUEVAS AREAS CONSTRUIDAS.	COORDINACION DE EMERGENCIA - COE
GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	GSD1-5	SE HA SEÑALIZADO CORRECTAMENTE LOS CONDUCTOS Y TUBERÍAS DE LOS FLUIDOS PELIGROSOS QUE EXISTEN.	1	SEÑALIZACION, CONDUCTOS Y TUBERIAS.	OBSERVACION	LAS AREAS DE CONDUCTOS Y TUBERIAS ESTAN SEÑALIZADOS, PERO NO CORRECTAMENTE.	NUEVO COOR. DE P.P 104- 068	SE DEBERA SEÑALIZAR LOS CONDUCTOS Y TUBERIAS PELIGROSOS QUE CUENTA EL EESS.	COE, AREA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO
GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	GSD1-6	EL ESTABLECIMIENTO HA IDENTIFICADO SUS RIESGOS DE VULNERABILIDAD ESTRUCTURAL, NO ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL EN TODAS SUS ÁREAS.	1	INFORME N° 000182-2024-GR.AMAZONAS/OSG.	VERIFICACION/ REVISION DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACION AL CRITERIO EVALUADO. (EN PROCESO)	NUEVO COOR. DE P.P 104- 068	EL EESS. DEBERA AGILIZAR LA DOCUMENTACION NECESARIA PARA LA IDENTIFICACION DE RIESGOS TENIENDO COMO TRABAJO AL ING. CIVIL. CERTIFICADO.	COE, AREA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO

GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	GSD2-1	EL COMITÉ HOSPITALARIO DE DEFENSA CIVIL ESTÁ IMPLEMENTADO Y DESARROLLA SU PLAN ANUAL DE ACTIVIDADES.	1	PLAN ANUAL DE ACTIVIDADES	VERIFICACION/ REVISION DE DOCUMENTOS	EL PLAN ESTA IMPLEMENTADO, PERO AUN NO SE EJECUTA	NUEVO COOR. DE P.P 104- 068	EL EESS DEBERA DESARROLLAR SU PLAN ANUAL DE ACTIVIDADES Y FORMARA SU COMITÉ DE BRIGADAS.	COORDINACION DE EMERGENCIA - COE
GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	GSD2-2	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CUENTA CON BRIGADAS EQUIPADAS DE LUCHA CONTRA INCENDIOS, PARA EVACUACIÓN Y EVALUACIÓN DE DAÑOS.	1	PLAN ANUAL DE ACTIVIDADES	VERIFICACION/ REVISION DE DOCUMENTOS	EL EESS CUENTA RESOLUCION N°235 - 2024 LA CONFORMACION DEL COMITÉ PARA LA GESTION DE RIESGOS Y DESASTRES.	NUEVO COOR. DE P.P 104- 068	EL EESS DEBERA BRINDAR EQUIPAMIENTO PARA EVACUACION Y EVALUACION DE DAÑOS JUNTO EL COMITÉ FORMADO.	COORDINACION DE EMERGENCIA - COE
GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	GSD2-3	EL ESTABLECIMIENTO CUENTA CON UN PLAN ACTUALIZADO DE EMERGENCIAS Y DESASTRES QUE INCLUYE UN PROGRAMA DE RESPUESTA (EMERGENCIA Y CONTINGENCIA) DIFUNDIDO ENTRE EL PERSONAL.	1	PLAN ANUAL DE ACTIVIDADES	VERIFICACION/ REVISION DE DOCUMENTOS	EL EESS SI CUENTA PERO NO ESTA ACTUALIZADO NI DIFUNFIDIDO.	NUEVO COOR. DE P.P 104- 068	EL EESS DEBE ACTUALIZAR EL PLAN ESTABLECIDO DE EMREGENCIAS Y DESASTRES Y DIFUNDIRLO CON EL PERSONAL.	COORDINACION DE EMERGENCIA - COE
GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	GSD2-4	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CUMPLE CON IMPLEMENTAR LAS ACCIONES QUE LE CORRESPONDEN DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LOS PLANES DE CONTINGENCIA Y RESPUESTA REGIONAL O LOCAL ANTE SITUACIONES DE EMERGENCIAS Y DESASTRES.	0	NO DISPONE	VERIFICACION/ REVISION DE DOCUMENTOS	EL PLAN SE ENCUENTRA EN PROCESO	NINGUNA	EL EESS DEBE IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE ACUERDO A LOS PLANES DE CONTINGENCIA ANTES LA SITUACIONES DE EMERGENCIA Y DESASTRES.	COORDINACION DE EMERGENCIA - COE

GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	GSD2-5	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARTICIPA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PLANES DE RESPUESTA REGIONALES O LOCALES ANTE SITUACIONES DE EMERGENCIAS Y DESASTRES.	1	ACTA DE PARTICIPACION	VERIFICACION/ REVISION DE DOCUMENTOS	EL EESS PARTICIPA, PERO NO DE MANERA SOSTENIDA.	NINGUNA	EL EESS DEBE PARTICIPAR EN LAS ACCIONES EN LAS ACCIONES DE ACUERDO A LOS PLANES DE CONTINGENCIA ANTES SITUACIONES DE EMERGENCIA Y DESASTRES.	COORDINACION DE EMERGENCIA - COE
GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	GSD2-6	SE REvisa Y ACTUALIZA EL PLAN DE RESPUESTA ANTE LAS EMERGENCIAS EN FORMA PERIÓDICA CON LAS AUTORIDADES DE DEFENSA CIVIL.	1	PLAN DE RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS	VERIFICACION/ REVISION DE DOCUMENTOS	EL PLAN ES REVISADO PERO NO SE FORMA PERIODICA.	NUEVO COOR. DE P.P 104- 068	SE DEBE REVISAR Y ACTUALIZAR EL PLAN DE RESPUESTA ANTE LAS EMERGENCIAS CON DEFENSA CIVIL.	COORDINACION DE EMERGENCIA - COE
GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	GSD2-8	SE CUENTA CON GUÍAS DE MANEJO DE EMERGENCIAS MASIVAS Y DESASTRES QUE SON DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL.	0	NO DISPONE	VERIFICACION/ REVISION DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACION RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO	NUEVO COOR. DE P.P 104- 068	EL EESS DEBE REALIZAR GUIAS DE MANEJO DE EMERGENCIAS MASIVAS Y DESASTRES Y SOCIALIZARLO CON EL PERSONAL.	COORDINACION DE EMERGENCIA - COE
GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	GSD3-1	SE ADOPTAN LAS ACCIONES PERTINENTES Y SE COMUNICA A TODO EL PERSONAL LA DECLARACIÓN DE ALERTAS POR SITUACIONES DE EMERGENCIAS Y DESASTRES.	0	NO DISPONE	VERIFICACION/ REVISION DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACION RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO	NINGUNA	EL EESS SE DEBE ACTUALIZAR EL PLAN Y COMUNICARLOS A TODO EL PERSONAL PARA SITUACIONES DE EMERGENCIAS Y DESASTRES.	COORDINACION DE EMERGENCIA - COE

GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	GSD3-3	SE CUENTA CON SISTEMA DE COMUNICACIÓN ALTERNO EN CASO FALLE EL SISTEMA TELEFÓNICO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.	0	NO DISPONE	VERIFICACION/ REVISION DE DOCUMENTOS	NO CUENTA CON SISTEMA DE COMUNICACIÓN EN CASO FALLE EL SISTEMA TELEFONICO.	NINGUNA	IMPLEMENTAR UN SISTEMA DE COMUNICACIÓN ALTERNO EN CASO FALLE EL SISTEMA TELEFÓNICO.	COORDINACION DE EMERGENCIA - COE, UNIDAD DE ADMINISTRACION , AREA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO
GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	GSD3-6	SE DISPONE DE UN STOCK DE RESERVA DE MEDICAMENTOS, MATERIALES E INSUMOS MÉDICOS PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES DE ACUERDO A LA POBLACIÓN ASIGNADA O A DEMANDA.	1	OBSERVACION	OBSERVACION	SI CUENTA, PERO SE CUMPLE PARCIALMENTE EN STOCK DE INSUMOS PARA ATENCION DE EMERGENCIA Y DESASTRES.	NO SE CUENTA CO TODO EL STOCK DE MEDICAMENTOS DEBIDO A QUE EL AMBIENTE NO REUNE LOS CRITERIOS PARA SU ALMACENAMIENTO.	CONTAR CON EL STOCK DE RESERVA DE MEDICAMNETOS TENIENDO EN CUENTA EL LUGAR ACONDICIONADO PARA SU ALMACENAMIENTO.	COORDINACIÓN DE EMERGENCIA, FARMACIA. UPSS

MACROPROCESO	COD_CRITERIO	CRITERIO	RESPUESTA	FUENTE AUDITABLE	TÉCNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE
MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA1-1	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD HA DEFINIDO RESPONSABLES POR SERVICIOS/ÁREAS PARA EL MANEJO DE LOS RIESGOS DE LA ATENCIÓN, REALIZA ACCIONES Y LAS DOCUMENTA.	1	MEMORANDUM DE ASIGNACIÓN DE FUNCIONES	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	SE TIENE DEFINIDO, PERO NO DOCUMENTA ACCIONES.	SE HAN DEFINIDO RESPONSABLES PARA EL MANEJO DE LOS RIESGOS DE LA ATENCIÓN EN CADA SERVICIO O ÁREA, NO REALIZAN ACCIONES Y TAMPOCO SE DOCUMENTAN.	QUE LOS RESPONSABLES POR SERVICIOS/ÁREAS REALICEN ACCIONES Y DOCUMENTEN.	JEFATURAS DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES
MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA1-11	SE IMPLEMENTA UNA METODOLOGÍA PARA EVALUAR EL CONOCIMIENTO DEL USUARIO INTERNO SOBRE EL MANEJO DE LOS RIESGOS DE LA ATENCIÓN EN LA ORGANIZACIÓN.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO SE EVALUA EL CONOCIMIENTO DEL USUARIOS INTERNO SOBRE EL MANEJO DE LOS RIESGOS DE LA ATENCIÓN EN LA ORGANIZACIÓN.	IMPLEMENTAR UNA METODOLOGÍA PARA EVALUAR EL CONOCIMIENTO EN EL PERSONAL DE SALUD.	UNIDAD DE SALUD PÚBLICA INTELIGENCIA SANITARIA

MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA1-3	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD REALIZA REUNIONES DE ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE RIESGOS DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN Y PROPONE MECANISMOS PARA DISMINUIR SU OCURRENCIA.	1	ENTREVISTA	ENTREVISTA	NO EXISTE REGISTRO DOCUMENTARIO ALGUNO SOBRE LAS REUNIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD.	SE EJECUTAN REUNIONES A FIN DE ANALIZAR ALGUNOS RIESGOS DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN; SIN EMBARGO, NO SE DOCUMENTAN Y TAMPOCO LOS MECANISMOS PARA SU DISMINUCIÓN.	ELABORAR ACTAS DONDE QUEDE EL REGISTRO DEL MOTIVO DE ESTA, LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA Y SUS ACCIONES O PROPUESTAS DE MEJORA.	UNIDAD DE SALUD PÚBLICA E INTELIGENCIA SANITARIA, JEFATURA DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES, JEFATURA DE ENFERMERÍA
MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA1-4	SE CUENTA CON UN SISTEMA OPERATIVO DE VIGILANCIA Y RESPUESTA FRENTE A LOS EVENTOS ADVERSOS DE ACUERDO CON NORMAS INSTITUCIONALES.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO SE DISPONE DE UN SISTEMA OPERATIVO DE VIGILANCIA Y RESPUESTA FRENTE A LOS EVENTOS ADVERSOS.	SE DEBE IMPLEMENTAR UN SISTEMA OPERATIVO DE VIGILANCIA Y RESPUESTA FRENTE A LOS EVENTOS ADVERSOS DE ACUERDO CON NORMAS INSTITUCIONALES.	UNIDAD DE SALUD PÚBLICA E INTELIGENCIA SANITARIA, JEFATURA DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES, JEFATURA DE ENFERMERÍA
MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA1-6	SE REALIZA PERIÓDICAMENTE EL ANÁLISIS DE CÚAN EFECTIVA ES LA ATENCIÓN MATERNA MEDIANTE INDICADORES PROPUESTOS PARA LA ORGANIZACIÓN SEGÚN NORMAS.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO HAY REUNIONES PERIÓDICAS A FIN DE ANALIZAR LA EFECTIVIDAD DE LA ATENCIÓN MATERNA MEDIANTE INDICADORES PROPUESTOS SEGÚN NORMATIVIDAD.	REALIZAR PERIÓDICAMENTE EL ANÁLISIS DE CÚAN EFECTIVA ES LA ATENCIÓN MATERNA MEDIANTE INDICADORES PROPUESTOS, SEGÚN NORMAS.	UNIDAD DE SALUD PÚBLICA E INTELIGENCIA SANITARIA, JEFATURA DE GINECOLOGÍA, COORDINACIÓN DE OBSTETRICIA.
MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA1-7	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD HA LOGRADO UNA REDUCCIÓN SOSTENIDA DE LOS CASOS DE MUERTES MATERNAS EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS (PARA CASOS DE REFERENCIA, SE CONSIDERARÁ LOS CASOS DE MUERTE MATERNA EN UN PERIODO DE ATENCIÓN MAYOR A 48 HORAS).	1	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	HAY UNA REDUCCIÓN DE LOS CASOS DE MUERTE MATERNA EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS.	IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS SANITARIAS PARA LOGRAR REDUCIR SOSTENIDAMENTE LOS CASOS DE MUERTE MATERNA.	UNIDAD DE SALUD PÚBLICA E INTELIGENCIA SANITARIA, JEFATURA DE GINECOLOGÍA, COORDINACIÓN DE OBSTETRICIA.

MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA1-8	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD TIENE DEFINIDO EL PROCESO DE OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPEÚTICOS, LOS CUALES SE REALIZAN PREVIA INFORMACIÓN AL PACIENTE ACERCA DE RIESGOS Y BENEFICIOS DE...	1	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPEÚTICOS TIENEN	IDENTIFICAR LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPEÚTICOS QUE NO DISPONEN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ELABORARLOS.	UNIDAD DE SALUD PÚBLICA E INTELIGENCIA SANITARIA, JEFATURA DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES, DE ENFERMERÍA
MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA1-9	EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ES DIFERENCIADO PARA NIÑOS, ANCIANOS Y ADULTOS, ASÍ COMO PERSONAS CON INCAPACIDAD TEMPORAL O PERMANENTE PARA DAR POR SÍ MISMA SU CONSENTIMIENTO O CUANDO SE TRATE DE PACIENTES COMATOSOS, CON RETARDO MENTAL, CON ESTADO...	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO SE EVALUA EL CONOCIMIENTO DEL USUARIO INTERNO SOBRE EL MANEJO DE LOS RIESGOS DE LA ATENCIÓN EN LA ORGANIZACIÓN.	IMPLEMENTAR UNA METODOLOGÍA PARA EVALUAR EL CONOCIMIENTO EN EL PERSONAL DE SALUD.	UNIDAD DE SALUD PÚBLICA E INTELIGENCIA SANITARIA, JEFATURA DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES, DE ENFERMERÍA
MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA2-5	SE HAN ESTABLECIDO Y APLICAN MEDIDAS DIRIGIDAS A PREVENIR ERRORES O CONFUSIONES EN PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, TERAPEÚTICOS Y QUIRÚRGICOS DEBIDAS A MALA IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA O ZONA ANATÓMICA.	1	LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	APLICA LA LVSC POR CADA PACIENTE INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE.	NO SE HA IMPLEMENTADO EL USO DE BRAZALETES DE IDENTIFICACIÓN EN LOS SERVICIOS, SOLO EN CENTRO QUIRÚRGICO Y NEONATOLOGÍA.	IMPLEMENTAR EL USO DE BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN	JEFATURAS ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA
MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA2-6	SE EVALÚA EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO EL RIESGO DE DESARROLLAR ÚLCERAS DE PRESIÓN Y SE LLEVAN A CABO MEDIDAS PREVENTIVAS.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO SE EVALÚA EL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y NO SE IMPLEMENTAN MEDIDAS PREVENTIVAS.	IMPLEMENTAR LA EVALUACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y MEDIDAS PREVENTIVAS.	JEFATURAS ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA Y COORDINACIONES.

MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA2-7	SE EVALÚA EN CADA PACIENTE HOSPITALIZADO, AL INGRESO Y DURANTE LA ATENCIÓN, EL RIESGO DE DESARROLLAR TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP) Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR Y SE UTILIZAN LAS MEDIDAS APROPIADAS PARA EVITARLOS.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	EL PERSONAL DE SALUD NO EVALÚA EL RIESGO DE DESARROLLAR TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP) Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR.	IMPLEMENTAR LA EVALUACIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLAR TVP Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AL INGRESO Y DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN, ASÍ MISMO UTILIZAR MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITARLAS.	JEFATURAS ASISTENCIALES DE JEFATURA DE ENFERMERÍA Y COORDINACIONES.
MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA2-8	EN EL MOMENTO DE LA ADMISIÓN, Y POSTERIORMENTE SEGÚN INDICACIÓN, SE EVALÚA EN EL PACIENTE SUSCEPTIBLE EL RIESGO DE ASPIRACIÓN Y SE APLICAN MEDIDAS PREVENTIVAS.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO SE EVALUA EL RIESGO DE ASPIRACIÓN Y SE APLICAN MEDIDAS PREVENTIVAS.	IMPLEMENTAR LAS EVALUACIONES DE RIESGO OBSERVADAS.	JEFATURAS ASISTENCIALES DE JEFATURA DE ENFERMERÍA Y COORDINACIONES.
MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA2-9	SE EVALÚA EN CADA PACIENTE SUSCEPTIBLE, AL INGRESO Y DURANTE LA ATENCIÓN, EL RIESGO DE DESARROLLAR DESNUTRICIÓN Y SE UTILIZAN MEDIDAS CLÍNICAS PARA EVITARLA.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO SE EVALUA EL RIESGO DE DESARROLLAR DESNUTRICIÓN Y SE UTILIZAN MEDIDAS CLÍNICAS PARA EVITARLAS.	IMPLEMENTAR LAS EVALUACIONES DE RIESGO OBSERVADAS.	JEFATURAS ASISTENCIALES DE JEFATURA DE ENFERMERÍA Y COORDINACIONES.
MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA3-1	SE EMPLEAN INSTITUCIONALMENTE MÉTODOS PARA PREVENIR INFECCIONES ASOCIADAS AL USO DE CATÉTERES.	1	ROTULADO DE CATÉTERES	OBSERVACIÓN	SE OBSERVA	SOLO SE VIGILA EN UCI Y NEONATOLOGÍA.	REALIZAR MÉTODOS PARA PREVENIR INFECCIONES ASOCIADAS AL USO DE CATÉTERES.	JEFATURA DE ENFERMERÍA Y COORDINACIONES.

MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA3-2	DURANTE EL PREOPERATORIO, SE EVALÚA EL RIESGO DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO EN FUNCIÓN DE LA INTERVENCIÓN PREVISTA Y SE APLICA LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A LAS GUÍAS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS (GPC) ESTABLECIDAS.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO TENEMOS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LOS SERVICIOS.	REALIZAR LAS GUÍAS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS.	JEFATURAS ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA Y COORDINACIONES.
MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA4-3	SE EVALÚA SEGÚN NORMATIVIDAD EL REGISTRO DE INFECCIONES, LA IDENTIFICACIÓN DE LAS CEPAS PREVALENTES Y LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS NORMAS DE ANTIBIOTICOTERAPIA.	1	ACTA DE REUNIONES DE LA CEPA	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	SE EVALUA, PERO NO PERIODICAMENTE	SE EVALÚA, PERO NO PERIODICAMENTE	MEJORAR EL REGISTRO DE INFECCIONES, LA IDENTIFICACIÓN DE LAS CEPAS PREVALENTES Y LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS NORMAS DE ANTIBIOTICOTERAPIA.	AREA DE EPIDEMIOLOGÍA, JEFATURAS ASISTENCIALES, DE ENFERMERÍA Y COORDINACIONES.
MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA4-4	EL PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ESTÁ INCORPORADO EN EL PLAN ESTRATÉGICO DE LA INSTITUCION Y LOS OBJETIVOS SON CLAROS Y MEDIBLES.	2	PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	LA PREVENCIÓN DE LAS IAAS FORMA PARTE DE UNA LÍNEA DE ACCIÓN DEL PLAN DE LA CALIDAD	NINGUNA	NINGUNA	AREA DE EPIDEMIOLOGÍA, JEFATURAS ASISTENCIALES, DE ENFERMERÍA Y COORDINACIONES, AREA PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO Y COORDINACION DE LA CALIDAD.
MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA5-1	EL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CUENTA Y APLICA LAS GUÍAS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR SERVICIOS Y ESTÁN ACTUALIZADAS.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA NO CUENTA CON LAS GUÍAS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR SERVICIO Y ACTUALIZADAS.	SOCIALIZAR Y DISPONER LAS GUÍAS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR SERVICIO.	JEFATURA DE ENFERMERÍA Y COORDINACIONES.

MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA5-5	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA REALIZA ACCIONES DE MEJORA PARA AQUELLAS CONDICIONES CAUSANTES DE EVENTOS ADVERSOS QUE DEPENDEN DE SU PERSONAL.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	EL PERSONAL DE ENFERMERÍA NO REALIZA ACCIONES DE MEJORA PARA AQUELLAS CONDICIONES DE EVENTOS ADVERSOS QUE DEPENDEN DE SU PERSONAL.	IDENTIFICAR LOS EVENTOS ADVERSOS E IMPLEMENTAR ACCIONES DE MEJORA.	JEFATURA DE ENFERMERÍA Y COORDINACIONES.
MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA6-1	EL PERSONAL USA INDUMENTARIA DE PROTECCIÓN QUE CUMPLE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD PARA SUS LABORES ACORDE A LOS RIESGOS EXISTENTES EN SU ÁREA DE TRABAJO SEGÚN NORMAS.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	EL PERSONAL USA INDUMENTARIA DE PROTECCIÓN QUE CUMPLE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD MENOS DEL 60 % DEL PERSONAL.	SE DEBE IMPLEMENTAR UN MANUAL DE BIOSEGURIDAD INSTITUCIONAL	AREA DE EPIDEMIOLOGÍA
MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA6-3	LA PROVISIÓN DE ROPA PARA EL PERSONAL, ASÍ COMO SU DESCONTAMINACIÓN Y LAVADO, SE REALIZA SEGÚN PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	EL SERVICIO NO DISPONE PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS PARA LA PROVISIÓN DE ROPA, DESCONTAMINACIÓN Y LAVADO.	SE DEBE ELABORAR LOS DOCUMENTOS RESPECTIVOS A FIN DE DOCUMENTAR LOS PROCESOS ANTES MENCIONADOS.	AREA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO
MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA6-4	LA PROVISIÓN DE MATERIALES E INSUMOS DE BIOSEGURIDAD SE REALIZA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD.	1	CUADERNO DE CARGO	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	EL SERVICIO DE FARMACIA REALIZA LA PROVISIÓN DE MATERIAL E INSUMOS DE BIOSEGURIDAD.	NINGUNA	SE DEBE REALIZAR LA PROVISIÓN DE MATERIALES E INSUMOS DE BIOSEGURIDAD.	UPSS FARMACIA , JEFATURAS ASISTENCIALES, JEFATURA DE ENFERMERÍA

MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA6-6	EN EL ESTABLECIMIENTO EXISTEN INSTRUCCIONES SOBRE RIESGO DE TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS Y LAS PRECAUCIONES POR ADOPTARSE, LAS CUALES ESTÁN DISPONIBLES EN LOS RESPECTIVOS SERVICIOS.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	EN LOS SERVICIOS NO SE EVIDENCIA INSTRUCCIONES SOBRE EL RIESGO DE TRANSMISIÓN DE INFECTOCONTAGIOSAS Y LAS PRECAUCIONES POR ADOPTARSE.	SE DEBE ELABORAR LOS DOCUMENTOS RESPECTIVOS A FIN DE DOCUMENTAR LOS PROCESOS ANTES MENCIONADOS.	JEFATURAS ASISTENCIALES, DE JEFATURA DE ENFERMERÍA, MEDICINA OCUPACIONAL
MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA6-8	LOS TRABAJADORES DE LAS ÁREAS DE RIESGO CUMPLEN CON PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR LA DESCONTAMINACIÓN AL FINALIZAR SU JORNADA LABORAL.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO SE CUMPLE CON TODOS LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR LA DESCONTAMINACIÓN AL FINALIZAR SU JORNADA LABORAL.	DOCUMENTAR Y EJECUTAR LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR LA DESCONTAMINACIÓN AL FINALIZAR SU JORNADA LABORAL.	JEFATURAS ASISTENCIALES, DE JEFATURA DE ENFERMERÍA, MEDICINA OCUPACIONAL, AREA DE EPIDEMIOLOGIA
MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA6-9	EL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTOS APLICA LOS MANUALES DE PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE RIESGOS, RELATIVOS AL TIPO DE TRABAJO QUE REALIZAN.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO EXISTEN MANUALES DE PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE RIESGOS, RELATIVOS AL TIPO DE TRABAJO QUE REALIZAN.	SE DEBE ELABORAR LOS DOCUMENTOS RESPECTIVOS A FIN DE DOCUMENTAR LOS PROCESOS ANTES MENCIONADOS.	AREA DE EPIDEMIOLOGIA, MEDICINA OCUPACIONAL
MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA7-1	SE CUENTA CON EL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ELIMINACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS Y ÉSTOS SON CONOCIDOS POR EL PERSONAL.	1	R.D. N° 482 -2023 PROTOCOLO DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	CUENTA CON MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	EL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS NO ES CONOCIDO POR EL PERSONAL	SE DEBE SOCIALIZAR EL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ELIMINACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS	AREA DE EPIDEMIOLOGIA

MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA7-4	EL ESTABLECIMIENTO GARANTIZA LA DISPONIBILIDAD DE AGUA SEGURA EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO SE DISPONE DE AGUA SEGURA.	REALIZAR LAS GESTIONES PERTINENTES CON LA EMPRESA DE AGUA POTABLE Y OTRAS INSTANCIAS A FIN DE MEJORAR LAS CONDICIONES, CARACTERÍSTICAS Y OTRAS QUE GARANTICEN LA ENTREGA DE AGUA SEGURA.	AREA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO, UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN .
MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA8-1	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD COORDINA ACCIONES CON EL GOBIERNO LOCAL PARA REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS DE SANEAMIENTO BÁSICO Y EL DERECHO A SUMINISTRO DE AGUA SEGURA A LOS USUARIOS INTERNOS Y EXTERNO, GARANTIZANDO EL ACCESO A ESTE SERVICIO.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO SE EVIDENCIA COORDINACIÓN ENTRE EL EE.SS Y EL GOBIERNO LOCAL PARA REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS DE SANEAMIENTO BÁSICO Y EL DERECHO A SUMINISTRO DE AGUA SEGURA A LOS USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS.	REALIZAR LAS GESTIONES PERTINENTES CON LA EMPRESA DE AGUA POTABLE Y OTRAS INSTANCIAS A FIN DE MEJORAR LAS CONDICIONES, CARACTERÍSTICAS Y OTRAS QUE GARANTICEN LA ENTREGA DE AGUA SEGURA.	AREA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO, UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN .
MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA8-2	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN COORDINACIÓN CON EL GOBIERNO LOCAL PARTICIPA EN LOS PROCESOS DE EDIFICACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS POZOS ELEVADOS.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO SE EVIDENCIA COORDINACIÓN ENTRE EL EE. SS Y EL GOBIERNO LOCAL PARTICIPA EN LOS PROCESOS DE EDIFICACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS POZOS ELEVADOS.	REALIZAR LA COORDINACIÓN CON EL GOBIERNO LOCAL A FIN DE EJECUTOR LOS PROCESOS DE EDIFICACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS POZOS ELEVADOS.	AREA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO, UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN .
MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	MRA8-3	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD COORDINA CON EL GOBIERNO LOCAL PARA INFORMAR Y CAPACITAR A LA POBLACIÓN SOBRE LAS MEDIDAS DE SANEAMIENTO BÁSICO Y AGUA SEGURA.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	NO SE EVIDENCIA COORDINACIÓN ALGUNA CON EL GOBIERNO LOCAL PARA INFORMAR Y CAPACITAR A LA POBLACIÓN SOBRE LAS MEDIDAS DE SANEAMIENTO BÁSICO Y AGUA SEGURA.	REALIZAR LA COORDINACIÓN CON EL GOBIERNO LOCAL PARA INFORMAR Y CAPACITAR A LA POBLACIÓN SOBRE LAS MEDIDAS DE SANEAMIENTO BÁSICO Y AGUA SEGURA.	AREA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO, UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN .

MACROPROCESO	COD_CRITERIO	CRITERIO	RESPUESTA	FUENTE AUDITABLE	TÉCNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE
MANEJO DEL RIESGO SOCIAL	MRS1-1	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CUENTA CON UN ÚNICO SISTEMA DE EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LOS USUARIOS QUE SE IMPLEMENTA EN TODOS LOS PUNTOS DE ENTRADA DE LOS USUARIOS LAS 24 HORAS DEL DÍA.	1	FICHA DE EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA	ENTREVISTA / VERIFICACIÓN	TRABAJADORA SOCIAL REALIZA LA ACTIVIDAD PERO EN SUS TURNOS.	SE REQUIERE PERSONAL PARA CUBRIR EL SERVICIO 24 HORAS Y, POR ENDE, CUMPLIR CON EL ÍTEM. A LA FECHA, LA ASISTENTA SOCIAL NO HA PRESENTADO EL REQUERIMIENTO FORMAL DE NUEVOS PUESTOS, A PESAR DE LA NECESIDAD OPERATIVA. SOLICITAMOS SE INSTRUYA A LA ASISTENTA SOCIAL A ELABORAR Y PRESENTAR DICHO REQUERIMIENTO CON CARÁCTER DE URGENTE, DETALLANDO LOS PERFILES NECESARIOS PARA RESTABLECER LA CONTINUIDAD DEL SERVICIO	SOLICITAMOS SE INSTRUYA A LA ASISTENTA SOCIAL A ELABORAR Y PRESENTAR DICHO REQUERIMIENTO CON CARÁCTER DE URGENTE, DETALLANDO EL PERFIL NECESARIOS PARA RESTABLECER LA CONTINUIDAD DEL SERVICIO.	AREA DE BIENESTAR SOCIAL
MANEJO DEL RIESGO SOCIAL	MRS1-2	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD PROGRAMA Y REALIZA MENSUALMENTE CONTROLES DE CALIDAD DE LAS FICHAS DE EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	SE HA IDENTIFICADO QUE EL CONTROL DE CALIDAD DE LAS FICHAS DE EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA NO ESTÁ FORMALMENTE PROGRAMADO NI SE EJECUTA CON PERIODICIDAD MENSUAL	ES IMPERATIVO ESTABLECER E IMPLEMENTAR DE INMEDIATO UN PROGRAMA OBLIGATORIO DE CONTROL DE CALIDAD MENSUAL PARA TODAS LAS FICHAS DE EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA. DICHO PROGRAMA DEBE SER DOCUMENTADO, INCLUYENDO LA PLANIFICACIÓN DE TAREAS Y RESPONSABLES, Y ASEGURAR LA VALIDACIÓN COMPLETA Y OPORTUNA DE LOS DATOS. EL OBJETIVO ES ELIMINAR LA ACUMULACIÓN DE ERRORES Y GARANTIZAR LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN CADA MES	AREA DE BIENESTAR SOCIAL

