MINISTERIO DE SALUD
Dirección Regional de Salud Puno
RED DE SALUD CHUCUITO
Telf. 051-554008 - 554119
Jr. Juli N° 470 – Juli

N° 234-2021-D-RED-S-CH/AF-RR.HH./J

Resolución Directoral

Juli, 19 de noviembre del 2021.

VISTOS:

La Hoja de Tramite Documentario con Registro N° 5756 de fecha 18 de noviembre del 2021 que adjunta el oficio N° 060-2021-R.OGCSS/R.S.CH/H"ROR"/JULI, y Plan de autoevaluación del Hospital "Rafael Ortiz Ravines" y de los establecimientos de Salud del ámbito de la Red de Salud Chucuito – Juli 2021, y;

CONSIDERANDO:

Que, en atención al N° 060-2021-R.OGCSS/R.S.CH/H"ROR"/JULI, se solicita proyección de la Resolución de aprobación del Plan de autoevaluación del Hospital "Rafael Ortiz Ravines" y de los establecimientos de Salud del ámbito de la Red de Salud Chucuito – Juli 2021;

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

Que, según la Ley N° 27657, Ley General de Salud, La presente Ley comprende el ámbito, competencia, finalidad y organización del Ministerio de Salud, así como la de sus organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados.

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006, aprueba el Reglamento de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el cual tiene por 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, mediante la Resolución Ministerial N° 456-2007-MINSA, aprobó la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es construir 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, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos; asimismo, la citada Norma Técnica de Salud establece que, el proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa, definiendo a la primera como: la fase inicial obligatorio del proceso de Acreditación, en los Establecimiento de Salud que cuenten con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, quienes harán uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizaran una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento";

Que, a través de Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el documento: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", que consigna los principios, políticas, objetivos, estrategias, entre otros aspectos que permitirán orientar los esfuerzos para mejorar la calidad

Resolución Directoral

Juli, 19 de noviembre del 2021.

en los servicios y establece como uno de sus componentes la garantía y mejoramiento de la calidad, siendo una de sus líneas de acción, la acreditación de establecimientos de salud, y servicios médicos de apoyo;

Que, por las consideraciones previamente expuestas, y en uso de las facultades conferidas por la Resolución Ministerial N° 405-2005/MINSA, que reconoce a las Direcciones Regionales de Salud como única autoridad en salud en cada Región y en uso de las atribuciones conferidas por Ordenanza Regional N° 012-2014-GRP-CRP, que aprueba la modificación del Reglamento de Organización y Funciones y estructura funcional del ámbito de la Dirección Regional de Salud Puno; delegadas mediante Resolución Ejecutiva N° 032-2019/CCR-GR-PUNO, y demás normas conexas al respecto, y;

Con el visto bueno del Área Funcional de Recursos Humanos y de la Dirección de la Red de Salud Chucuito, y;

SE RESUELVE:

ARTICULO 1°.- APROBAR, en vías de regularización el "PLAN DE AUTOEVALUACION del Hospital "Rafael Ortiz Ravines" y de los establecimientos de Salud del ámbito de la Red de Salud Chucuito - Juli 2021", la misma que consta de treinta y dos (32) folios que forma parte integrante de la presente Resolución..

ARTICULO 2°.- ENCARGAR, a la Coordinadora de la Unidad Funcional del Sistema de Gestión de Calidad en Salud de la Red de Salud Chucuito, Lic. Jenny Berna Valdivia Cayllahua y demás integrantes del Comité de Acreditación de Establecimientos de Salud citados en el Plan de Autoevaluación cumplir las funciones que les compete en cumplimiento del citado plan; así como su difusión y publicación; bajo responsabilidad.

ARTICULO 3°.- NOTIFÍQUESE y TRANSCRÍBASE, con la presente resolución al interesado y demás instancias correspondientes.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

GOBIERNO REGIONAL
RED DE SALUD CHUCUITO
CD. Juan Augusto Delgado Aza
DIRECTOR

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

Juli, 24 de noviembre de 2021

OFICIO Nº 973 -2021-D-R.S.CH/OSGCSS/JULI.

DIRESA PUNO
DIRECCION DE CALIDAD EN SALUD
CONTROL DE RECEPCION
25 NOV 2021
Hora: 14:00 Folio: 1 Folios
Recibido Por:

Señor:

M.C. Juan Carlos MENDOZA VELASQUEZ
Director de la Dirección Regional de Salud Puno

PUNO.-

ASUNTO: *Remite Planes de Autoevaluación del Hospital "ROR" y Microredes*

ATENCIÓN: *Dirección de Gestión de Calidad*

Me dirijo a Ud., para saludarlo cordialmente y a la vez remitir al presente las copias de los Planes de Autoevaluación del Hospital "Rafael Ortiz Ravines" y de las Micro Redes de la jurisdicción de la Red de Salud Chucuito – Juli; los mismos que fueron solicitados por la Oficina de Gestión de Calidad de Servicios de Salud de la DIRESA.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para expresarle mi consideración.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD SALUD DE LAS PERSONAS DIRECCIÓN RED DE SALUD CHUCUITO

GOBIERNO REGIONAL
RED DE SALUD CHUCUITO
CD. Juan Augusto Delgado Aza
DIRECTOR

JADA/JBVC/ghv.
Cc. Arch.

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

RED DE SALUD CHUCUITO
TRAMITE DOCUMENTARIO
01 JUL 2021
Nº FEC.: HORA 10.30
FIRMA:

Juli, 01 de julio de 2021

OFICIO Nº 378-2021-D-H"ROR"-OGCSS/R.S.CH/JULI

Señor:

M.C. Wilder CRUZ TICONA
Director de la Red de Salud Chucuito - Juli

PRESENTE.-

ASUNTO : Remito Plan de Autoevaluación del Hospital "ROR".
ATENCIÓN: Responsable de Calidad de la Red de Salud Chucuito.

Me dirijo a Ud., para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo remitir adjunto al presente el Plan de Autoevaluación del Hospital "Rafael Ortiz Ravines" del presente año, para su conocimiento y dar cumplimiento a la cuarta Línea de Acción: Promover la Implementación de la Autoevaluación del Proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud, bajo la R.M. Nº 456-2007/MINSA y R.M. Nº 270-2009/MINSA (Séptima Política de Calidad en Salud), el mismo que debe ser aprobado con Resolución Directoral.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis consideraciones.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL RORR

Dr. GREG CHARINOS COAGUILA
DIRECTOR
H. RAFAEL ORTIZ RAVINES
C.M.P. 32051

EGChC//ghv.-
Cc- Arch.

PERÚ | Ministerio de Salud

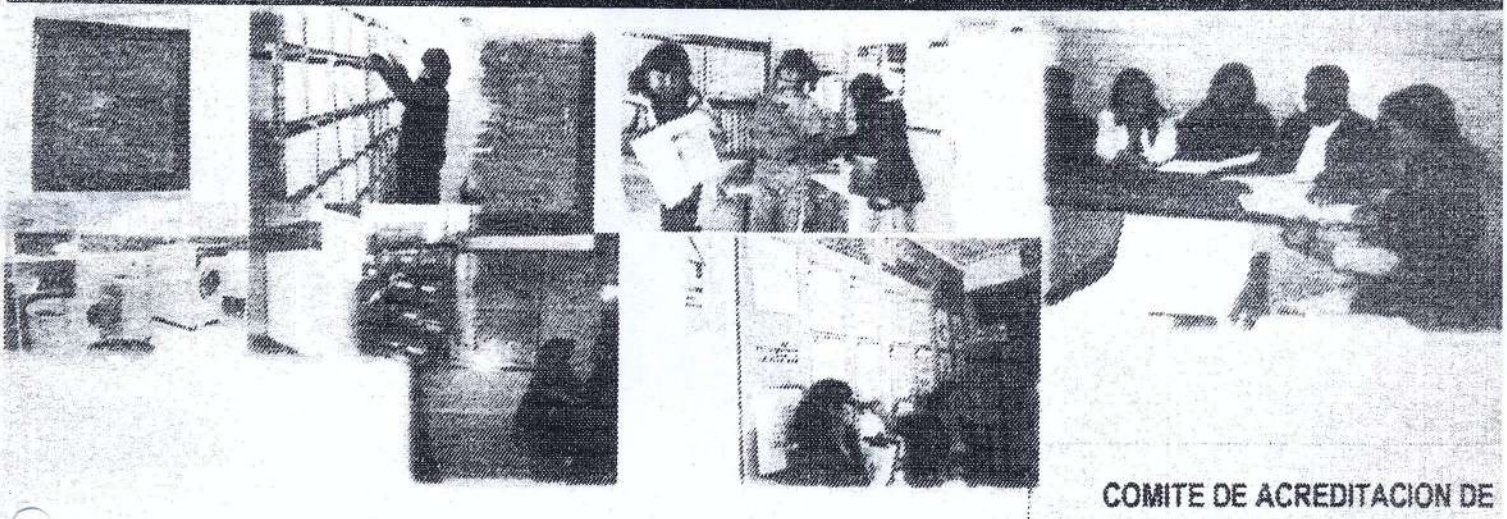
GOBIERNO REGIONAL PUNO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

RED DE SALUD CHUCUITO

2021

HOSPITAL "RAFAEL ORTIZ RAVINES"- JULI

PLAN DE AUTOEVALUACION



COMITE DE ACREDITACION DE ESTABLECIMEINTOS DE SALUD

- M.C. EVEN G. CHIRINOS COAGUILA
- LIC. ENF.JENNY B. VALDIVIA CAYLLAHUA
- TEC. ENF. JOSE ANGEL FLORES AÑAMURO
- LIC. EUSTAQUIO CHAMBILLA CHAMBILLA
- OBST. ESMERALDA QUIS ARGOLLO
- M.C. JUAN CARLOS TALAVERA ROJAS
- C.D. MICHELL MAMANI CAHUATA
- BLGO.RODOLFO ALFERE LOPEZ
- Q.F. CARMEN CHURA YAPUCHURA

APROBADO CON RD N° .....

PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN INTERNA DEL HOSPITAL "RAFAEL ORTIZ RAVINES" – JULI 2021

I. INTRODUCCIÓN

La calidad en la prestación de los servicios de salud es uno de los pilares para la transformación de los Sistemas de Salud que ha tenido lugar en los últimos años, en la mayoría de países la calidad de la atención es un requisito fundamental, orientado a otorgar seguridad a los usuarios, satisfacer sus expectativas por la atención de salud y minimizar los riesgos en la prestación de servicios; lo que ha conllevado a la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad en todas las instituciones prestadoras de salud del sistema peruano, que pueda ser evaluado regularmente, para lograr mejoras progresivas en cuanto a la calidad.

El Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), identifica la calidad de la atención como un principio básico de la atención en salud, estableciendo que la calidad es el conjunto de características técnico científicas, humanas y materiales que debe tener la atención de salud que se brinda a los usuarios para satisfacer sus expectativas en torno a ella. El sistema considera como uno de sus componentes el de información para la calidad, que está definido como el conjunto de estrategias, metodologías, instrumentos y procedimientos que permitan contar con evidencias de manera permanente y organizada, sobre la calidad de atención y los niveles de satisfacción de los usuarios internos y externos. En este sentido se plantea la utilización de estándares de calidad y un conjunto de instrumentos de soporte para la medición de los niveles de calidad alcanzados por la organización que permitan valorar el cumplimiento de las metas previstas.

La evaluación periódica de los estándares de calidad, tiene el propósito de garantizar la calidad, así como promover acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud.

Los estándares establecidos en el instrumento de evaluación permiten orientar al evaluador, tiene un alance integral de la institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) y están enfocadas a los diversos procesos.

El presente documento constituye el Plan de Autoevaluación de Estándares de Calidad como primer paso del mejoramiento continuo que nuestra institución ha iniciado y para lo cual se ha conformado un equipo de que se encargara de ejecutar este primer paso, en miras de obtener el objetivo principal el de ubicar al Hospital Rafael Ortiz Ravines Juli entre las IPRESS que brindan atención de calidad a los usuarios internos y externos.

La acreditación se basa en el principio básico de comparar una institución contra una serie de estándares previamente establecidos y que definen los principios generales de lo que se considera el desempeño "ideal" que se debe tener una institución en un momento dado y en unas condiciones específicas. Es así que la Acreditación se puede constituir en un excelente mecanismo para desencadenar procesos de mejoramiento continuo.

II. JUSTIFICACIÓN

La evaluación de calidad consiste en realizar una valoración para establecer las fortalezas y debilidades en la gestión, examinar la calidad de los servicios que brinda y buscar las mejoras posibles de realizar en función de estándares previamente establecidos.

Los elementos centrales de la evaluación de estándares de calidad son:

- La evaluación es un proceso de aprendizaje permanente.
- La evaluación como modelo, estrategia y herramienta, se constituye en actitud permanente de respeto e integración entre los involucrados en el proceso evaluativo. Evaluadores y evaluados se capacitan durante todo el tiempo es un proceso continuo.
- A partir de la evaluación de estándares de calidad se propone también un cambio en quienes son evaluados, en la manera de percibirse a sí mismos y de actuar como personas y como grupos, dejando de percibirse como individuos evaluados para constituirse en sujetos comprometidos en un proceso de empoderamiento, capaces de construir su propia evaluación con autodeterminación en la dirección constante de su perfeccionamiento.
- El Hospital Rafel Ortiz Ravines Juli, requiere garantizar a toda la población de usuarios la calidad de atención de los servicios que brinda.

III. FINALIDAD

Contribuir a garantizar que el Hospital Rafael Ortiz Ravines Juli, cuente con la capacidad para brindar atenciones de salud que cumplan con estándares de calidad.

Para tal fin, en el marco del Lineamiento de Política del Sector, el Ministerio de Salud a través de la R.M. N°456-2007/MINSA; Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo mediante NTS N°050-2007-

MINSA/DGSP, brindando las pautas técnicas y metodológicas para realizar el proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud, la misma que está contemplada por la R.M. N°270-2009/MINSA; Guía técnica del Evaluador para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, estos documentos tienen por finalidad:

1. Contribuir a garantizar a los usuarios y al Sistema de Salud que los establecimientos de salud o Servicios Médicos de Apoyo, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad, sobre la base de estándares nacionales previamente definidos.
2. Uniformizar el desarrollo de las evaluaciones en los diferentes establecimientos, buscando lograr una mayor objetividad en la aplicación de los criterios de evaluación para cada uno de los macro procesos gerenciales, asistenciales y de apoyo, en contexto se elabora el presente, Plan para su implementación.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar en la autoevaluación el nivel de cumplimiento de estándares, obteniendo evidencia relevante respecto al desempeño del Hospital Rafel Ortiz Ravines Juli, con miras al mejoramiento continuo de la calidad, garantizando seguridad en la atención a los usuarios.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Incorporar a la gestión del Hospital Rafael Ortiz Ravines Juli, la autoevaluación y el análisis correspondiente, como herramienta para incrementar la calidad del servicio que brinda.
- Implementar un Plan de Mejoramiento dirigido a enfrentar los problemas identificados en el desempeño de sus equipos de trabajo.
- Establecer procesos de mejoramiento continuo de la calidad para promover una cultura de calidad de atención en forma permanente.

V. BASE LEGAL

- Ley N°26842 "Ley General de Salud".
- Ley N°27657 "Ley del Ministerio de Salud".
- D.L. N° 1161 "Decreto Legislativo que prueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud".
- D.S. N°013-2006-SA que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- D.S. N°007-2006-SA, que modifico el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo mediante NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02
- resolución ministerial N° 270/MINSA, que aprueba la "Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo"

VI. ALCANCE

El presente Plan es de aplicación y cumplimiento obligatorio en todas las unidades orgánicas que constituye la institución, para lo cual los evaluadores internos implementan el proceso establecido en el presente documento.

VII. CONTENIDO

TECNICAS EVALUATIVAS

El equipo de Evaluadores del Hospital Rafel Ortiz Ravines de Juli, utilizara diversas técnicas de verificación que les permitan evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de calidad.

1. **Verificación documentaria:** constituye una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes de la IPRESS; el estudio de mapa de procesos, etc.

2. **Visita a Unidades:** Permite seguir la manera como se desarrollan los procesos en la práctica se observa a las personas, así también se trata de observar el entorno.
3. **Entrevistas:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de loes estándares de calidad.
4. **Trazado de paciente:** Método de evaluación de los procesos de las organizaciones hospitalarias que se llevan a cabo siguiendo la trayectoria asistencial que ha seguido el paciente en la institución.

Los estándares de calidad se hallan divididos en 6 secciones y 25 funciones tendiendo un total de 237 estándares de calidad.

Los estándares se basan en normas legales sectoriales, normas internas del Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli y estándares internacionales de las buenas prácticas.

VIII.- METODOLOGIA

1era fase: La autoevaluación se realizará a partir de La experiencia del equipo. Verificando y adaptando los criterios técnicos a la realidad de los servicios de salud del hospital II-1 de la RED DE SALUD CHUCUITO, siguiendo los siguientes pasos:

- Reunión para la elaboración del plan
- Identificación de macro procesos para cada servicio.
- Conformación de equipo responsable por cada macroproceso
- Sistematización de todas las fuentes auditables por cada macroproceso
- Comunicar oficialmente el inicio de la autoevaluación a los jefes de los diferentes servicios.

2da fase: ejecución de autoevaluación. se atravesará los siguientes momentos:

- Apertura del proceso de auto evaluación con asistencia del equipo en pleno, el personal del servicio evaluado, haciendo constar en el acta los procedimientos y objetivos de la acreditación.
- Interactuar entre evaluadores y evaluados a efecto de concertar las modalidades del proceso para iniciar con la presencia de los documentos solicitados (a la vista).
- Cada estándar es leído, comprendida e interpretación con la verificación de documentos en las áreas y servicios evaluados.

- Observación de la interacción del personal con los pacientes para inferir conclusiones del valor en el proceso.
- Recorrer los ambientes de todo el servicios o área conjuntamente con el personal para verificar los ambientes físicos, seguridad, privacidad y flujo de pacientes.
- Todos los hallazgos de fortalezas y debilidades se consignarán en el libro de actas y en el documento de trabajo.
- Al analizar los evaluadores presentadores presentaran un borrador de los resultados de la evaluación, haciendo notar los estándares débiles y las sugerencias de la mejora continua de la calidad.
- Cierre del acto de la evaluación interna, haciendo constar en el libro de actas y en los documentos los resultados preliminares.

