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

N° 381-2023-D-RED-S-CH/AF-RR.HH./J

Resolución Directoral

Juli, 16 de agosto de 2023

VISTOS:

La hoja de trámite documentario con registro N° 5576, de fecha 02 de agosto de 2023, que contiene el Oficio N° 035-2023-RED-SALUD-CHUCUITO-JULI/UFCSS, de fecha 02 de agosto de 2023, presentado y suscrito por el MVZ CARLOS RICHARD AJALLI SARMIENTO, responsable de Calidad y Servicios de Salud de la Red de Salud Chucuito, adjuntando el Plan de Trabajo de Autoevaluación – Hospital ROR- Juli, 2023 y;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley No 26842 - Ley General de Salud, establece que toda persona "tiene derecho a la protección de su salud, siendo que la salud pública es responsabilidad primaria del Estado y que su protección y provisión es de interés público, por tanto, es responsabilidad del Estado regular, vigilar promover en condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad, calidad".

Que, los numerales I Y II del Título Preliminar de la Ley Ne 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual colectivo, y que la protección de la salud de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, Vigilarla y promoverla;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006 MINSA, de fecha 30 de mayo del 2006, se aprobó el documento técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", en él se establecen los conceptos, principios, políticas, objetivos, componentes y niveles del Sistema de Gestión de Calidad en Salud, que han de servir de marco para el desarrollo de acciones de mejora de la calidad de atención de salud en las entidades prestadoras del sector de nivel nacional, regional y local, con el propósito de satisfacer a los usuarios, aumentado la eficacia y la eficiencia de los procesos en el corto, mediano y largo plazo. Documento en el cual también afirma enfáticamente que son los trabajadores de la salud los reales artífices de los cambios que el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud busca promover y orientar, asimismo este contiene como uno de sus principales procesos en relativo a la acreditación, que tiene por finalidad garantizar a los usuarios, que los establecimientos de salud, según su nivel de complejidad, cuenten con recursos y capacidades para brindar prestaciones de calidad en base a estándares r nacionales previamente definidos.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 703-2006 MINSA, de fecha 26 de julio del 2006, se resuelve en su artículo 1° Aprobar la NTS N° 050-MINSA/ DGSP-V.01, "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo o", la misma que es modificada por la Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, de fecha 04 de junio del 200 7, en la cual se Aprueba el NTS N° 050-MINSA /DGSP-V.02;

Que la NTS N° 050-MINSA DGSPLV ,02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo o", tiene por 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, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos, siendo uno de sus objetivos Promover una cultura de calidad en todos los estable cimientes de salud o servicios médicos de apoyo del país a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, de fecha 23 de abril del 2009, se resuelve en su artículo 1%. Aprobar la " Guía Técnica de Evaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", como guía de referencia nacional, de

Resolución Directoral

Juli, 16 de agosto de 2023

aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector, que pertenecen a los niveles I, II y la categoría II-1 en el ámbito nacional incluyendo a los servicios prestados por terceros;

Que, la Guia Técnica en mención tiene por finalidad estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en la: dos fases del proceso de acreditación. buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación: Brindando elementos conceptuales sobre el proceso de acreditación, como mecanismo de gestión y evaluación de la calidad en la atención Proporcionando elementos metodológicos para uniformizar los procedimientos para la autoevaluación y la evaluación externa Estableciendo paulas para la organización del trabajo de los evaluadores internos y externos durante el proceso de acreditación.

Que, mediante Oficio N° 035-2023-RED-SALUD-CHUCUITO-JULI/UFCSS, de fecha 02 de agosto de 2023, presentado y suscrito por el MVZ CARLOS RICHARD AJALLI SARMIENTO, responsable de Calidad y Servicios de Salud de la Red de Salud Chucuito, adjuntando el Plan de Trabajo de Autoevaluación Hospital ROR- Juli, 2023 y; a folios (13);

Que, el "Plan de Trabajo de Autoevaluación Hospital ROR- Juli, 2023" tiene como finalidad contribuir a garantizar que el Hospital Rafael Ortiz Rabines Juli, cuente con la capacidad para brindar atenciones de salud que cumplan con estándares de calidad.

Que, por las consideraciones previamente expuestas, con el visto bueno de la Dirección de Salud de las Personas, Administración de la Red Chucuito, y conforme a 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, según Ordenanza Regional N° 012-2014-GRP-CRP, que aprueba la modificación del Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud en Puno y Estructura Orgánica de la Dirección Regional de Salud en Puno, y la Resolución Gerencial General Regional N° 023-2023-GGR-GR PUNO, de designación de funciones y atribuciones, y;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°. - APROBAR, EL "PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN HOSPITAL ROR- JULI, 2023" documento que consta de un total de trece (13) folios, la misma que forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2°. ENCARGAR, al responsable de Calidad y Servicios de Salud de la Red de Salud Chucuito, cumplir con las acciones correspondientes, según lo establecido en las normas emanadas del MINSA, instrumentos de Gestión y demás normas conexas, bajo responsabilidad.