MANEJO DEL RIESGO SOCIAL	MRS1-3	EL SERVICIO SOCIAL CUENTA CON SERVICIO DE INTERNET PARA REALIZAR CRUCES DE INFORMACIÓN DE LOS USUARIOS CON ESSALUD Y RENIEC.	0	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	LA ASISTENTA SOCIAL PRESENTA UNA LIMITACIÓN DE RECURSOS TECNOLÓGICOS PARA EL DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES. A LA FECHA, SU SERVICIO NO CUENTA CON UN EQUIPO DE CÓMPUTO (COMPUTADORA) NI ACCESO A INTERNET. LO MÁS RELEVANTE ES QUE, A PESAR DE ESTAS DEFICIENCIAS OPERATIVAS QUE COMPROMETEN LA EFICIENCIA Y LA DIGITALIZACIÓN DE PROCESOS, NO SE HA FORMALIZADO NINGÚN REQUERIMIENTO DE COMPRA (NI DE EQUIPO NI DEL PUNTO DE INTERNET) ANTE LA DIRECCIÓN. ESTA OMISIÓN PARALIZA LA ADQUISICIÓN DE HERRAMIENTAS ESENCIALES, IMPIDIENDO LA EJECUCIÓN DE TAREAS QUE DEPENDEN DE LA CONECTIVIDAD Y EL PROCESAMIENTO DIGITAL	LA ASISTENTA SOCIAL DEBE PROCEDER DE INMEDIATO A SOLICITAR FORMALMENTE LA ADQUISICIÓN DE UN EQUIPO DE CÓMPUTO Y LA INSTALACIÓN DE INTERNET. ESTAS HERRAMIENTAS SON INDISPENSABLES PARA EJECUTAR EL CRUCE DE INFORMACIÓN DE LOS USUARIOS CON LOS SISTEMAS DE ESSALUD Y RENIEC. EL OBJETIVO DE ESTA ACCIÓN ES GARANTIZAR LA CALIDAD Y VERACIDAD DE LAS FICHAS DE EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA	AREA DE BIENESTAR SOCIAL
MANEJO DEL RIESGO SOCIAL	MRS2-1	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CUENTA CON MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN POBRE Y EN EXTREMA POBREZA Y ÉSTOS SE APLICAN.	1	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	FICHA DE EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA REALIZADAS.	AUNQUE EL HOSPITAL DE APOYO BAGUA 'GUSTAVO LANATTA LUJAN' CUENTA CON UN MECANISMO DE FINANCIAMIENTO ESTABLECIDO (EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD - SIS) PARA LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN POBRE Y POBRE EXTREMA, SE EVIDENCIA QUE DICHO MECANISMO NO SE EJECUTA DE MANERA EFICIENTE O COMPLETA	IMPLEMENTACIÓN DE COMITÉS DE APOYO SOCIAL EN LA QUE SE REALICEN ACTIVIDADES PARA GENERAR INGRESOS O GESTIONAR DONACIONES.	AREA DE BIENESTAR SOCIAL

MACROPROCESO	COD_CRITERIO	CRITERIO	RESPUESTA	FUENTE AUDITABLE	TÉCNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE
NUTRICIÓN DIETÉTICA	Y NYD2-3	EL PROFESIONAL DE NUTRICION EFECTÚA LA VISITA DIARIA A LOS PACIENTES CON DIETAS ESPECIALES.	1	NO DISPONE	VERIFICACIÓN/REVISIÓN DE DOCUMENTOS	NO PRESENTA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA AL CRITERIO EVALUADO.	REALIZA LA ACTIVIDAD PERO NO REGISTRA LA ACTIVIDAD EN LA HISTORIA CLÍNICA.	SE DEBE REGISTRAR LA VISITA DIARIA A LOS PACIENTES CON DIETAS ESPECIALES.	SERVICIO DE NUTRICIÓN

MACROPROCESO	COD_CRITERIO	CRITERIO	RESPUESTA	FUENTE AUDITABLE	TÉCNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	RCR4-1	EL ESTABLECIMIENTO TIENE UN SISTEMA ORGANIZADO DE VIGILANCIA COMUNITARIA EN SALUD Y ES CONOCIDO POR LOS RESPONSABLES.	0	NO SE CUENTA CON AGENTE COMUNITARIOS/ NIVEL DE	NINGUNA	NINGUNA	SI	POR EL NIVEL DE ATENCIÓN NO CONTAMOS CON AGENTE COMUNITARIO.	OFICINA DE SEGUROS
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	RCR4-2	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CUENTA CON AGENTES COMUNITARIOS QUE APLICAN LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA REFERENCIA COMUNAL.	0	NO SE CUENTA CON AGENTE COMUNITARIOS	NINGUNA	NINGUNA	SI	POR EL NIVEL DE ATENCIÓN NO CONTAMOS CON AGENTE COMUNITARIO.	OFICINA DE SEGUROS

### VIII. PUNTAJE ALCANZADO

Según la Norma Técnica de Salud N° 050 -MINS/DGSP-V02, para la acreditación de establecimiento de salud y servicios médicos de apoyo, se considera establecimiento de salud aprobado con un puntaje mayor o igual al 85% de cumplimiento total de los criterios establecidos en el Listado de Estándares de Acreditación para poder solicitar la evaluación externa.

A continuación, presentamos los resultados del proceso de evaluación interna del Hospital de Apoyo II-1 Gustavo Lanatta Luján – Bagua llevado a cabo del 19 al 20 de agosto de 2025, obteniéndose los siguientes resultados:

#### PUNTAJE ALCANZADO: APLICATIVO DE AUTOEVALUACIÓN

<b>RESULTADO FINAL</b>
<b>NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)</b>

<b>Calificaciones:</b>
NO aprobado. Reiniciar desde Autoeval. (< 50%)
NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)
NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)
Aprobado (85% o más)

Si comparamos con el año anterior 2024 con un puntaje de (56%), se observa un incremento en el porcentaje de criterios cumplidos. Esto se explica que debido a que las diferentes áreas y servicios han contribuido en mejorar esta calificación, el rango de calificación se muestra a continuación, conjuntamente con la table de calificaciones.

Se muestra el resultado semaforizado por cada uno de los macroprocesos y categorías, según el aplicativo de acreditación para institutos proporcionado por el ministerio de salud.

**Tabla N°05: REPORTE DE RESULTADOS DEL APLICATIVO DE LA ACREDITACIÓN 2025 DEL HOSPITAL DE APOYO II-1 GUSTAVO LANATTA LUJÁN, BAGUA**

00005044-HOSPITAL DE  
APOYO GUSTAVO LANATTA  
LUJAN

**Establecimiento :**  
**Tipo de Establecimiento :**  
**Fase:**  
**Año:**  
**Periodo :**

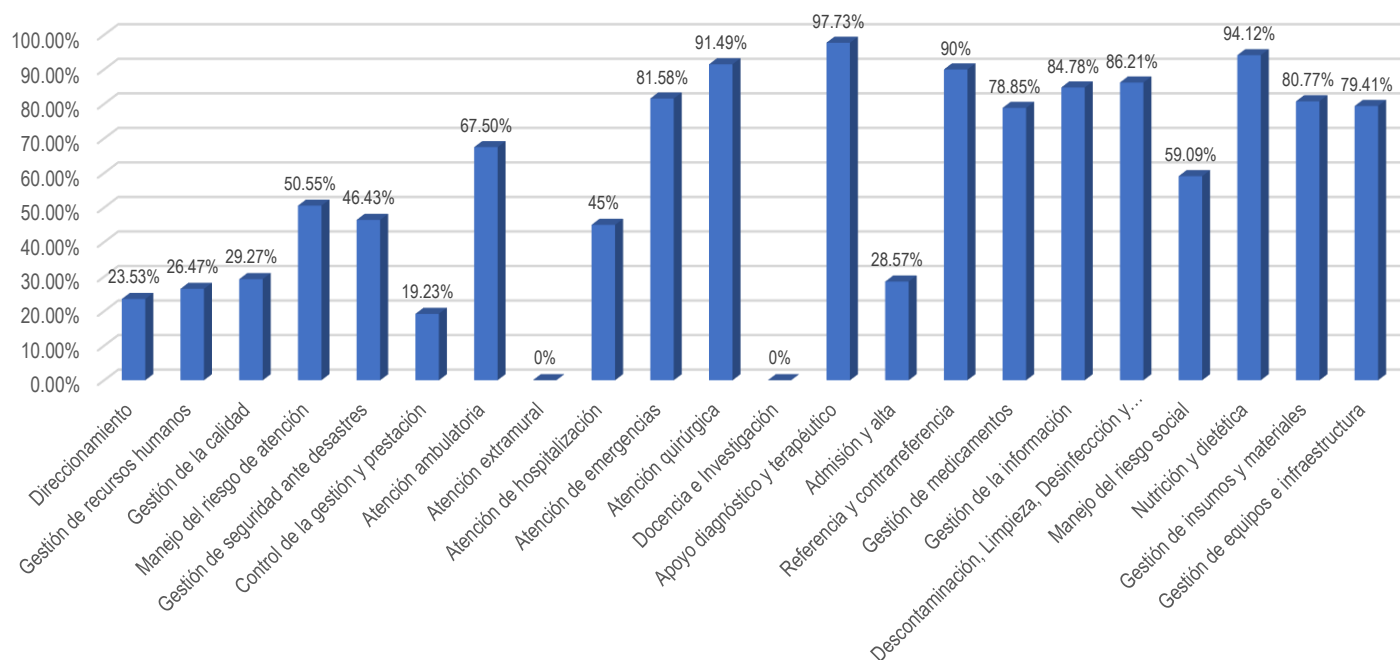
II-1  
AutoEvaluación  
2025  
3

MACROPROCESO	CATEGORIAS
--------------	------------

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	6	4	1	11	52.48	12.35	23.53	202.05	63.20	31.28
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	39.36	10.42	26.47			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	45.92	13.44	29.27			
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	45.92	23.21	50.55			
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	13.12	6.09	46.43			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	32.80	6.31	19.23			
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	45.92	31.00	67.50	230.91	164.85	71.39
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de hospitalización	24	5	12	7	24	45.92	20.66	45.00			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	45.92	37.46	81.58			
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	45.92	42.01	91.49			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	11	1	9	1	11	16.40	16.03	97.73	144.32	112.50	77.95
Admisión y alta	16	3	7	6	16	16.40	4.69	28.57			
Referencia y contrarreferencia	13	9	1	3	13	16.40	14.76	90.00			
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	16.40	12.93	78.85			
Gestión de la información	14	6	7	1	14	16.40	13.90	84.78			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	16.40	14.14	86.21			
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	16.40	9.69	59.09			
Nutrición y dietética	10	4	5	1	10	16.40	15.44	94.12			
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	16.40	13.25	80.77			
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	16.40	13.02	79.41			
<b>Total</b>	<b>328</b>	<b>128</b>	<b>159</b>	<b>41</b>	<b>328</b>	<b>577.28</b>	<b>330.79</b>		<b>577.28</b>	<b>340.55</b>	
									<b>Puntaje Final (%)</b>	<b>59</b>	

Figura N°01: PUNTAJE DE LOS MACROPROCESOS EVALUADOS 2025

Cumplimiento por macroproceso HAB 2025%



Direccionamiento: el macroproceso alcanzó un puntaje de 23.53 %.