3ra fase: preparación y entrega del informe del primer monitoreo de autoevaluación.

- Cada equipo evaluador hará alcance de las observaciones encontradas y las mejoras que se deben de realizar en los diferentes macroprocesos, común lapso de 30 días.
- Posterior a ello el equipo evaluador realizar el 2do monitoreo donde se deben encontrar mejoras en relación al primer monitoreo.
- Luego de SEIS meses se realizará la autoevaluación en sí, la misma que se informará a puno, por lo tanto, se realizará.
- Efectuar la reunión de cierre con las jefaturas de todos los servicios o áreas del establecimiento, a fin de brindar retroalimentación a cada equipo evaluado y comentar el grado en que lo criterios de evaluación se han cumplido, así como recoger sus puntos de vista y explicaciones al respecto.
- Acordar en la reunión la fecha de entrega del informe técnico, teniendo que quedar registrado en actas, así como lo anterior.
- Presentar el informe técnico de autoevaluación señalando las conclusiones de la evaluación interna, así como las respectivas recomendaciones.

  Si en la autoevaluación se alcanza un nivel igual o mayor a 85% se solicitará la evaluación externa a la DIRESA puno, para que continúe con el proceso de acreditación, de lo contrario se aplicara una segunda y/o siguientes autoevaluaciones de ser necesario, hasta que el establecimiento obtenga los niveles deseados.

VIII. RESPONSABILIDADES

- El presente plan de seguridad del paciente en el hospital "Rafael Ortiz Ravines" Juli.es de cumplimiento de los jefes y/o responsables, personal asistencial del hospital "Rafael Ortiz Ravines" Juli.
- Comité de seguridad del paciente del "Rafael Ortiz Ravines" Juli.
- La oficina de gestión de la calidad es la encargada de monitorear y supervisar las actividades comprendidas en el plan.

VIII.- ACTIVIDADES

Las actividades y tareas que se desarrollaran en el año 2021:

- Conformar el Equipo de Acreditación del Hospital, con documento resolutivo Directoral. Fecha máxima hasta mes Julio
- Selección con RD de Evaluadores Internos, capacitar y/o asistencia técnica para la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar. Hasta mes de Julio
- Elaboración y aprobación con RD del Plan de Autoevaluación a nivel de Hospital donde se consigne simultáneamente a los responsables del Servicio/área/departamento que interactúen con los evaluadores internos. Fecha máxima de entrega a DIRESA hasta mes Setiembre
- Comunicación del inicio de la autoevaluación, fecha máxima a comunicar a DIRESA hasta octubre 2021.
- Ejecución del Plan de Autoevaluación de los establecimientos de salud.
- Monitoreo de la ejecución de autoevaluación.
- Informe Técnico de la Autoevaluación, por los evaluadores internos. Envía a la DIRESA en impreso y en magnético hasta diciembre año 2021.
- Socializa el resultado de Autoevaluación y realiza planes de mejora en el hospital.

IX.- ORGANIZACIÓN

- Director del hospital "Rafael Ortiz Ravines" - Juli
- Responsable de SGCS del hospital "Rafael Ortiz Ravines" - Juli
- Equipo de acreditación de establecimientos del hospital "Rafael Ortiz Ravines" – Juli.

X.- RECURSOS

Recursos Humanos

- Director del Hospital "Rafael Ortiz Ravines"

- equipo de acreditación de establecimientos del Hospital "Rafael Ortiz Ravines"

  - M.C. EVEN G. CHIRINOS COAGUILA
  - LIC. ENF.JENNY B. VALDIVIA CAYLLAHUA
  - TEC. ENF. JOSE ANGEL FLORES AÑAMURO
  - LIC. EUSTAQUIO CHAMBILLA CHAMBILLA
  - OBST. ESMERALDA QUISPE ARGOLLO
  - M.C. JUAN CARLOS TALAVERA ROJAS
  - C.D. MICHELL MAMANI CAHUATA
  - BLGO.RODOLFO ALFEREZ LOPEZ
  - Q.F. CARMEN CHURA YAPUCHURA

- Responsable de SGCS del Hospital "Rafael Ortiz Ravines"
- Jefes y/o responsables de los servicios del hospital "Rafael Ortiz Ravines"

Recursos Materiales

Cantidad	Unidad	Description
02	Unidades	Archivadores palanca/ ancho 34x28.5x8.5 cm
12	unidad	fastener
12	Unidades	fólderes A-4
06	Unidades	lapiceros azules
02	millar	papel bond A-4
01	Unidad	toner para impresora HP laser 17 A

Servicios

cantidad	Unidad	Descripción
12	Unidades	anillados
500	Unidades	Copias de formatos de lista de estandares de acreditacion. anexo (8)

Activo fijo

cantidad	Unidades	descripción
01	Unidades	Equipo de cómputo con CPU, monitor, estabilizador y lectora.
01	Unidades	impresora

XI.- EJECUCIÓN

Se realizará de agosto a setiembre del 2021

XII.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

PERÚ | Ministerio de Salud

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

N°	COMPONENTE /LINEAS DE ACCION /CRITERIOS Y ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	METAS 2020	CRONOGRAMA - TRIMESTRAL				FUENTE VERIFICABLE	RESPONSABLE
				I	II	III	IV		
	Línea de Acción 4: Promover la Implementación de la Autoevaluación del proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud. Bajo la **RM N° 456-2007/MINSA y RM N° 270-2009/MINSA.** (Septima Política de Calidad en Salud).								
1	**Conformar el Equipo** de Acreditación a nivel de Hospital, con documento resolutivo Directoral. Fecha máxima **hasta mes Julio**	Dcto/RD	1		X			Resolución Directoral	Director Hosp y Responsable Calidad
2	Selección con RD de Evaluadores Internos, capacitar y/o asistencia técnica para la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar. Hasta mes de **Julio**	Dcto/RD	1		X			RD	Equipo Calidad DIRESA-PUNO, Responsable Redes,Hosp.
3	Elaboración y aprobación con RD del **Plan** de Autoevaluación a nivel de **Hospital** donde se consigne simultáneamente a los responsables del Servicio/área/departamento que interactúen con los evaluadores internos. Fecha máxima de entrega a DIRESA **hasta mes Setiembre**	Plan /RD	1		X			Informe de Asistencia Técnica, Libro actas	Director Hosp/ Responsable Calidad
4	Comunicación del inicio de la autoevaluación, fecha máxima a comunicar a DIRESA hasta Octubre 2020.	Documento	1			X		Consolidado de Planes	Responsable Calidad Redes y /Hosp
5	**Ejecución** del Plan de Autoevaluación de los establecimientos de salud.	Evaluado	1			X		Documento y formatos anexos.	Equipo Conformados MR/Hosp

6	**Informe Técnico** de la Autoevaluación, por los evaluadores internos. Envía a la DIRESA en impreso y en magnético **hasta diciembre año 2021**.	Informe	1				X	Informe Técnico Final de ejecuc - Autoevaluación y anexos.	Equipo Evaluadores Internos/Responsable Calidad /Hosp.
7	Socializa el resultado de Autoevaluación y realiza planes de mejora en los establecimientos de salud.	Informe	1				X	Libro actas, Informe	Responsable Calidad Redes y Comité a nivel de Redes.

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

JULI, 25 DE OCTUBRE DEL 2021

OFICIO N° 0124 – 2021 MICRO RED MOLINO – RED DE SALUD CHUCUITO

RED DE SALUD CHUCUITO
TRAMITE DOCUMENTARIO
JULI 29 OCT 2021
Nº REG.: HORA: 11:30
FOLIO: 04 FIRMA:

SEÑOR : *C.D. JUAN AUGUSTO DELGADO AZA*
DIRECTOR DE LA RED DE SALUD CHUCUITO

CON ATENCION : *COORDINADORA DE GESTION DE LA CALIDAD*

PRESENTE

ASUNTO : *REMITO PLAN DE AUTOEVALUACION DE LA MICRO RED MOLINO*

Es muy grato dirigirme a Ud. Para REMITIRLE EL PLAN DE AUTOEVALUACION de los establecimientos de la MICRO RED MOLINO.

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para reiterarle mis consideraciones de estima personal.

Atentamente.

MINISTERIO DE SALUD MICRO RED MOLINO RED DE SALUD CHUCUITO JEFATURA

Mary Bustinza Ticona
LIC.EN ENFERMERIA
CEP. 27756

MBT/mbt
C.C. UNID S.A.
C.C.ARCHIVO

PLAN DE AUTOEVALUACION INTERNA

DEL EQUIPO DE EVALUADORES DE LA MICRO RED MOLINO DE LA RED CHUCUITO JULI

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO 2021

Formulado por:

M.C. LORGE LUIS SOTO VASQUEZ

Lic. Enf. MARY BUSTINZA TICONA

Lic. Enf. CAROLA AGUIRRE AZAÑERO

OBST. MARIANA ESPEZUA SARDON

LIC. XENNIA YORMARA MELO ESCARCENA

I.- INTRODUCCION

La red de salud Chucuito – juli dentro de sus prioridades tiene el propósito de acreditar sus EE.SS. con este motivo ha iniciado el proceso de socialización sobre la importancia y la necesidad de conocer el grado de acertamientos del desempeño del personal de salud en los EE.SS. que conforma la micro red molino y los estándares de calidad previamente establecidos y conocidos.