ARTÍCULO 3°. TRANSCRÍBASE Y NOTIFÍQUESE, al interesado y demás instancias administrativas correspondientes para conocimiento y fines de ley.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.

M.C. Emerson Acutto Condo
DIRECTOR EJECUTIVO
RED SALUD CHUCUITO JULI

JULI, 02 DE AGOSTO DEL 2023

RED DE SALUD CHUCUITO
TRAMITE DOCUMENTARIO
02 AGO 2023
065378
HORA 15:07
FOLIOS 13

OFICIO Nº 035 – 2023 – RED-SALUD-CHUCUITO – JULI/UFCSS

SEÑOR:
M.C. EMERSON AQUINO CONDORI
DIRECTOR DE LA RED DE SALUD CHUCUITO

PRESENTE. –

ASUNTO : SOLICITO EMISIÓN DE RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DE PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN – HOSPITAL ROR – JULI, 2023

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a su vez, informar a su despacho que en cumplimiento de la Ficha N° 30: Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud y la RM N' 456-2007/NANSA. NTS para la Acreditación de establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo," el Hospital Rafael Ortiz Ravines – Juli ha remitido el plan de trabajo de autoevaluación el mismo que ha sido validado por este despacho. Por lo cual, solicito a su despacho, disponga la emisión de acto resolutivo de aprobación de dicho plan de trabajo en cumplimiento de los compromisos contenidos en convenios de gestión.

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

Atentamente,

MVZ. Carlos Richard Aalli Sarmiento
Médico Veterinario Zootecnista
C.M.V.P. 10457

cc
Archivo
crae

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

Juli, 02 MAYO del 2023

RED DE SALUD CHUCUITO
TRAMITE DE DOCUMENTACION
08 MAY 2023
2818 08:20
72

OFICIO N° 165 - 2023-D.HOSP."ROR"-S.G.C.S.S

Señor:
M.C. EMERSON AQUINO CONDORI
DIRECTOR DE LA RED DE SALUD CHUCUITO

PRESENTE.-

ASUNTO : REMITO PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL "R.O.R"

ATENCION : RESPONSABLE DE GESTION DE LA CALIDAD DE LA RED CHUCUITO

Por el presente tengo a bien de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente a la vez **REMITIRLE EL PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL "R.O.R"-2023.**, para su conocimiento, para la aprobación inmediata con Resolución de dicho plan; con la finalidad de dar cumplimiento a la directiva sanitaria N°: 456-2007/MINSA QUE APRUEBA NTS N° 050 – MINSA7DGS-V.02 "NORMA TECNICA DESALUD PARA LA ACREDITACION DEESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVIVIOS MEDICOS DE APOYO"

Se adjunta plan de trabajo

Agradeciéndole por su atencion, aprovecho de la oportunidad para expresarle las consideraciones de mi mayor estima personal.

Atentamente,

Juan Carlos Talavera Rojas
DIRECTOR
HOSPITAL "RAFAEL ORTIZ RAMOS"
C.M.P. 49659

C.c.: Archivo
S.G.C.S.S /OCI

PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN INTERNA PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL "RAFAEL ORTIZ RAVINES" – JULI 2023

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 basico de la atencion en salud, estableciendo que la calidad es el conjunto de caracteristicas tecnico cientificas, 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, tener un alcance integral de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) y están enfocados 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 institucion 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 evaluacion 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 estandares 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 tempo 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 autodeterminacion en la direccion constante de su perfeccionamiento.
- El Hospital Rafael Ortiz Ravines Juli, requiere garantizar a toda la pobiación 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 NT N°050-2007-MINSA/DGSP, brindando las pautas tecnicas y metodológicas para realizar el proceso de Acreditacion de Establecimientos de Salud, la misma que está contemplada por la R.M. N°270-2009/MINSA, Guía técnica del Evaluador para la Acreditacion 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 estandares 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 Rafael 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 modifica 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 tecnica 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 Rafael 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 Ramírez de Juli y estándares internacionales de las buenas prácticas.

VIII.- METODOLOGÍA

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 areas y servicios evaluados.