Gestión de recursos humanos: el macroproceso alcanzó un puntaje 26.47%.

Gestión de la calidad: el macroproceso alcanzó un puntaje de 29.27%.

Manejo del riesgo de atención: el macroproceso alcanzó un puntaje 50.55%.

Gestión de Seguridad ante desastres: el macroproceso alcanzó un puntaje de 46.43%.

Control de la gestión y prestación: el macroproceso alcanzó un puntaje de 19.23%, siendo el macroproceso con el puntaje más bajo.

Atención ambulatoria: el macroproceso alcanzó un puntaje de 67.50%.

Atención en hospitalización: el macroproceso alcanzó un porcentaje 45%.

Atención en emergencia: el macroproceso alcanzó un porcentaje de 81.58%.

Atención quirúrgica: logró un porcentaje de 91.49%, siendo el puntaje más alto de todos los macroprocesos.

Apoyo al diagnóstico y terapéutico: logró un puntaje de 97.73% de los macroprocesos, siendo el macroproceso con el puntaje más alto.

Admisión y alta: logró alcanzar un porcentaje de 28.57%.

Referencia y Contrarreferencia: el macroproceso alcanzó un puntaje 90%.

Gestión de medicamentos: el macroproceso alcanzó un puntaje de 78.85%.

Gestión de la Información obtuvo un puntaje de 84.78% de los macroprocesos.

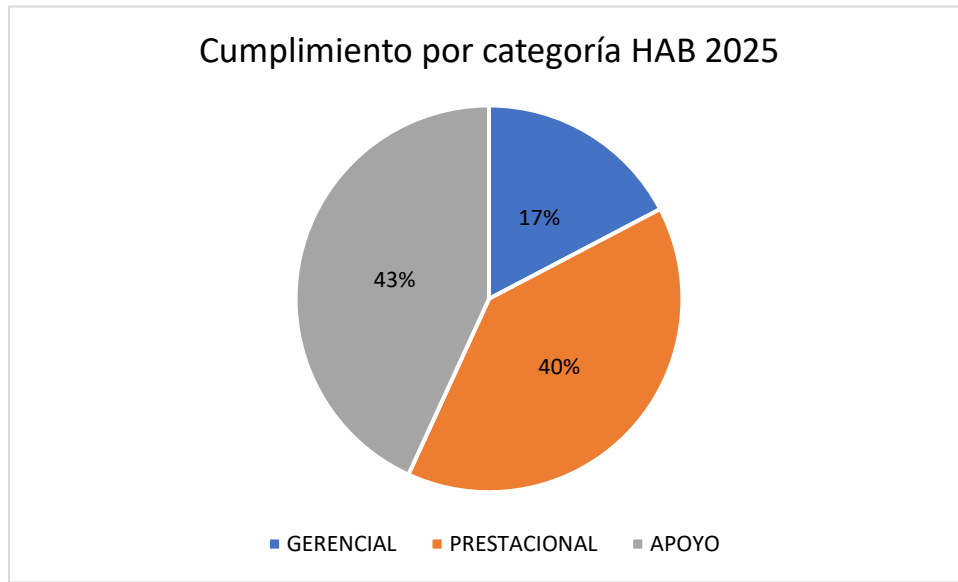
Descontaminación, limpieza, desinfección: obtuvo un puntaje de 86.21%.

Manejo del riesgo social: obtuvo un puntaje de 59.09% de los macroprocesos.

Nutrición y dietética: el macroproceso obtuvo un puntaje de 94.12%.

Gestión de insumos y materiales: el macroproceso obtuvo un puntaje de 80.77 %.  
Gestión de equipos e infraestructura: el macroproceso obtuvo un puntaje de 79.41%.

**Figura N°02: Cumplimiento por categoría HAB 2025**



Como se observa en la figura N°02 el grupo de macroprocesos de apoyo tienen el nivel de cumplimiento más alto con un 43%, seguido por los macroprocesos prestacionales con un 40%, mientras que los macroprocesos gerenciales son los que tienen un cumplimiento más bajo con un 17% por lo que se debe mejorar el nivel de cumplimiento de cada uno de los estándares de evaluación.

## **IX. RECOMENDACIONES**

- 1. Identificar los nudos críticos en cada macroproceso que no alcanza el puntaje esperado a fin de elaborar un plan de mejora continua el cual contenga acciones estratégicas y permita su cumplimiento para el año 2026.*
- 2. Convocar a Reunión a las jefaturas de los servicios asistenciales y oficinas administrativas a fin de sensibilizar y lograr su compromiso para el levantamiento de las observaciones halladas en el proceso de autoevaluación en estándares de calidad 2026.*
- 3. Realizar la subsanación de las observaciones en la realización de Autoevaluación en un periodo máximo de 03 meses.*

## **x. ANEXOS**

- *Fotografías de la autoevaluación*
- *Resolución directoral sobre Conformación del equipo de acreditación y evaluadores internos, mediante Resolución Directoral N°0138-2025-GOB.REG.AMAZONAS-HA-GLL-B/D. E, RESOLUCIÓN DE DIRECCIÓN EJECUTIVA 000387-2025-G.R. AMAZONAS/HAB-DE.*
- *Elaboración y Aprobación del Plan de Autoevaluación, mediante Resolución Directoral N.º140-2025-GOB.REG.AMAZONAS-HA-GLL-B/D.E.*
- *Comunicación del Inicio de la Autoevaluación, a través del Oficio N.º 001031-2025-G.R. AMAZONAS/HAB-DE*
- *Memorando Múltiple N° 000037-2025-GOB.REG.AMAZONAS/HAB-DE*
- *Acta de Reunión de Capacitación a evaluadores Internos en el marco de la ejecución del Plan de Autoevaluación del proceso de Acreditación 2025.*

## FOTOGRAFÍAS DE LA AUTOEVALUACIÓN







**RESOLUCIÓN DIRECTORAL HOSPITAL DE APOYO II**  
**"Gustavo Lanatta Lujan"**  
**N° 00138 -2025-GOB.REG.AMAZONAS-HA-GLL-B/D.E.**

Bagua, 01 de abril de 2025

**VISTOS:**

El Informe N° 000176 – 2025-G.R. AMAZONAS/USPE de fecha 31 de marzo de 2025, el Informe N° 000028 – 2025 – G.R. AMAZONAS/CDGD de fecha 27 de marzo de 2025 y;

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante Ordenanza Regional N° 412 Gobierno Regional Amazonas/CR, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján", en el cual establece que es un órgano desconcentrado de la Red de Salud Bagua, con autonomía técnica, económica y administrativa. Asimismo, en el artículo 8° literal "m" señala que a la Dirección del Hospital de Apoyo Bagua le corresponde desarrollar las siguientes funciones (...) Suscribir resoluciones directorales, contratos, convenios y más documentos en materia de su competencia;

Que, los numerales I, II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo responsabilidad del Estado regular, vigilar y promover la protección de la salud. La provisión de servicios de salud es de interés público, 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 el Decreto Supremo N° 013 – 2006 – SA, se aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, teniendo como objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, a través de la 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 del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, con la 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", como guía de referencia nacional, de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector; la misma que tiene por finalidad estandarizar el





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján"



## RESOLUCIÓN DIRECTORAL HOSPITAL DE APOYO II "Gustavo Lanatta Lujan" N° 00138 -2025-GOB.REG.AMAZONAS-HA-GLL-B/D.E.

Bagua, 01 de abril de 2025

desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;

Que, la guía precitada en el literal b) del numeral 6.1. señala los establecimientos de salud en el proceso de acreditación deben contar con un equipo de evaluadores internos quienes realizarán una evaluación interna en base al listado de estándares de acreditación de salud de su categoría;

Que, mediante Resolución Directoral N° 00109 – 2025 GOB.REG.AMAZONAS-HA-GLL-B/D. E con fecha 24 de febrero de 2025, se aprobó el PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE APOYO "GUSTAVO LANATTA LUJAN" – BAGUA, periodo 2025; en el cual se ha programado la implementación de la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica en Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

Que, a través del Informe N° 000028 – 2025-G.R. AMAZONAS/CDGD de fecha 27 de marzo de 2025 emitido por la Coordinadora de Gestión de Calidad en Salud del Hospital de Apoyo Bagua, C.D. Marjorie Lisseth Johanna Chicoma Roque, concluye que es de gran importancia dar inicio al proceso de la implementación del proceso de acreditación del Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján" por lo que se solicita el acto resolutorio de la conformación del Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos del Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján", año 2025;

Que, con el Informe N° 000176 – 2025-G.R. AMAZONAS/USPE de fecha 31 de marzo de 2025 la jefa de la Oficina Médico Asistencial solicita la Proyección, para la conformación del Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos del Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján", año 2025, a fin de dar inicio al proceso de implementación;

Que, ante las normas de materia descritas y con la finalidad de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnicos administrativos a nivel institucional; así como alcanzar los objetivos institucionales propuestos, resulta imprescindible conformar el Equipo de Acreditación y el Equipo de Evaluadores Internos del Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján", año 2025, con la finalidad de dar inicio al proceso de implementación;

Que, estando a lo expuesto en los considerandos y con las facultades otorgadas en la Resolución Ejecutiva Regional N° 605 – 2024 – GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/GR de fecha 06 de diciembre de 2024, se designa como Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II Gustavo Lanatta Lujan de Bagua de la Dirección Regional de Salud Amazonas del Gobierno Regional Amazonas.