En coherencia a la guía técnica del evaluador para la acreditación de EE.SS. servicios médicos de apoyo aprobado con R.M. N° 270-2009/MINSA, es necesario contar con un plan de evaluación interna, que orienta y describa los procedimientos y metodología durante la ejecución. En el presente plan conciliamos que los procedimientos de evaluación interna estarán en estricta relación a las normas del evaluador y estricta aplicación y estándares, de acuerdo a la categoria optada por los establecimientos.

Una de las acciones importantes durante la evaluación será intercambio e integración entre evaluados y evaluadores a fin de encontrar puntos de coincidencia para iniciar el trabajo concertado y continuado de la mejora de calidad en los establecimientos. Siendo una de las acciones del componente de la garantía y la mejora, es la acreditación de los establecimientos de salud en consecuencia es mandatorio, manejar los conceptos y practica correspondiente en los establecimientos de donde procede los evaluadores. La mejora de la calidad de atención en los servicios de salud y/o unidades productoras de servicio (UPS), implica haber implementado las acciones de mejora continua de la calidad, en caso necesario impulsando proyectos de mejora, seguridad del paciente, las auditorias de la calidad, acciones de escucha al usuario.

II.- JUSTIFICACION.

La responsabilidad de los servicios de salud, es atender con calidad, en consecuencia los desempeños de los establecimientos de salud deberán ajustarse a los estándares previamente conocidos.

Las expectativas de los usuarios, se traduce en una necesidad que puede desencadenar en vida o muerte, por ello, la oferta de los servicios de salud deberían estar dispuestos a

responder plenamente a las necesidades de la demanda y algo más, según los principios de la calidad.

Los jefes de establecimientos de salud asumen una responsabilidad ineludible de mantener una capacidad de respuesta oportuna y de excelencia en cada uno de los componentes de los trabajadores de los EE.SS.

La presente evaluación interna se realiza para fortalecer y afianzar una cultura de calidad en los servicios de salud el cual se llevara a cabo dentro de los objetivos de mejora de la calidad.

Esta evaluación interna permitirá al proceso de acreditación y una oportunidad de conocer el proceso hasta llegar a la acreditación del EE.SS.

III.- ALCANCE

El presente plan permitirá la aplicación y cumplimiento de la autoevaluación en todos los establecimientos de la MICRO RED MOLINO.

IV.- BASE LEGAL.

- Ley 26842 ley General de Salud
- Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud
- Ley N° 27867 Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales
- R .M. N° 1263-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N° 047-2004-DGSP/MINSA V.01 Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud.
- R. M. N° 519-2006/MINSA. Aprueba el Documento Técnico del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, uno de los principales procesos establece la mejora continua de la calidad.
- R. M. N° 456-2007/MINSA V.02. N.T. N° 050/MINSA Listado de Estándares de Acreditación para los EE.SS. según categoría y servicios médicos de apoyo.
- N. T. N° 050-MINSA/DGSP V. 02 listado de estándares de calidad aprobado con R.M. N° 270-2009/MINSA Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de EE.SS. y Servicios Médicos de Apoyo. V. 02. Plan del Sistema de Gestión de la Calidad-2016 y de Acreditación/DIRESA-PUNO.

V.- OBJETIVO GENERAL

- Generar pautas para el proceso de autoevaluación en los EE.SS. del ámbito de la MICRO RED MOLINO a fin de garantizar los procedimientos dentro de las normas establecidas, en el periodo establecido en el presente plan.

VI.- METODOLOGIA DE LA EVALUACION

Siendo la evaluación un procedimiento técnico administrativo que se realiza desde la vertiente cuantitativo- cualitativo y de valor. Con este motivo se vale de métodos seleccionados en cada criterio:

Durante el procedimiento, se tendrá en cuenta las técnicas de verificación /revisión, observación, entrevista, muestreo, encuestas, auditorias, según sea el criterio evaluado.

Al finalizar los evaluadores presentaran un borrador del informe de los resultados de la evaluación, haciendo notar que macro procesos están dentro de las debilidades y los criterios que merecen especial atención, para mejorar rápidamente y otros que necesariamente terminaran en proyectos de mejora.

Al concluir el proceso se realizara el cierre del acta con todos los acuerdos.

VII.- CRONOGRAMA DE EVALUIACION INTERNA DE LA MICRO RED MOLINO

RED	MICRO RED	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	CATEGORIA	CRONOGRAMA AUTOEVALUACION	
				INICIO	CULMINACION
CHUCUITO	MOLINO	P. S. SANTIAGO	I-2	29/10/2021	29/10/2021
CHUCUITO	MOLINO	C. S. CASPA	I-2	29/10/2021	29/10/2021
CHUCUITO	MOLINO	P. S. CHALLAPAMPA	I.1	03/11/2021	03/11/2021
CHUCUITO	MOLINO	P. S. CAJJE	I.1	03/11/2021	03/11/2021
CHUCUITO	MOLINO	C. S. MOLINO	I-2	04/11/2021	04/11/2021
CHUCUITO	MOLINO	P. S. CASIMUYO	I-1	05/11/2021	05/11/2021
CHUCUITO	MOLINO	P. S. KERUMA	I-1	09/11/2021	09/11/2021
CHUCUITO	MOLINO	C. S. PUEBLO LIBRE	I-3	24/11/2021	24/11/2021
CHUCUITO	MOLINO	P. S. YACANGO	I-1	14/11/2021	14/11/2021
CHUCUITO	MOLINO	P.S. SORAPA	I-1	14/11/2021	14/11/2021
CHUCUITO	MOLINO	P. S. PASIRI	I-1	16/11/2021	16/11/2021
CHUCUITO	MOLINO	P. S. COLLPAJAHUIRA	I-1	16/11/2021	16/11/2021
CHUCUITO	MOLINO	P. S. CALLACAMI	I-1	23/11/2021	23/11/2021

VIII.- REQUERIMIENTO DE APOYO LOGISTICO DE LA MICRO RED MOLINO

CANTIDAD	BIENES Y SERVICIO
01 UNIDAD	LIBRO DE ACTAS
30 UNIDAD	FOLDER DE PALANCA ARCHIVO
13 ANILLADOS	FOLLETO DE LA LISTA DE ESTANDARES PARA LA ACREDITACION DE LOS EE.SS. SEGÚN CATEGORIA
01 ANILLADO	CATEGORIA I-3
03 ANILLADOS	CATEGORIA I-2
09 ANILLADOS	CATEGORIA I-1
13 UNIDADES ANEXO 2	FOTOCOPIA DE LOS FORMATOS DE TRABAJO ANEXO 2 Y 4 DE LA GUIA DEL EVALUADOR
13 UNIDADES ANEXO 4	
04 UNIDAD	FOLLETO DE GUIA TECNICA DEL EVALUADOR PARA LA ACREDITACION DE EE.SS Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO
02 UNIDAD	APLICADOR MAGNETICO CD Y ACTUALIZADOR
2 MILLARES	PAPEL BOND A-4
1 UNIDAD	TONER HP LASER JET 85 A
100 GALONES	COMBUSTIBLE: GASOLINA

VIV.- ELABORACION DEL INFORME TECNICO.

Luego del procesamiento de datos y haber analizado los resultados, el equipo evaluador formulara el informe técnico final.

Juli, 25 de octubre del 2021

GOBIERNO REGIONAL DE PUNO

PERÚ Ministerio de Salud

RED DE SALUD CHUCUITO

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

POMATA, 11 DE AGOSTO DEL 2021

OFICIO Nº 123 - 2021 – C.S. POMATA – RED SALUD CHUCUITO – JULI

RED DE SALUD CHUCUITO
TRAMITE DOCUMENTARIO
25 AGO 2021
Nº REG.: HORA:
FOLIO: 17 FIRMA:

SEÑOR:

DR. WILDER CRUZ TICONA
DIRECTOR DE LA RED DE SALUD CHUCUITO – JULI
PRESENTE.-

ATENCIÓN:
Responsable de Calidad

ASUNTO : REMITO PLAN DE AUTOEVALUACION INTERNA – MICRORED POMATA

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a su vez informar a su despacho, que la Microred Pomata ha elaborado el Plan de Autoevaluación Interna de su jurisdicción en base a la Resolución Ministerial Nº 270 – 2009/MINSA, el mismo que se adjunta al presente, para su revisión y aprobación.

Sin otro en particular, es propicia la ocasión para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
RED DE SALUD CHUCUITO
JEFATURA
C.D. M. JESUS PAREDES BARRIGA
C.O.P. Nº 97672
MICRO RED POMATA

CC.
Archivo
JMPB/cras

PERÚ Ministerio de Salud

GOBIERNO REGIONAL P

DIRECCION REGIONAL DE SALUD P

RED DE SALUD CHU

2021

PLAN DE AUTOEVALUACION

COMITE DE ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

- EE.SS. I-3 POMATA: C.D. MARIO JESÚS PAREDES BARRIGA
- EE.SS. I-2 LAMPA GRANDE: OBST. DATIVA CHOQUEZA NINA
- EE.SS. I-2 AMPATIRI: OBST. LENKA LARISSA PANCLAS MAYDANA
- EE.SS. I-1 HUAPACA SAN MIGUEL: M.C. XIMENA THALIA PILCO CALISAYA
- EE.SS. I-1 TUQUINA: OBST. BITZAYDA HUARACHI LOPE
- EE.SS. I-1 TAMBILLO: OBST. FRANCISCA MOLLISACA AGUILAR
- EE.SS. I-1 LLAQUEPA: OBST. SHEYLA MARITZA MENDOZA ALBERTO
- EE.SS. I-1 COLLINI: LIC. ENF. NANCY ROCIO NINA OSCCO
- EE.SS. I-1 BATALLA: LIC. ENF. AYDEE ORDOÑO BAYLON

APROBADO CON RD N°
.....

PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN INTERNA DE LA MICRORED POMATA, 2021

I. INTRODUCCIÓN

La calidad en la prestación de los servicios de salud es uno de los pilares para la transformación de los Sistemas de Salud que ha tenido lugar en los últimos años, en la mayoría de países la calidad de la atención es un requisito fundamental, orientado a otorgar seguridad a los usuarios, satisfacer sus expectativas por la atención de salud y minimizar los riesgos en la prestación de servicios; lo que ha conllevado a la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad en todas las instituciones prestadoras de salud del sistema peruano, que pueda ser evaluado regularmente, para lograr mejoras progresivas en cuanto a la calidad.

El Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), identifica la calidad de la atención como un principio básico de la atención en salud, estableciendo que la calidad es el conjunto de características técnico científicas, humanas y materiales que debe tener la atención de salud que se brinda a los usuarios para satisfacer sus expectativas en torno a ella. El sistema considera como uno de sus componentes el de información para la calidad, que está definido como el conjunto de estrategias, metodologías, instrumentos y procedimientos que permitan contar con evidencias de manera permanente y organizada, sobre la calidad de atención y los niveles de satisfacción de los usuarios internos y externos. En este sentido se plantea la utilización de estándares de calidad y un conjunto de instrumentos de soporte para la medición de los niveles de calidad alcanzados por la organización que permitan valorar el cumplimiento de las metas previstas.

La evaluación periódica de los estándares de calidad, tiene el propósito de garantizar la calidad, así como promover acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud.

Los estándares establecidos en el instrumento de evaluación permiten orientar al evaluador, tiene un alance integral de la institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) y están enfocadas a los diversos procesos.

El presente documento constituye el Plan de Autoevaluación de Estándares de Calidad como primer paso del mejoramiento continuo que nuestra institución ha iniciado y para lo cual se ha conformado un equipo de que se encargara de ejecutar este primer paso, en miras de obtener el objetivo principal el de ubicar al Hospital Rafael Ortiz Ravines Juli entre las IPRESS que brindan atención de calidad a los usuarios internos y externos.

La acreditación se basa en el principio básico de comparar una institución contra una serie de estándares previamente establecidos y que definen los principios generales de lo que se considera el desempeño "ideal" que se debe tener una institución en un momento dado y en unas condiciones específicas. Es así que la Acreditación se puede constituir en un excelente mecanismo para desencadenar procesos de mejoramiento continuo.

II. JUSTIFICACIÓN

La evaluación de calidad consiste en realizar una valoración para establecer las fortalezas y debilidades en la gestión, examinar la calidad de los servicios que brinda y buscar las mejoras posibles de realizar en función de estándares previamente establecidos.

Los elementos centrales de la evaluación de estándares de calidad son:

- La evaluación es un proceso de aprendizaje permanente.
- La evaluación como modelo, estrategia y herramienta, se constituye en actitud permanente de respeto e integración entre los involucrados en el proceso evaluativo. Evaluadores y evaluados se capacitan durante todo el tiempo es un proceso continuo.
- A partir de la evaluación de estándares de calidad se propone también un cambio en quienes son evaluados, en la manera de percibirse a sí mismos y de actuar como personas y como grupos, dejando de percibirse como individuos evaluados para constituirse en sujetos comprometidos en un proceso de empoderamiento, capaces de

construir su propia evaluación con autodeterminación en la dirección constante de su perfeccionamiento.

- El Hospital Rafel Ortiz Ravines Juli, requiere garantizar a toda la población de usuarios la calidad de atención de los servicios que brinda.

III. FINALIDAD

Contribuir a garantizar que el Hospital Rafael Ortiz Ravines Juli, cuente con la capacidad para brindar atenciones de salud que cumplan con estándares de calidad.

Para tal fin, en el marco del Lineamiento de Política del Sector, el Ministerio de Salud a través de la R.M. N°456-2007/MINSA; Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo mediante NTS N°050-2007-MINSA/DGSP, brindando las pautas técnicas y metodológicas para realizar el proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud, la misma que está contemplada por la R.M. N°270-2009/MINSA; Guía técnica del Evaluador para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, estos documentos tienen por finalidad:

1. Contribuir a garantizar a los usuarios y al Sistema de Salud que los establecimientos de salud o Servicios Médicos de Apoyo, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad, sobre la base de estándares nacionales previamente definidos.
2. Uniformizar el desarrollo de las evaluaciones en los diferentes establecimientos, buscando lograr una mayor objetividad en la aplicación de los criterios de evaluación para cada uno de los macro procesos gerenciales, asistenciales y de apoyo, en contexto se elabora el presente, Plan para su implementación.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar en la autoevaluación el nivel de cumplimiento de estándares, obteniendo evidencia relevante respecto al desempeño del Hospital Rafel Ortiz Ravines Juli, con miras al mejoramiento continuo de la calidad, garantizando seguridad en la atención a los usuarios.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Incorporar a la gestión de la Microred Pomata, la autoevaluación y el análisis correspondiente, como herramienta para incrementar la calidad del servicio que brinda.
- Implementar un Plan de Mejoramiento dirigido a enfrentar los problemas identificados en el desempeño de sus equipos de trabajo.
- Establecer procesos de mejoramiento continuo de la calidad para promover una cultura de calidad de atención en forma permanente.

V. BASE LEGAL

- Ley N°26842 "Ley General de Salud".
- Ley N°27657 "Ley del Ministerio de Salud".
- D.L. N° 1161 "Decreto Legislativo que prueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud".
- D.S. N°013-2006-SA que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- D.S. N°007-2006-SA, que modifico el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

- Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo mediante NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02
- resolución ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo"

VI. ALCANCE

El presente Plan es de aplicación y cumplimiento obligatorio en todas las unidades orgánicas que constituye la institución, para lo cual los evaluadores internos implementan el proceso establecido en el presente documento.

VII. CONTENIDO

TECNICAS EVALUATIVAS

El equipo de Evaluadores de la Microred Pomata, utilizara diversas técnicas de verificación que les permitan evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de calidad.

1. **Verificación documentaria:** constituye una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes de la IPRESS; el estudio de mapa de procesos, etc.
2. **Visita a Unidades:** Permite seguir la manera como se desarrollan los procesos en la práctica se observa a las personas, así también se trata de observar el entorno.
3. **Entrevistas:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de loes estándares de calidad.
4. **Trazado de paciente:** Método de evaluación de los procesos de las organizaciones hospitalarias que se llevan a cabo siguiendo la trayectoria asistencial que ha seguido el paciente en la institución.

Los estándares de calidad se hallan divididos en 6 secciones y 25 funciones tendiendo un total de 237 estándares de calidad.

Los estándares se basan en normas legales sectoriales, normas internas y estándares internacionales de las buenas prácticas.

VIII.- METODOLOGIA

1era fase: La autoevaluación se realizará a partir de La experiencia del equipo. Verificando y adaptando los criterios técnicos a la realidad de los establecimientos de salud de la Micro red Pomata, siguiendo los siguientes pasos:

- Reunión para la elaboración del plan
- Identificación de macro procesos para cada servicio.
- Conformación de equipo responsable por cada macroproceso
- Sistematización de todas las fuentes auditables por cada macroproceso
- Comunicar oficialmente el inicio de la autoevaluación a los jefes de los diferentes servicios.

2da fase: EJECUCIÓN DE AUTOEVALUACIÓN. se atravesará los siguientes momentos:

- Apertura del proceso de auto evaluación con asistencia del equipo en pleno, el personal del servicio evaluado, haciendo constar en el acta los procedimientos y objetivos de la acreditación.
- Interactuar entre evaluadores y evaluados a efecto de concertar las modalidades del proceso para iniciar con la presencia de los documentos solicitados (a la vista).
- Cada estándar es leído, comprendida e interpretación con la verificación de documentos en las áreas y servicios evaluados.
- Observación de la interacción del personal con los pacientes para inferir conclusiones del valor en el proceso.
- Recorrer los ambientes de todo el servicios o área conjuntamente con el personal para verificar los ambientes físicos, seguridad, privacidad y flujo de pacientes.
- Todos los hallazgos de fortalezas y debilidades se consignarán en el libro de actas y en el documento de trabajo.
- Al analizar los evaluadores presentadores presentaran un borrador de los resultados de la evaluación, haciendo notar los estándares débiles y las sugerencias de la mejora continua de la calidad.

- Cierre del acto de la evaluación interna, haciendo constar en el libro de actas y en los documentos los resultados preliminares.

3ra fase: preparación y entrega del informe del primer monitoreo de autoevaluación.