VIII. RESPONSABILIDADES

- [illegible] plan de seguridad del paciente en el hospital "Rafael Ortiz Ravines" Juli.es [illegible] de los jefes y/o responsables, personal asistencial del hospital "Rafael Ortiz Ravines" Juli.
- [illegible] de seguridad del paciente del "Rafael Ortiz Ravines" Juli.
- [illegible] de la calidad es la encargada de monitorear y supervisar las [illegible] en el plan.

VIII.- ACTIVIDADES

Las actividades [illegible] se desarrollarán en el año 2023:

- Conformar el Equipo de Acreditación del Hospital con documento resolutivo Directoral. Fecha máxima hasta afines de noviembre.
- [illegible] RD de Evaluadores Internos, capacitar y/o asistencia técnica para la [illegible] hasta afines de noviembre.
- [illegible] con RD del Plan de Autoevaluación a nivel de Hospital donde se [illegible] simultáneamente a los responsables del Servicio/area/departamento que [illegible] con los evaluadores internos. Fecha máxima de entrega a DIRESA hasta afines de noviembre.
- [illegible] de la autoevaluación, fecha máxima a comunicar a DIRESA hasta noviembre 2023.
- Ejecución del Plan de Autoevaluación de los establecimientos de salud.
- [illegible] de la ejecución de autoevaluación.
- [illegible] de la Autoevaluación, por los evaluadores internos. Envía a la DIRESA en impreso y en magnético hasta diciembre año 2023.
- Socializa el resultado de Autoevaluación y realiza planes de mejora en el hospital.

IX.- ORGANIZACIÓN

- Director del hospital "Rafael Ortiz Ravines" - Juli.
- [illegible] de SSCS del hospital "Rafael Ortiz Ravines" - Juli.
- [illegible] "Rafael Ortiz Ravines" – Juli.

X.- RECURSOS

Recursos Humanos:

- Director del Hospital "Rafael Ortiz Ravines"

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

[illegible] ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

- [illegible] JUAN CARLOS TALAVERA ROJAS
- [illegible] FLORES QUISPE
- [illegible] ANGEL FLORES AÑAMURO
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible] ANETH LLANQUE CHAÑA
- [illegible] TOXIANA LUQUE ARAGO
- [illegible] PACOMPIA CALLATA

- Casa de Salud del Hospital "Rafael Ortiz Ravines"
- Jefes y 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	[illegible]
12	[illegible]	[illegible]
06	Unidades	tapiceros azules
01	unidad	[illegible]
02	[illegible]	papel bond A-4
01	[illegible]	[illegible]
03	unidades	[illegible]
01	Unidad	[illegible] para impresora HP laser 17 A
50	[illegible]	Vale de fotocopia

Servicios

cantidad	Unidad	Descripcion
1[illegible]	[illegible]	anillados
50[illegible]	[illegible]	[illegible] de estandares de acreditacion anexo (6)

Activo fijo

cantidad	Unidades	descripcion
01	Unidades	Equipo de computo con CPU monitor.

		estabilizador y lectora
01	[illegible]	[illegible]

XI.- EJECUCIÓN

Se realizará [illegible] diciembre del 2023

XII.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

N°	COMPONENTES / LINEAS DE ACCION / CRITERIOS Y ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	METAS DEL	CRONOGRAMA - TRIMESTRAL				FUENTE VERIFICABLE	RESPONSABLE
				I	II	III	IV		
	[illegible] de Acreditación de Establecimientos de Salud, Ejes en RM N° 456-[illegible] y RM N° 270-[illegible]/MINSA. (Sistema Político de Calidad en Salud)								
1	Conformar el Equipo de Acreditación [illegible] de Hospital [illegible] Documento [illegible] Directiva. Fecha máxima **hasta afines de noviembre**	Dcto/RD	1					Resolución Directiva	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 afines de noviembre	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 consigna [illegible] a los responsables del Servicio/área/departamento que interactúen con los evaluadores internos. Fecha máxima de entrega a DIRESA **hasta afines de noviembre**	Plan /RD	1		X			Informe de Asistencia Tecnica , Libro actas	Director Hosp, Responsable Calidad
4	Comunicación del inicio de la autoevaluación, fecha máxima a comunicar a DIRESA hasta afines de noviembre del 2023.	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

c	**Informe Técnico** de la Autoevaluación, por los evaluadores internos. Envía a la DIRESA en impreso y en magnético **hasta diciembre año 2023**	Informe	1				X	Informe Técnico Final de ejecuc - Autoevaluación y [illegible]	Equipo Evaluadores Internos/Responsable Calidad /Hosp.
	[illegible] el [illegible] de Autoevaluación y [illegible] planes de [illegible]	Informe	[illegible]				X	Informe	[illegible] Comité [illegible]