### SE RESUELVE:

**ARTICULO PRIMERO. – CONFORMAR el Equipo de Acreditación del Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján", para el periodo 2025, integrado por los profesionales que se detallan a continuación:**



**RESOLUCIÓN DIRECTORAL HOSPITAL DE APOYO II**  
**"Gustavo Lanatta Lujan"**  
**N° 00138 -2025-GOB.REG.AMAZONAS-HA-GLL-B/D.E.**

Bagua, 01 de abril de 2025

EQUIPO DE ACREDITACIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO
<b>MC. Violeta Juliana Gutiérrez Sánchez</b> Jefatura de Unidad de Salud Pública e Inteligencia Sanitaria	Coordinador del Equipo de Acreditación
<b>Lic. Adm. Roxana Karina Sánchez Zelada.</b> Jefatura de la Unidad de Administración	Miembro
<b>Med. Anest. Dante Bruno Ávila</b> Jefatura del Servicio de Centro Quirúrgico	Miembro
<b>Med. Ped. Juan Martín Yllescas Caycho</b> Jefatura del Servicio de Pediatría	Miembro
<b>Med. Ginec. Orlando Pérez Cáceres</b> Jefatura del Servicio de Gineco – Obstetricia	Miembro
<b>Lic. Enf. Ítala Campos Vásquez</b> Jefatura de Enfermería	Miembro
<b>Obsta. Rosana Adelaida Salazar Requena</b> Jefatura de Obstetras	Miembro
<b>Lic. Lili Marjhory Ibañez Sosa</b> Jefatura del Servicio de Nutrición	Miembro
<b>MC. Jhon Lenin Reyes Mendoza</b> Jefatura del Servicio de Medicina	Miembro
<b>Med. Cir. Alexander Tullume Capuñay</b> Jefatura del Servicio de Cirugía	Miembro
<b>MC. José Luis Salazar León</b> Jefatura del Servicio de Emergencia	Miembro
<b>Med. Pat. Carlos Cervera Noriega</b> Jefatura del Servicio de Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre	Miembro
<b>Tec. Med. Juan Alfonso Guevara Albuja</b> Jefatura del Servicio de Radiología	Miembro
<b>Dra. Mariela Villón Montes</b> Jefatura del Servicio de Farmacia	Miembro
<b>Blgo. Silvia Suarez Chavarri</b> Jefatura del Servicio de Patología Clínica	Miembro
<b>CD. Ronald Fontenla Córdoba</b> Jefatura del Servicio de Odontología	Miembro
<b>Ps. Oscar Huánuco Quispe</b> Jefatura del Servicio de Psicología	Miembro





RESOLUCIÓN DIRECTORAL HOSPITAL DE APOYO II "Gustavo Lanatta Luján" N° 00138 -2025-GOB.REG.AMAZONAS-HA-GLL-B/D.E.

Bagua, 01 de abril de 2025

ARTICULO SEGUNDO. – CONFORMAR el Equipo de Evaluadores Internos del Hospital de Apoyo "Gustavo Lanatta Luján" Bagua, para el periodo 2025, integrado por los profesionales que se detallan a continuación:

Table with 2 columns: NOMBRES Y APELLIDOS and CARGO. Lists 12 professionals and their roles, including 'Evaluador Líder' and 'Miembro'.

ARTICULO TERCERO. – DÉJESE sin efecto todo acto administrativo que se oponga a la presente Resolución Directoral.

ARTICULO CUARTO. - NOTIFICAR a los integrantes de los Equipos de Acreditación y Evaluadores Internos, designados en los artículos primero y segundo de la presente resolución quienes realizarán sus funciones en cumplimiento a las Normas de Gestión de la Calidad de Atención en Salud.

ARTÍCULO QUINTO. - DISPONGASE, la publicación de la presente, en el Portal Institucional del Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján".

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE



MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS HOSPITAL DE APOYO BAGUA Lic. Richard Garçon Díaz CEP 48354 DIRECTOR EJECUTIVO



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Bagua, 11 de septiembre de 2025

**RESOLUCION DE DIRECCION EJECUTIVA 000387-2025-G.R.AMAZONAS/HAB-DE**

**VISTOS:**

El Informe N° 000134 – 2025 – G.R. AMAZONAS/CDGD de fecha 15 de agosto de 2025, el Proveído N° 000501-2025-G.R. AMAZONAS/AAL de fecha 15 de agosto de 2025, el Proveído N° 003749-2025-G.R. AMAZONAS/HAB-DE con fecha 01 de agosto de 2025, el Informe N° 000110 – 2025 – G.R. AMAZONAS/CDGD de fecha 01 de agosto de 2025 y la Resolución Directoral N° 00138 – 2025 – G.R. AMAZONAS-HA-GLL-DE con fecha 01 de abril de 2025 y;

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante Ordenanza Regional N° 412 Gobierno Regional Amazonas/CR, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján", en el cual establece que es un órgano desconcentrado de la Red de Salud Bagua, con autonomía técnica, económica y administrativa. Asimismo, en el artículo 8° literal "m" señala que a la Dirección del Hospital de Apoyo Bagua le corresponde desarrollar las siguientes funciones (...) Suscribir resoluciones directorales, contratos, convenios y más documentos en materia de su competencia;



**V°B°**  
Jefe(a)

Firmado digitalmente:  
GUTIERREZ SANCHEZ VIOLETA  
JULIANA

Que, los numerales I, II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo responsabilidad del Estado regular, vigilar y promover la protección de la salud. La provisión de servicios de salud es de interés público, 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;



**V°B°**  
Jefe de Administración

Firmado digitalmente:  
SANCHEZ ZELADA ROSA  
KARINA

Que, mediante el Decreto Supremo N° 013 – 2006 – SA, se aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, teniendo como objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;



**V°B°**  
Coordinador(e)

Firmado digitalmente:  
CHICOMA ROQUE MARJORIE  
LISSETH JOHANNA

Que, a través de la 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



**V°B°**  
Asesor legal

Firmado digitalmente:  
BRACAMONTE PRETELLI NORMA  
PATRICIA

N° EXPEDIENTE: CDGD002025000107

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Gobierno Regional Amazonas, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sgd.regionamazonas.gob.pe/verificadoc/inicio.do> e ingresando la siguiente clave: DEADDXT



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, con la 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", como guía de referencia nacional, de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector; **la misma que tiene por finalidad 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;**

Que, la guía precitada en el literal b) del numeral 6.1. señala **los establecimientos de salud en el proceso de acreditación deben contar con un equipo de evaluadores internos quienes realizarán una evaluación interna en base al listado de estándares de acreditación de salud de su categoría;**

Que, mediante Resolución Directoral N° 0138 – 2025 GOB.REG.AMAZONAS-HA-GLL-B/D. E con fecha 01 de abril de 2025, se conformó el Equipo de Acreditación y el Equipo de Evaluadores Internos del Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján", para el periodo 2025;

Que, a través del Informe N° 000110 – 2025-G.R. AMAZONAS/CDGD de fecha 01 de agosto de 2025 emitido por la Coordinadora de Gestión de Calidad en Salud del Hospital de Apoyo Bagua, C.D. Marjorie Lisseth Johanna Chicoma Roque, se dirige al Director de la misma entidad, contando con el visto bueno de la Jefa de la Unidad de Salud Pública e Inteligencia Sanitaria, la misma que señala que en el marco de la FICHA N° 46 FORTALECIMIENTO DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS EE. SS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE



V°B°  
Jefe(a)

Firmado digitalmente por:  
GUTIERREZ SANCHEZ JULIANA

Salud, en la cual la autoevaluación es la primera fase del Proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud (PAES), que consiste en la evaluación periódica basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, en la cual se conformó el equipo de acreditación y evaluadores internos para el año 2025 según RESOLUCIÓN DIRECTORAL HOSPITAL DE APOYO II "Gustavo Lanatta Luján" N° 00138 2025-GOB-REG-AMAZONAS-HA-GLL-B/D.E. , sin embargo, por motivos de renuncia del Lic. Enf. José Alexander Tirado Cusma de la institución y el cambio de Jefatura de enfermería por el Lic. Enf. Dionicio Herrera Calderón, se solicita la actualización del equipo de acreditación y equipo de evaluadores internos;



V°B°  
Jefe de Administración

Firmado digitalmente por:  
SANCHEZ ZELADA ROSA KARINA



V°B°  
Coordinadora

Firmado digitalmente por:  
CHICOMA ROQUE MARJORIE LISSETH JOHANNA



V°B°  
Asesor legal

Firmado digitalmente por:  
BRACAMONTE PRETORIO PATRICIA

Que, por consiguiente, con el Proveído N° 003749-2025-G.R. AMAZONAS/HAB-DE con fecha 01 de agosto de 2025, EL Director del Hospital de Apoyo Bagua se dirige a la Asesora Legal de la misma entidad con la finalidad de solicitar la Actualización de Acto Resolutivo de Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos;



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Que, mediante el Proveído N° 000501-2025-G.R. AMAZONAS/AAL de fecha 15 de agosto de 2025, la Asesora Legal se dirige a la coordinadora de Gestión de Calidad en Salud con la finalidad de devolver el expediente a fin de que filtre las jefaturas que conformaran el Equipo de Acreditación y el Equipo de Evaluadores Internos;

Que, con el Informe N° 000134 – 2025 – G.R. AMAZONAS/CDGD de fecha 15 de agosto de 2025, la Coordinadora de Gestión de la Calidad en Salud se dirige a la Asesora Legal con la finalidad de que emita la proyección de resolución de actualización del Equipo de Acreditación y el Equipo de Evaluadores Internos del Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján";

Que, ante las normas de materia descritas y con la finalidad de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnicos administrativos a nivel institucional; así como alcanzar los objetivos institucionales propuestos, resulta imprescindible **Actualizar el Equipo de Acreditación y el Equipo de Evaluadores Internos del Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján", año 2025**, con la finalidad de dar inicio al proceso de implementación;

Que, estando a lo expuesto en los considerandos y con las facultades otorgadas en la Resolución Ejecutiva Regional N° 605 – 2024 – GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/GR de fecha 06 de diciembre de 2024, se designa como Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II Gustavo Lanatta Lujan de Bagua de la Dirección Regional de Salud Amazonas del Gobierno Regional Amazonas.