- Cada equipo evaluador hará alcance de las observaciones encontradas y las mejoras que se deben de realizar en los diferentes macroprocesos, común lapso de 30 días.
- Posterior a ello el equipo evaluador realizar el 2do monitoreo donde se deben encontrar mejoras en relación al primer monitoreo.
- Luego de SEIS meses se realizará la autoevaluación en sí, la misma que se informará a puno, por lo tanto, se realizará.
- Efectuar la reunión de cierre con las jefaturas de todos los servicios o áreas del establecimiento, a fin de brindar retroalimentación a cada equipo evaluado y comentar el grado en que lo criterios de evaluación se han cumplido, así como recoger sus puntos de vista y explicaciones al respecto.
- Acordar en la reunión la fecha de entrega del informe técnico, teniendo que quedar registrado en actas, así como lo anterior.
- Presentar el informe técnico de autoevaluación señalando las conclusiones de la evaluación interna, así como las respectivas recomendaciones.

  Si en la autoevaluación se alcanza un nivel igual o mayor a 85% se solicitará la evaluación externa a la DIRESA puno, para que continúe con el proceso de acreditación, de lo contrario se aplicara una segunda y/o siguientes autoevaluaciones de ser necesario, hasta que el establecimiento obtenga los niveles deseados.

VIII. RESPONSABILIDADES

- El presente plan de seguridad del paciente en la MICRORED POMATA, es de cumplimiento de los jefes y/o responsables y personal asistencial.
- Comité de seguridad del paciente en la en la MICRORED POMATA.
- La oficina de gestión de la calidad es la encargada de monitorear y supervisar las actividades comprendidas en el plan.

VIII.- ACTIVIDADES

Las actividades y tareas que se desarrollaran en el año 2021:

- Conformar el Equipo de Acreditación de los establecimientos de salud de la Microred Pomata, con documento resolutivo Directoral. Fecha máxima hasta mes Julio
- Selección con RD de Evaluadores Internos, capacitar y/o asistencia técnica para la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar. Hasta mes de Julio
- Elaboración y aprobación con RD del Plan de Autoevaluación a nivel de la Microred Pomata, donde se consigne simultáneamente a los responsables del Servicio/área/departamento que interactúen con los evaluadores internos. Fecha máxima de entrega a Red de Salud Chucuito hasta mes Setiembre
- Comunicación del inicio de la autoevaluación, fecha máxima a comunicar a Red de Salud Chucuito hasta octubre 2021.
- Ejecución del Plan de Autoevaluación de los establecimientos de salud.
- Monitoreo de la ejecución de autoevaluación.
- Informe Técnico de la Autoevaluación, por los evaluadores internos. Envía a la Red de Salud Chucuito en impreso y en magnético hasta diciembre año 2021.
- Socializa el resultado de Autoevaluación y realiza planes de mejora en el hospital.

IX.- ORGANIZACIÓN

- Jefe de Microred Pomata
- Responsable de SGCS de la Microred Pomata
- Equipo de acreditación de establecimientos de la Microred Pomata.

X.- RECURSOS

Recursos Humanos

- Jefe de Microred Pomata
- Equipo de acreditación de establecimientos de salud de la Microred Pomata

  - C.D. MARIO JESÚS PAREDES BARRIGA
  - OBST. DATIVA CHOQUEZA NINA
  - OBST. LENKA LARISSA PANCLAS MAYDANA
  - M.C. XIMENA THALIA PILCO CALISAYA
  - OBST. BITZAYDA HUARACHI LOPE
  - OBST. FRANCISCA MOLLISACA AGUILAR
  - OBST. SHEYLA MARITZA MENDOZA ALBERTO
  - LIC. ENF. NANCY ROCIO NINA OSCCO
  - LIC. ENF. AYDEE ORDOÑO BAYLON
- Responsable de SGCS de la Microred Pomata

Recursos Materiales

Cantidad	Unidad	Description
02	Unidades	Archivadores palanca/ ancho 34x28.5x8.5 cm
12	unidad	Fastener
27	Unidades	fólderes A-4
12	Unidades	lapiceros azules
03	millar	papel bond A-4
01	Unidad	toner para impresora HP laser 17 A

Activo fijo

cantidad	Unidades	descripción
01	Unidades	Equipo de cómputo con CPU, monitor, estabilizador y lectora.
01	Unidades	Impresora

XI.- EJECUCIÓN

Se realizará de Agosto a Diciembre del 2021

XII.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

N°	COMPONENTE /LINEAS DE ACCION /CRITERIOS Y ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	METAS 2021	CRONOGRAMA - TRIMESTRAL				FUENTE VERIFICABLE	RESPONSABLE
				I	II	III	IV		
	Línea de Acción 4: Promover la Implementación de la Autoevaluación del proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud. Bajo la **RM N° 456-2007/MINSA y RM N° 270-2009/MINSA.** (Septima Política de Calidad en Salud).								
1	**Conformar el Equipo** de Acreditación a nivel de **Microred Pomata**, con documento resolutivo Directoral. Fecha máxima **hasta mes Julio**	Dcto/RD	1		X			Resolución Directoral	Jefe de Microred / Resp. De Calidad
2	Selección con RD de Evaluadores Internos, capacitar y/o asistencia técnica para la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar. Hasta mes de **Julio**	Dcto/RD	1		X			Resolución Directoral	Equipo Calidad
3	Elaboración y aprobación con RD del **Plan** de Autoevaluación a nivel de **Microred Pomata** donde se consigne simultáneamente a los responsables del Servicio/área/departamento que interactúen con los evaluadores internos. Fecha máxima de entrega a DIRESA **hasta mes Setiembre**	Plan /RD	1		X			Informe de Asistencia Técnica, Libro actas	Jefe de Microred / Resp. De Calidad
4	Comunicación del inicio de la autoevaluación, fecha máxima a comunicar a Red de Salud Chucuito - Juli hasta Octubre 2021.	Documento	1			X		Consolidado de Planes	Responsable Calidad MCR Pomata
5	**Ejecución** del Plan de Autoevaluación de los establecimientos de salud.	Evaluado	1			X		Documento y formatos anexos.	Equipo Conformados MCR Pomata

6	**Informe Técnico** de la Autoevaluación, por los evaluadores internos. Envía a la Red de Salud Chucuito - Juli en impreso y en magnético **hasta diciembre año 2021**.	Informe	1				X	Informe Técnico Final de ejecuc - Autoevaluación y anexos.	Equipo Evaluadores Internos/Responsable Calidad /MCR Pomata
7	Socializa el resultado de Autoevaluación y realiza planes de mejora en los establecimientos de salud.	Informe	1				X	Libro actas, Informe	Responsable Calidad

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA EJECUCIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN

Responsable Por Sub Equipo	Macroprocesos	Equipos de evaluadores internos	Responsables evaluados	SETIEMBRE										
				L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	S
				6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	18
C.D. JESUS MARIO PAREDES BARRIGA	Direccionamiento	C.D. Jesús Mario Paredes Barriga	EE.SS. de la MCR Pomata	X										
	Gestión de recursos Humanos	Tec. Adm. Maximiliano Foraquita Maquera	EE.SS. de la MCR Pomata	X										
	Gestión de la Calidad	C.D. Miriam Patricia Maldonado Iturry	EE.SS. de la MCR Pomata		X									
	Manejo del riesgo de atención	Obst. Dativa Choqueza Nina	EE.SS. de la MCR Pomata		X									
	Emergencias y desastres	Obst. Dativa Choqueza Nina	EE.SS. de la MCR Pomata		X									
	Control de la gestión y prestación	C.D. Jesús Mario Paredes Barriga	EE.SS. de la MCR Pomata											
M.C. XIMENA THALIA PILCO CALISAYA	Atención ambulatoria y Atención Extramural	Lic. Enf. Vilma Arratia Mamani	EE.SS. de la MCR Pomata				X							
	Atención de emergencias	Obst. Bitzayda Huarachi Lope	EE.SS. de la MCR Pomata				X							
MONITOREO DE LA EJECUCUÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN								X						
LIC. ENF. AYDEE ORDOÑ	Apoyo a Diagnóstico y tratamiento	M.C. Ximena Thalia Pilco Calisaya	EE.SS. de la MCR Pomata					X						
	Admisión y alta	Lic. Enf. Aydee Ordoño Baylon	EE.SS. de la MCR Pomata						X					

O BAYLON	Referencia y Contra referencia	Obst. Ruth Raquel Damián Cutipa	EE.SS. de la MCR Pomata						X					
	Gestión de medicamentos	Q.F. Ayded Solina Puma León	EE.SS. de la MCR Pomata						X					
	Gestión de la Información	Obst. Sheyla Maritza Mendoza Alberto	EE.SS. de la MCR Pomata							X				
	Esterilización, lavandería y limpieza	Lic. Enf. Vilma Arratia Mamani	EE.SS. de la MCR Pomata							X				
	Manejo de riesgo Social	Obst. Sheyla Maritza Mendoza Alberto	EE.SS. de la MCR Pomata								X			
OBST. DATIVA CHOQUE ZA NINA	Gestión de insumos y materiales	Tec. Adm. Maximiliano Foraquita Maquera	EE.SS. de la MCR Pomata									X		
OBST. SHEYLA MARITZA MENDOZ A ALBERT O	Gestión de equipos e infraestructura	Sr. Jorge Murillo Ticona	EE.SS. de la MCR Pomata										X	X

EQUIPO DE EVALUACIÓN

SECRETARIO TÉCNICO DEL COMITÉ DE AUTOEVALUACIÓN:
MVZ. Carlos Richard Ajalli Sarmiento

Responsable Por Sub Equipo	Macroprocesos	Equipos de evaluadores internos
C.D. JESUS MARIO PAREDES BARRIGA	Direccionamiento	Tec. Adm. Maximiliano Foraquita Maquera Obst. Dativa Choqueza Nina C.D. Miriam Patricia Maldonado Iturry
	Gestión de recursos Humanos	
	Gestión de la Calidad	
	Manejo del riesgo de atención	
	Emergencias y desastres	
	Control de la gestión y prestación	
M.C. XIMENA THALIA PILCO CALISAYA	Atención ambulatoria	Lic. Enf. Vilma Arratia Mamani Obst. Bitzayda Huarachi Lope
	Atención de emergencias	
LIC. ENF. AYDEE ORDOÑO BAYLON	Apoyo a Diagnóstico y tratamiento	M.C. Ximena Thalia Pilco Calisaya Obst. Ruth Raquel Damián Cutipa Q.F. Ayded Solina Puma León Obst. Sheyla Maritza Mendoza Alberto Lic. Enf. Vilma Arratia Mamani
	Admisión y alta	
	Referencia y Contrarreferencia	
	Gestión de medicamentos	
	Gestión de la Información	
	Esterilización, lavandería y limpieza	
	Manejo de riesgo Social	
OBST. DATIVA CHOQUEZA NINA	Gestión de insumos y materiales	Tec. Adm. Maximiliano Foraquita Maquera
OBST. SHEYLA MARITZA MENDOZA ALBERTO	Gestión de equipos e infraestructura	Sr. Jorge Murillo Ticona

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"

"AÑO DEL BICENTENARIO"

Zepita, 05 de agosto del 2021

RED DE SALUD CHUCUITO
TRAMITE DOCUMENTARIO
06 AGO 2021
HORA: 3.30

OFICIO Nº 057-2021-ZEPITA-MR-ZEP-REDESS-CHUCUITO.

A : M.C. Wilder CRUZ TICONA

ATENCION : **DIRECTOR DE LA RED DE SALUD CHUCUITO**
RESPONSABLE DE CALIDAD

ASUNTO : PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACION MICRO RED ZEPITA

REFERENCIA : OFICIO N° 001-2021-D-SGCSS-R.S.CH./JULI CALIDAD/REDSALUDCHUCUITO

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez comunicarle lo siguiente:

Que mediante documento de referencia se le remite la información solicitada con respecto al proceso de autoevaluación que se aplicara en la jurisdicción de la micro red Zepita correspondientes a los establecimientos:

1. EE.SS. I-3 ZEPITA
2. EE.SS. I-2 IZANI
3. EE.SS. I-2 PARCO PATACOLLO
4. EE.SS. I-1 ALTO PATACOLLO
5. EE.SS. I-2. ALTO PAVITA
6. EE.SS. I-1 BAJO PAVITA
7. EE.SS. I-1TASAPA PATACOLLO
8. EE.SS. I -1. ANCOPUTO
9. EE.SS. MOLINO KAPIA
10. EE.SS. I-2 VILLA CHIMU
11. EE.SS. I-1 ALTO AYRIHUAS
12. EE.SS. I-2. SICUYANI

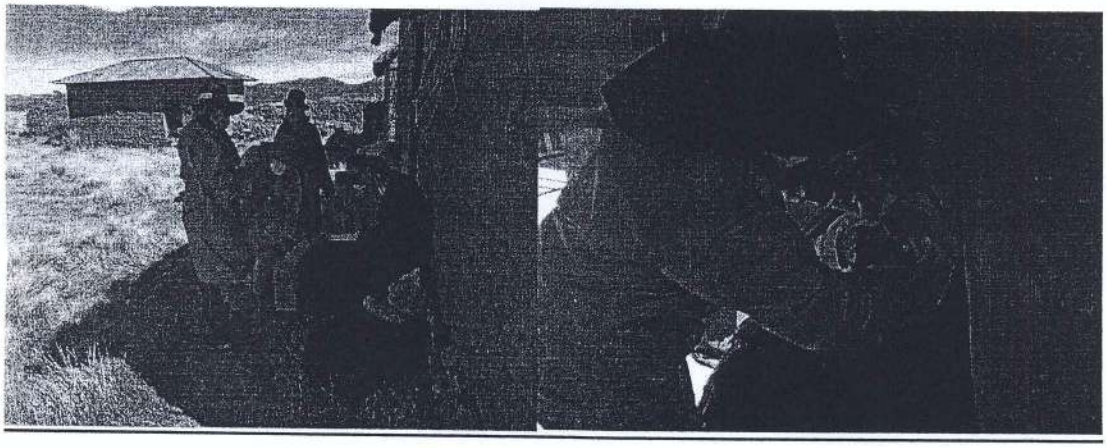
Esperando se tenga la atención correspondiente me despido cordialmente. Atentamente:

Luz Marina Rampaza Condori
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 55435

PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACION

MICRORED ZEPITA

2021



PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN

I. OBJETIVOS.

Medir el grado de calidad en el desempeño institucional y de los trabajadores de salud en la prestación de servicios a los usuarios, según estándares de calidad permitiendo determinar el dato inicial o basal para promover las acciones de mejora continua de la calidad de atención en salud.

Comprometer a las instituciones de salud para mejorar la calidad de atención al usuario trabajando en disminuir los riesgos de los servicios de salud con un enfoque humano.

II. INFORMACION BASICA

2.1. Equipo evaluador: Como se indica en la norma técnica Nº 050-MINSA/DGSP-V.02

EQUIPO DE EVALUACION MICRO RED ZEPITA: CONFORMADO POR LOS JEFES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

1. EE.SS. I-3 ZEPITA: Lic. Enf. Antonieta FIGUEROA RAMOS.
2. EE.SS. I-2 IZANI: M.C. Alexander Jhonatan CHAMBILLA RAMOS.
3. EE.SS. I-2 PARCO PATACOLLO: M.C. CYNTIA KATERINE PUMA ZEA.
4. EE.SS. I-1 ALTO PATACOLLO: LIC. ENF EFRAIN SANTOS SANTOS
5. EE.SS. I-2. ALTO PAVITA: M.C. PEDRO EDSON RAMOS PARI
6. EE.SS. I-1 BAJO PAVITA: LIC. ENF. LUZMERY CECINARDO PARI.
7. EE.SS. I-1TASAPA PATACOLLO: M.C. HANS DAVID GAVINO MACHACA
8. EE.SS. I -1. ANCOPUTO:M.C. CRISTIAN SILVA FLORES
9. EE.SS. MOLINO KAPIA: IDALIA INGRID MONROY TUMPI
10. EE.SS. I-2 VILLA CHIMU:LIC. ENF. NATTY QUISPE YANA
11. EE.SS. I-1 ALTO AYRIHUAS: OBST. VILA FLORES CUTIPA
12. EE.SS. I-2. SICUYANI:M.C. ROCIO DAYANA HUANCOLLO CASTRO.

RESPONSABLE DE CALIDAD: M.C. LUZ MARINA PARIAPAZA CONDORI.

2.2. Instrumentos utilizados:

- Normas técnicas de salud, para la acreditación y establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo NT N° 50 – MINSA/DGSP – V.02 aprobada con RM N° 456 – 2007/MINSA.

- Aplicativo de acreditación.
- Listado de estándares de acreditación de establecimiento.
- Guía técnica del evaluador RM N° 270-2009/MINSA.
- Formatos de registro de datos, hoja de recomendaciones y matriz de selección (Anexos 2.4 y 5).

2.3. Metodologías empleadas:

Entre métodos más utilizados durante el proceso tenemos las sugeridas en la guía del evaluador.

- Verificación/revisión de documentos.
- Observación especialmente los procedimientos de prestación
- Entrevista a los usuarios internos y externos, según sea el caso.
- Las muestras que se han adoptado para la revisión u observación de H.CL. y otras, se consideró el 50% de la atención del mes anterior en cumplimiento al acuerdo adoptado en la comisión sectorial.
- La encuesta se han aplicado en los usuarios y trabajadores del establecimiento según sea el caso.
- En algunos casos se han realizado las auditorias de calidad.
- Un trabajo en equipo entre los evaluados y evaluadores a efecto de buscar mayor acercamiento y solidaridad, reduce en el apoyo reciproco en el proceso de mejora.

III. DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

3.1. En primer término, el equipo evaluador en pleno se hace presente al jefe del establecimiento y el personal, para presentar los motivos de la visita, concertar sobre la metodología a utilizar durante el proceso de evaluación interna, instrumento y normas u otros documentos verificables.

3.2. Al concluir el proceso de evaluación se presenta a: el cumplimiento del plan de autoevaluación con los resultados de hallazgos, las recomendaciones y la necesidad de elaboración de proyectos de mejora de calidad o de inversión.