VºBº  
Jefe(a)

Firmado digitalmente:  
GUTIERREZ SANCHEZ VIOLETA  
JULIANA

**SE RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO. – ACTUALIZAR** el Equipo de Acreditación del Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján", para el periodo 2025, integrado por los profesionales que se detallan a continuación:



VºBº  
Jefe de administración

Firmado digitalmente:  
SANCHEZ ZELADA ROXANA  
KARINA

EQUIPO DE ACREDITACIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO
Jefatura de Unidad de Salud Pública e Inteligencia Sanitaria	Coordinador del Equipo de Acreditación
Jefatura de la Unidad de Administración	Miembro
Jefatura del Servicio de Centro Quirúrgico	Miembro
Jefatura del Servicio de Pediatría	Miembro
Jefatura del Servicio de Gineco – Obstetricia	Miembro
Jefatura de Enfermería	



VºBº  
Coordinador(e)

Firmado digitalmente:  
CHICOMA ROQUE MARJORIE  
LISSETH JOHANNA



VºBº  
Asesor legal

Firmado digitalmente:  
BRACAMONTE PRETEL NORMA  
PATRICIA



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

	Miembro
Jefatura de Obstetras	Miembro
Jefatura del Servicio de Nutrición	Miembro
Jefatura del Servicio de Medicina	Miembro
Jefatura del Servicio de Cirugía	Miembro
Jefatura del Servicio de Emergencia	Miembro
Jefatura del Servicio de Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre	Miembro
Jefatura del Servicio de Apoyo al Diagnóstico	Miembro
Jefatura del Servicio de Farmacia	Miembro
Jefatura del Servicio de Laboratorio	Miembro
Jefatura del Servicio de Odontología	Miembro
Jefatura del Servicio de Psicología	Miembro



**V°B°**  
Jefe(a)

Firmado digitalmente:  
GUTIERREZ SANCHEZ VIOLETA  
JULIANA

**ARTICULO SEGUNDO. – ACTUALIZAR** el Equipo de Evaluadores Internos del Hospital de Apoyo “Gustavo Lanatta Luján” Bagua, para el periodo 2025, Integrado por los profesionales que se detallan a continuación:

**EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS**



**V°B°**  
Jefe de administración

Firmado digitalmente:  
SANCHEZ ZELADA ROXANA  
KARINA

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO
1. <b>CD. Marjorie Lisseth Johanna Chicoma Roque</b>	Evaluador Líder
2. <b>MC. Violeta Juliana Gutiérrez Sánchez</b>	Miembro
3. <b>CD. Ronald Fontenla Córdova</b>	Miembro
4. <b>Lic. Enf. Kirschen Arin Lorelai Marin Ventura</b>	Miembro
5. <b>Lic. Enf. Pamela Yumpo Delgado</b>	Miembro
6. <b>Lic. Enf. Luis Miguel Tincho Cruz</b>	Miembro
7. <b>Obst. Karin Junek Lizarraga Tecocha</b>	Miembro
8. <b>Obst. Diana del Pilar Castro Álvarez</b>	Miembro
9. <b>Ps. Sara Medalit Cueva Bardales</b>	Miembro



**V°B°**  
Coordinador(e)

Firmado digitalmente:  
CHICOMA ROQUE MARJORIE  
LISSETH JOHANNA



**V°B°**  
Asesor legal

Firmado digitalmente:  
BRACAMONTE PRETEL NORRINA  
PATRICIA



*"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"*

<b>10.Tec. Enf. Rosa Díaz Tiquihuanca</b>	<b>Miembro</b>
<b>11.Blg. Carlos Altamirano Mego</b>	<b>Miembro</b>
<b>12.QF. Jorge Villena Ríos</b>	<b>Miembro</b>

**ARTICULO TERCERO. – DÉJESE** sin efecto el artículo primero y el artículo segundo de la Resolución Directoral N° 00138 – 2025 – G.R. AMAZONAS-HA-GLL-DE con fecha 01 de abril de 2025.

**ARTICULO CUARTO. - NOTIFICAR** a los integrantes de los Equipos de Acreditación y Evaluadores Internos, designados en los artículos primero y segundo de la presente resolución quienes realizarán sus funciones en cumplimiento a las Normas de Gestión de la Calidad de Atención en Salud.

**ARTÍCULO QUINTO. - DISPONGASE**, la publicación de la presente, en el Portal Institucional del Hospital de Apoyo Bagua “Gustavo Lanatta Luján”.

### **REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE**

Documento firmado digitalmente

**RICHAR GARCIA DIAZ**  
DIRECTOR EJECUTIVO

001101 - DIRECCION EJECUTIVA HOSPITAL APOYO BAGUA

RGD/DE  
CC.: cc.:



**RESOLUCIÓN DIRECTORAL HOSPITAL DE APOYO II**  
**"Gustavo Lanatta Luján"**  
**N° 00140-2025-GOB.REG.AMAZONAS-HA-GLL-B/D.E.**

Bagua, 01 de abril de 2025

**VISTOS:**

El Informe N° 000177 – 2025 – G.R. AMAZONAS/USPE de fecha 01 de abril de 2025, el Informe N° 000033 -2025-G.R. AMAZONAS/CDGD de fecha 27 de marzo de 2025 y el Plan de Autoevaluación del Proceso de Acreditación en el Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján", año 2025 y;

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante Ordenanza Regional N° 412 Gobierno Regional Amazonas/CR, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján", en el cual establece que es un órgano desconcentrado de la Red de Salud Bagua, con autonomía técnica, económica y administrativa. Asimismo, en el artículo 8° literal "m" señala que a la Dirección del Hospital de Apoyo Bagua le corresponde desarrollar las siguientes funciones (...) Suscribir resoluciones directorales, contratos, convenios y más documentos en materia de su competencia;

Que, los numerales I, II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo responsabilidad del Estado regular, vigilar y promover la protección de la salud. La provisión de servicios de salud es de interés público, 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 aprobó el documento Técnico, "Sistema de Gestión de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 456 – 2007/MINSA, se aprueba la NTS N° 050 – MINS/DGSPV.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", la misma que señala: "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. conforme a la norma acotada, además prevé que uno de los procedimientos para el proceso de acreditación, que se deberá observar, es que los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad institucional";

Que, mediante 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", como guía de referencia nacional, de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector; la misma que tiene por finalidad 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;



**RESOLUCIÓN DIRECTORAL HOSPITAL DE APOYO II**  
**"Gustavo Lanatta Lujan"**  
**N° 00140-2025-GOB.REG.AMAZONAS-HA-GLL-B/D.E.**

Bagua, 01 de abril de 2025

Que, la guía precitada en el literal b) del numeral 6.1. señala los establecimientos de salud en el proceso de acreditación deben contar con un equipo de evaluadores internos quienes realizaran una evaluación interna en base al listado de estándares de acreditación de salud de su categoría;



Que, a través del CONVENIO DE GESTIÓN 2025, aprobado con Decreto Supremo N° 022-2024 el 31 de diciembre de 2024, se tiene el compromiso de mejora, la FICHA N° 46 FORTALECIMIENTO DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS EE. SS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE SALUD, en la cual la autoevaluación es la primera fase del Proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud (PAES), que consiste en la evaluación periódica basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud. Se mediará a los EE.SS. seleccionados, que realizarán autoevaluación del PAES, con los estándares establecidos en la normativa vigente;



Que, a través del Informe N° 000033 - 2024-G.R. AMAZONAS/CDGD de fecha 27 de marzo de 2025 emitido por la Coordinadora de Gestión de la Calidad del Hospital de Apoyo Bagua Gustavo Lanatta Luján, C. D. Marjorie Lisseth Johanna Chicoma Roque, solicita la proyección de acto resolutivo de aprobación del PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN EN EL HOSPITAL DE APOYO BAGUA "GUSTAVO LANATTA LUJÁN", AÑO 2025;



Que, el Plan que se pretende aprobar tiene como finalidad contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;



Que, mediante el Informe N° 000177 - 2025-G.R. AMAZONAS/USPE de fecha 01 de abril de 2025, la Jefa de la Oficina Médico Asistencial señala que en el marco del plan de Gestión de la calidad en Salud del Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján", periodo 2025, tiene como línea de acción la Acreditación en los Establecimientos de Salud el cual debe ser implementado según la norma técnica N° 050- MINS/DGSP - V.02 "Norma Técnica en Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" el cual tiene como finalidad 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 del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;



Que, como parte del criterio de evaluación indica que los establecimientos de salud cuenten con Plan de Autoevaluación 2025, aprobado con acto resolutivo o documento oficial vigente para el periodo; por lo que solicito la proyección del acto resolutivo aprobando el Plan de Autoevaluación del Proceso de Acreditación en el Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján", año 2025;



**RESOLUCIÓN DIRECTORAL HOSPITAL DE APOYO II**  
**"Gustavo Lanatta Luján"**  
**N° 00140-2025-GOB.REG.AMAZONAS-HA-GLL-B/D.E.**

Bagua, 01 de abril de 2025

Que, ante las normas de materia descritas y con el propósito de proseguir las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta necesario aprobar el Plan de Autoevaluación del Proceso de Acreditación en el Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján", año 2025, el cual permitirá sistematizar la información obtenida y ejecutar los planes de mejora correspondientes y de esta forma alcanzar el porcentaje óptimo que garantizará a los usuarios y al sistema de salud, que los prestadores de salud cuentan con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, contribuyendo así a mitigar las fallas atribuibles a los servicios de salud;

Que, estando a lo expuesto en los considerandos y con las facultades otorgadas en la Resolución Ejecutiva Regional N° 605 – 2024 – GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/GR de fecha 06 de diciembre de 2024, se designa como Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II Gustavo Lanatta Luján de Bagua de la Dirección Regional de Salud Amazonas del Gobierno Regional Amazonas.

**SE RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO. - APROBAR** el Plan de Autoevaluación del Proceso de Acreditación en el Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján", año 2025, el mismo que consta de diez (10) folios y forma parte integrante de la presente resolución.

**ARTICULO SEGUNDO. - ENCARGAR** a la Coordinadora de Gestión de Calidad en Salud, adopte las acciones administrativas para el cumplimiento del Plan de Autoevaluación del Proceso de Acreditación en el Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján", año 2025.

**ARTICULO TERCERO. - NOTIFICAR** la presente resolución a las instancias administrativas del Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján", e interesado para los fines de ley.

**ARTÍCULO CUARTO. - DISPONGASE**, la publicación de la presente, en el Portal Institucional del Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján".