	ESTABLECIMIENTOS	INICIO DE AUTOEVALUACION	CONCLUSION DE AUTOEVALUACION	INFORME TECNICO
1	EE.SS. I-3 ZEPITA	26/10/21	30/10/21	NOVIEMBRE
2	EE.SS. I-2 IZANI	01/09/21	05/09/21	NOVIEMBRE
3	EE.SS. I-2. Alto Pavita	06/09/21	10/09/21	NOVIEMBRE
4	EE.SS. I-2 SICUYANI	11/09/21	15/09/21	NOVIEMBRE
5	EE.SS. I-2 PARCO PATACOLLO	16/09/21	20/09/21	NOVIEMBRE
6	EE.SS. I-1 ALTO AYRIHUAS	21/09/21	25/09/21	NOVIEMBRE
7	EE.SS. I-1 VILLA CHIMU	26/09/21	30/09/21	NOVIEMBRE
8	EE.SS. I-1 TASAPA PATACOLLO	01/10/21	05/10/21	NOVIEMBRE
9	EE.SS. I-1 ALTO PATACOLLO	06/10/21	10/10/21	NOVIEMBRE
10	EE.SS. I-1 BAJO PAVITA	11/10/21	15/10/21	NOVIEMBRE
11	EE.SS. I-1 MOLINO KAPIA	16/10/21	20/10/21	NOVIEMBRE
12	EE.SS. I-1 ANCOPUTO	21/10/21	25/10/21	NOVIEMBRE

Luz Marina Parmanza Condori
MÉDICO CIRUJANO
CMP 55435

PLAN DE AUTOEVALUACION INTERNA

DEL EQUIPO DE EVALUADORES DE LA MICRO RED DESAGUADERO

RED DE SALUD CHUCUITO JULI

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

2021

Elaborado por:

1. M.F. y C. Demhos Achahuancoa Apaza
2. Lic. Enf. Magali Castañon calderón
3. Obst. Mewry Luz Sanches Condori

I.- INTRODUCCION

La Red de Salud Chucuito – Juli dentro de sus prioridades tiene el propósito de acreditar sus EE.SS. con este motivo ha iniciado el proceso de socialización sobre la importancia y la necesidad de conocer el grado de acertamientos del desempeño del personal de salud en los EE.SS. que conforma la micro red molino y los estándares de calidad previamente establecidos y conocidos.

En coherencia a la guía técnica del evaluador para la acreditación de EE.SS. servicios médicos de apoyo aprobado con R.M. N° 270-2009/MINSA, es necesario contar con un plan de evaluación interna, que orienta y describa los procedimientos y metodología durante la ejecución. En el presente plan conciliamos que los procedimientos de evaluación interna estarán en estricta relación a las normas del evaluador y estricta aplicación y estándares, de acuerdo a la categoría optada por los establecimientos.

Una de las acciones importantes durante la evaluación será intercambio e integración entre evaluados y evaluadores a fin de encontrar puntos de coincidencia para iniciar el trabajo concertado y continuado de la mejora de calidad en los establecimientos. Siendo una de las acciones del componente de la garantía y la mejora, es la acreditación de los establecimientos de salud en consecuencia es mandatorio, manejar los conceptos y practica correspondiente en los establecimientos de donde procede los evaluadores. La mejora de la calidad de atención en los servicios de salud y/o unidades productoras de servicio (UPS), implica haber implementado las acciones de mejora continua de la calidad, en caso necesario impulsando proyectos de mejora, seguridad del paciente, las auditorias de la calidad, acciones de escucha al usuario.

II.- JUSTIFICACION.

La responsabilidad de los servicios de salud, es atender con calidad, en consecuencia, los desempeños de los establecimientos de salud deberán ajustarse a los estándares previamente conocidos.

Las expectativas de los usuarios, se traduce en una necesidad que puede desencadenar en vida o muerte, por ello, la oferta de los servicios de salud debería estar dispuestos a responder plenamente a las necesidades de la demanda y algo más, según los principios de la calidad.

Los jefes de establecimientos de salud asumen una responsabilidad ineludible de mantener una capacidad de respuesta oportuna y de excelencia en cada uno de los componentes de los trabajadores de los EE.SS.

La presente evaluación interna se realiza para fortalecer y afianzar una cultura de calidad en los servicios de salud el cual se llevará a cabo dentro de los objetivos de mejora de la calidad.

Esta evaluación interna permitirá al proceso de acreditación y una oportunidad de conocer el proceso hasta llegar a la acreditación del EE.SS.

III.- ALCANCE

El presente plan permitirá la aplicación y cumplimiento de la autoevaluación en todos los establecimientos de la MICRO RED DESAGUADERO.

IV.- BASE LEGAL.

- Ley 26842 ley General de Salud
- Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud
- Ley N° 27867 Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales
- R .M. N° 1263-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N° 047-2004-DGSP/MINSA V.01 Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud.
- R. M. N° 519-2006/MINSA. Aprueba el Documento Técnico del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, uno de los principales procesos establece la mejora continua de la calidad.
- R. M. N° 456-2007/MINSA V.02. N.T. N° 050/MINSA Listado de Estándares de Acreditación para los EE.SS. según categoría y servicios médicos de apoyo.
- N. T. N° 050-MINSA/DGSP V. 02 listado de estándares de calidad aprobado con R.M. N° 270-2009/MINSA Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de EE.SS. y Servicios Médicos de Apoyo. V. 02. Plan del Sistema de Gestión de la Calidad-2016 y de Acreditación/DIRESA-PUNO.

V.- OBJETIVO GENERAL

- Generar pautas para el proceso de autoevaluación en los EE.SS. del ámbito de la MICRO RED DESAGUADERO a fin de garantizar los procedimientos dentro de las normas establecidas, en el periodo establecido en el presente plan.

VI.- METODOLOGIA DE LA EVALUACION

Siendo la evaluación un procedimiento técnico administrativo que se realiza desde la vertiente cuantitativo- cualitativo y de valor. Con este motivo se vale de métodos seleccionados en cada criterio:

Durante el procedimiento, se tendrá en cuenta las técnicas de verificación /revisión, observación, entrevista, muestreo, encuestas, auditorias, según sea el criterio evaluado.

Al finalizar los evaluadores presentaran un borrador del informe de los resultados de la evaluación, haciendo notar que macro procesos están dentro de las debilidades y los criterios que merecen especial atención, para mejorar rápidamente y otros que necesariamente terminaran en proyectos de mejora.

Al concluir el proceso se realizará el cierre del acta con todos los acuerdos.

VII.- CRONOGRAMA DE EVALUACION INTERNA DE LA MICRO RED DESAGUADERO

RED	MICRO RED	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	CATEGORIA	CRONOGRAMA AUTOEVALUACION	
				INICIO	CULMINACION
CHUCUITO	DESAGUADERO	C.S. DESAGUADERO	I-4	15/11/2021	22/11/2021
CHUCUITO	DESAGUADERO	C. S. HUACULLANI	I-3	18/11/2021	18/11/2021
CHUCUITO	DESAGUADERO	C S. KELUYO	I-3	20/11/2021	20/11/2021
CHUCUITO	DESAGUADERO	P.S. CARANCAS	I-1	16/11/2021	16/11/2021
CHUCUITO	DESAGUADERO	P.S. SANTA CRUZ AYRIHUAS	I-1	17/11/2021	18/11/2021
CHUCUITO	DESAGUADERO	P S. CALLAZA	I-1	05/11/2021	05/11/2021
CHUCUITO	DESAGUADERO	P.S. CHACOCOLLO	I-1	21/11/2021	21/11/2021
CHUCUITO	DESAGUADERO	P.S. TOTOROMA	I-1	22/11/2021	22/11/2021
CHUCUITO	DESAGUADERO	P S. TULACOLLO	I-1	23/11/2021	23/11/2021
CHUCUITO	DESAGUADERO	P.S. ALTO LLALLAGUA	I-1	25/11/2021	25/11/2021
CHUCUITO	DESAGUADERO	P.S. BAJO LLALLAGUA	I-1	26/11/2021	26/11/2021

VIII.- REQUERIMIENTO DE APOYO LOGISTICO DE LA MICRO RED DESAGUADERO

CANTIDAD	BIENES Y SERVICIO
01 UNIDAD	LIBRO DE ACTAS
11 ANILLADOS	FOLLETO DE LA LISTA DE ESTANDARES PARA LA ACREDITACION DE LOS EE.SS. SEGUN CATEGORIA
01 ANILLADO	CATEGORIA I-4
02 ANILLADOS	CATEGORIA I-3
08 ANILLADOS	CATEGORIA I-1
11 UNIDADES ANEXO 2	FOTOCOPIA DE LOS FORMATOS DE TRABAJO ANEXO 2 Y 4 DE LA GUIA DEL EVALUADOR
11 UNIDADES ANEXO 4	
04 UNIDAD	FOLLETO DE GUIA TECNICA DEL EVALUADOR PARA LA ACREDITACION DE EE SS Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO
02 UNIDAD	APLICADOR MAGNETICO CD Y ACTUALIZADOR
2 MILLARES	PAPEL BOND A-4
1 UNIDAD	TONER HP LASER JET 85 A
100 GALONES	COMBUSTIBLE: GASOLINA

VIV.- ELABORACION DEL INFORME TECNICO.

Luego del procesamiento de datos y haber analizado los resultados, el equipo evaluador formulara el informe técnico final.

Desaguadero, 16 de setiembre del 2021