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE**



MINISTERIO DE SALUD  
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
HOSPITAL DE APOYO BAGUA  
Lia Richar Gapeña Díaz  
CEP 4634  
DIRECTOR EJECUTIVO



*"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"*

Bagua, 31 de julio de 2025

**OFICIO 001031-2025-G.R.AMAZONAS/HAB-DE**

Señor:

**JONNY CRUZ SUAREZ**

DIRECTOR REGIONAL(e)

000725 - DIRECCION REGIONAL DE SALUD AMAZONAS

CHACHAPOYAS

Atención : COORDINACIÓN REGIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

Asunto : COMUNICO INICIO DE AUTOEVALUACION 2025 DEL HOSPITAL DE APOYO BAGUA..

Referencia : PROVEIDO 000664-2025-G.R.AMAZONAS/USPE (31JUL2025).

De mi consideración

Me es grato dirigirme a Usted, para saludarlo cordialmente, en atención al documento de referencia, se hace comunica el Inicio de la Fase de Autoevaluación del proceso de Acreditación en el Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján", el cual se realizará los días 19 y 20 de agosto del presente año, el comunicado puede visualizarse en el link de la página institucional:

<https://www.gob.pe/institucion/hbagua/informes-publicaciones/6994624-comunicado-de-inicio-de-proceso-de-autoevaluacion-2025-en-el-hospital-de-apoyo-bagua>.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para reiterele los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente;

Documento firmado digitalmente

**RICHAR GARCIA DIAZ**

DIRECTOR EJECUTIVO

001101 - DIRECCION EJECUTIVA HOSPITAL APOYO BAGUA

RGD/DE

CC.: cc.:

N° EXPEDIENTE: CDGD0020250000104

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Gobierno Regional Amazonas, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sgd.regionamazonas.gob.pe/verificadoc/inicio.do> e ingresando la siguiente clave: **B1K0DHL**



*"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"*

Bagua, 04 de agosto de 2025

**MEMORANDO MULTIPLE 000037-2025-G.R.AMAZONAS/HAB-DE**

Para : **CD. MARJORIE LISSETH JOHANNA CHICOMA ROQUE.**  
EVALUADORA LÍDER.  
**MC. VIOLETA JULIANA GUTIÉRREZ SÁNCHEZ**  
MIEMBRO  
**CD. RONALD FONTENLA CÓRDOVA**  
MIEMBRO.  
**LIC. ENF. KIRSCHEN ARIN LORELAI MARIN VENTURA**  
MIEMBRO  
**LIC. ENF. PAMELA YUMPO DELGADO**  
MIEMBRO.  
**LIC. ENF. LUIS MIGUEL TINCHO CRUZ**  
MIEMBRO  
**OBST. KARIN JUNEK LIZARRAGA TECOCHA**  
MIEMBRO.  
**OBST. DIANA DEL PILAR CASTRO ÁLVAREZ**  
MIEMBRO.  
**PS. SARA MEDALIT CUEVA BARDALES**  
MIEMBRO.  
**TEC. ENF. ROSA DIAZ TIQUIHUANCA**  
MIEMBRO  
**BLG. CARLOS ALTAMIRANO MEGO**  
MIEMBRO.  
**QF. JORGE VILLENA RÍOS**  
MIEMBRO

De : **RICAR GARCIA DIAZ**  
DIRECTOR EJECUTIVO  
001101 - DIRECCION EJECUTIVA HOSPITAL APOYO BAGUA

Asunto : INVTA A PARTICIPAR.

Referencia : INFORME 000112-2025-G.R.AMAZONAS/CDGD (4AGO2025).

Mediante el presente y en atención al documento de la referencia, emitido por la coordinadora de Gestión de la Calidad, el cual se invita a Usted a participar en la reunión de EVALUADORES INTERNOS del Hospital de Apoyo Bagua "Gustavo Lanatta Luján" para el día 5 de agosto de 2025, a las 3:30 pm en el auditorio institucional, como finalidad contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo

Atentamente;

Documento firmado digitalmente

**RICAR GARCIA DIAZ**  
DIRECTOR EJECUTIVO  
001101 - DIRECCION EJECUTIVA HOSPITAL APOYO BAGUA

RGD/DE  
CC.: cc.:

N° EXPEDIENTE: CDGD0020250000112

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Gobierno Regional Amazonas, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sgd.regionamazonas.gob.pe/verificadoc/inicio.do> e ingresando la siguiente clave: **9N07BGO**



*"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"*



Bagua, 04 de Agosto del 2025

**INFORME N° 000112-2025-G.R.AMAZONAS/CDGD**

A : **RICHAR GARCIA DIAZ**  
DIRECTOR EJECUTIVO  
001101 - DIRECCION EJECUTIVA HOSPITAL APOYO BAGUA

De : **MARJORIE LISSETH JOHANNA CHICOMA ROQUE**  
COORDINADOR(e)  
001101 - CORDINADOR DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD

Asunto : SOLICITO CONVOQUE A REUNIÓN A EQUIPO DE ACREDITACIÓN.

Referencia : .

Tengo el agrado de saludarle y al mismo tiempo manifiestarle que en el marco de la implementación de la norma técnica N°050-MINSA/DGSP – V.02 “Norma Técnica en Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo” el cual tiene como finalidad 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 del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos, se SOLICITA CONVOCAR A REUNIÓN AL EQUIPO DE ACREDITACIÓN del Hospital de Apoyo Bagua “Gustavo Lanatta Luján” para el día 5 de agosto de 2025, a las 3:30 pm en el auditorio institucional.

1. Jefatura de la Unidad de Salud Pública e Inteligencia Sanitaria
2. Jefatura de Unidad de Administración.
3. Jefatura del Servicio de Centro Quirúrgico.
4. Jefatura del Servicio de Pediatría.
5. Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia.
6. Jefatura de Enfermería.
7. Jefatura de Obstetras.
8. Jefatura del Servicio de Nutrición.
9. Jefatura del Servicio de Medicina.
10. Jefatura del Servicio de Cirugía.
11. Jefatura del Servicio de Emergencia.
12. Jefatura del Servicio de Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre
13. Jefatura del Servicio de Apoyo al Diagnóstico
14. Jefatura del Servicio de Farmacia.
15. Jefatura del Servicio de Laboratorio
16. Jefatura del Servicio de Odontología.
17. Jefatura del Servicio de Psicología

Es todo cuanto informo para fines pertinentes.

Atentamente,





Documento firmado digitalmente

**MARJORIE LISSETH JOHANNA CHICOMA ROQUE**  
COORDINADOR(e)  
001101 - CORDINADOR DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD

MCR  
CC.: cc.:

# ACTA DE REUNIÓN DE CAPACITACIÓN A EVALUADORES INTERNOS EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2025

- Lugar : Auditorio Hospital de Apoyo "Gustavo Lanatta Luján" – Bagua.
- Fecha : 05/08/2025
- Hora : 15:30 horas.
- Tema : Capacitación a Evaluadores Internos.
- Ponente : CD. Marjorie Lisseth Johanna Chicoma Roque (Coord. Gestión de la Calidad en Salud)
- Participantes :

1. **CD. Marjorie Lisseth Johanna Chicoma Roque.**  
Evaluadora Líder.
2. **MC. Violeta Juliana Gutiérrez Sánchez**  
Miembro
3. **CD. Ronald Fontenla Córdova**  
Miembro.
4. **Lic. Enf. Kirschen Arin Lorelai Marin Ventura**  
Miembro.
5. **Lic. Enf. Pamela Yumpo Delgado**  
Miembro.
6. **Lic. Enf. Luis Miguel Tincho Cruz**  
Miembro
7. **Obst. Karin Junek Lizarraga Tecocha**  
Miembro.
8. **Obst. Diana del Pilar Castro Álvarez**  
Miembro.p
9. **Ps. Sara Medalit Cueva Bardales**  
Miembro.
10. **Tec. Enf. Rosa Díaz Tiquihuanca**  
Miembro
11. **Blg. Carlos Altamirano Mego**  
Miembro.
12. **QF. Jorge Villena Ríos**  
Miembro

## - Acuerdos y/o Compromisos:

1. Los evaluadores internos se comprometen a cumplir estrictamente con las fechas establecidas para la aplicación del instrumento de autoevaluación para el proceso de acreditación 2025.
2. Los evaluadores internos se comprometen en realizar el registro de los documentos en físico y archivos digitales, los cuales lo entregarán al evaluador líder hasta jueves 29 de agosto de 2025.
3. El evaluador líder se compromete en remitir el informe final a la Dirección Ejecutiva de la Institución hasta el viernes 5 de setiembre de 2025
4. Los evaluadores internos se comprometen en proceder de forma íntegra en la fase de autoevaluación, respetando en todo momento los resultados reales obtenidos en cada oficina administrativa o UPSS a evaluar.
5. Caso sea necesario el evaluador líder, convocará a reunión a fin de culminar el informe final.

6. Frente a cualquier falta de hacer la actividad de autoevaluación por parte de los evaluadores internos asumirán su responsabilidad.


Sin más que adicionar pasamos a firmar los presentes.


  
XDA X. CUSANO  
D.N.S. 42031290


  
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL DE APOYO BAGUA  
CD Ronald Antonia Cordova  
C.E.P. 3013

  
MINISTERIO DE SALUD  
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
HOSPITAL DE APOYO BAGUA II-1  
CD. Marlene Lisbeth Johanna Chicoma Roque  
COP 487880  
COORD. GESTIÓN DE CALIDAD

  
MINISTERIO DE SALUD  
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
Lic. Obst. Diana del Pilar Castro Rojas  
COP 21899  
COORD. MATERNAL - NEONATAL

  
MINISTERIO DE SALUD  
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
HOSPITAL DE APOYO BAGUA II-1  
Luis Miguel Tincho Cruz  
LICENCIADO EN ENFERMERIA  
C.E.P. 1011

  
MINISTERIO DE SALUD  
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
HOSPITAL DE APOYO BAGUA  
M.C. Violeta Juliana Gutierrez Sanchez  
JEFE SALUD PUBLICA Y INTELIGENCIA SANITARIA  
C.M.P. 097017

  
Rosa Dora Tapashanca  
D.N.S. 63162381

  
MINISTERIO DE SALUD  
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
HOSPITAL DE APOYO BAGUA II-1  
KARIN J. LIZARRAGA TECUCHA  
OBSTETRA  
COP 23310 RNA 724

  
BIOLOGO - MICROBIOLOGO  
Carlos H. Altamirano Megic  
C.E.P.: 11315

  
Pamela D. Yumpe Delgado  
LIC. EN ENFERMERIA  
C.E.P. 096932