



*"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"*

**RESOLUCION DIRECTORAL N° 010 -2022-GRC/DRSC/RSC/HAGC/RHUS/D.**

Celendín, 22 de Agosto del 2022.

**VISTO:**

La RESOLUCION DIRECTORAL N° 009 -2022-GRC/DRSC/RSC/HAGC/RHUS/D emitido por la Dirección del Hospital de Atención General Celendín, a través del cual se aprueba Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital de Atención General Celendín, se procede a emitir el acto resolutorio que aprueba EQUIPO DE ACREDITACIÓN del Hospital de Atención General Celendín.

**CONSIDERANDO:**

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

Que, el Artículo de la ley Marco de Modernización de la Gestión y el uso de los Recursos Públicos en la Administración Pública, sus dependencias, entidades y Organismos deberá estar sometida a la medición del cumplimiento de las funciones Asignadas y la obtención de resultados, los cuales serán evaluados periódicamente;

Que, el único g) del artículo 9, de la precipitada Ley, dispone que los Gobiernos Regionales son competentes para promover y regular actividades y/o servicios en materia de salud, entre otros conforme a ley;

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, cuyo artículo 2° define el término de acreditación, como el procedimiento de evaluación periódica de los recursos institucionales, que tiende a garantizar la calidad de la atención a través de estándares previamente definidos por la autoridad de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-200, se aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", estableciendo que la autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuenta 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;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 370-2009/MINSA, se aprueba la Dirección Administrativa N° 151-MINSA/DGSP V.01, Directiva Administrativa que Regula la Organización y Funcionamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud, cuya finalidad es contribuir al desarrollo del proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo en el marco del Sistema de Gestión de Calidad de Salud;



*"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"*

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** CONFORMAR el EQUIPO DE ACREDITACIÓN del Hospital de Atención General Celendín.

Director del Hospital de Atención General Celendín – MC. OSCAR MIGUEL ÁNGEL GÁLVEZ SÁNCHEZ  
Responsable de Recursos Humanos – MC. SILVIA PAOLA URCIA MIRANDA  
Responsable de Calidad – LIC. ENF. MARGOT ELIZABETH DE LA CRUZ MARÍN  
Jefe de Enfermería - LIC. ENF. PATRICIA OLIVIA CELIS VASQUEZ  
Jefe de UPSS Consultorio Externo – MC. KEVIN DE LA CRUZ VILLA  
Jefe de UPSS Emergencia – LIC. ENF. MELCHORA ROJAS JULCA  
Jefe de UPSS Centro Obstétrico – MG. LENIN RONAL CHAVEZ GUEVARA  
Jefe de UPSS Hospitalización – OBST. WILFREDO PACHAS AVALOS  
Jefe de UPSS Centro Quirúrgico – LIC. ENF. NELVA HOYOS CASTAÑEDA  
Jefe de UPSS Farmacia – Q.F. JESUS AYLAS QUISPE  
Jefe de UPSS Laboratorio Clínico – BLG. DEYSI PAOLA CADENILLAS GARCÍA  
Jefe de UPSS Banco de Sangre – MC. VICTOR ARAUJO MEDINA  
Responsable de Central de Esterilización - LIC. ENF. ROSARIO DEL CARMEN ROJAS CULQUI  
Responsable de Diagnóstico por Imagen – TEC. ALBERT MARÍN LIVAQUE

**ARTÍCULO SEGUNDO:** El equipo de Acreditación que se conforma con la presente Resolución, contará con un Coordinador elegido por sus miembros, y designado oficialmente, según establece el rubro VI Disposiciones Específicas, numeral 1, acápite c) de la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02, antes citada.

**ARTÍCULO TERCERO:** Notifíquese la presente Resolución Directoral a los interesados.

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA  
HOSPITAL DE ATENCION GENERAL CELENDI  
  
M.C. Oscar Galvez Sanchez  
C.M.P. 82563  
DIRECTOR



*"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"*

**RESOLUCION DIRECTORAL N° 010 -2022-GRC/DRSC/RSC/HAGC/RHUS/D.**

Celendín, 22 de Agosto del 2022.

**VISTO:**

La RESOLUCION DIRECTORAL N° 009 -2022-GRC/DRSC/RSC/HAGC/RHUS/D emitido por la Dirección del Hospital de Atención General Celendín, a través del cual se aprueba Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital de Atención General Celendín, se procede a emitir el acto resolutivo que aprueba EQUIPO DE ACREDITACIÓN del Hospital de Atención General Celendín.

**CONSIDERANDO:**

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

Que, el Artículo de la ley Marco de Modernización de la Gestión y el uso de los Recursos Públicos en la Administración Pública, sus dependencias, entidades y Organismos deberá estar sometida a la medición del cumplimiento de las funciones Asignadas y la obtención de resultados, los cuales serán evaluados periódicamente;

Que, el único g) del artículo 9, de la precipitada Ley, dispone que los Gobiernos Regionales son competentes para promover y regular actividades y/o servicios en materia de salud, entre otros conforme a ley;

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, cuyo artículo 2° define el término de acreditación, como el procedimiento de evaluación periódica de los recursos institucionales, que tiende a garantizar la calidad de la atención a través de estándares previamente definidos por la autoridad de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-200, se aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", estableciendo que la autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuenta 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;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 370-2009/MINSA, se aprueba la Dirección Administrativa N° 151-MINSA/DGSP V.01, Directiva Administrativa que Regula la Organización y Funcionamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud, cuya finalidad es contribuir al desarrollo del proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo en el marco del Sistema de Gestión de Calidad de Salud;



*"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"*

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** CONFORMAR el EQUIPO DE ACREDITACIÓN del Hospital de Atención General Celendín.

Director del Hospital de Atención General Celendín – MC. OSCAR MIGUEL ÁNGEL GÁLVEZ SÁNCHEZ  
Responsable de Recursos Humanos – MC. SILVIA PAOLA URCIA MIRANDA  
Responsable de Calidad – LIC. ENF. MARGOT ELIZABETH DE LA CRUZ MARÍN  
Jefe de Enfermería - LIC. ENF. PATRICIA OLIVIA CELIS VASQUEZ  
Jefe de UPSS Consultorio Externo – MC. KEVIN DE LA CRUZ VILLA  
Jefe de UPSS Emergencia – LIC. ENF. MELCHORA ROJAS JULCA  
Jefe de UPSS Centro Obstétrico – MG. LENIN RONAL CHAVEZ GUEVARA  
Jefe de UPSS Hospitalización – OBST. WILFREDO PACHAS AVALOS  
Jefe de UPSS Centro Quirúrgico – LIC. ENF. NELVA HOYOS CASTAÑEDA  
Jefe de UPSS Farmacia – Q.F. JESUS AYLAS QUISPE  
Jefe de UPSS Laboratorio Clínico – BLG. DEYSI PAOLA CADENILLAS GARCÍA  
Jefe de UPSS Banco de Sangre – MC. VICTOR ARAUJO MEDINA  
Responsable de Central de Esterilización - LIC. ENF. ROSARIO DEL CARMEN ROJAS CULQUI  
Responsable de Diagnóstico por Imagen – TEC. ALBERT MARÍN LIVAQUE

**ARTÍCULO SEGUNDO:** El equipo de Acreditación que se conforma con la presente Resolución, contará con un Coordinador elegido por sus miembros, y designado oficialmente, según establece el rubro VI Disposiciones Específicas, numeral 1, acápite c) de la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02, antes citada.

**ARTÍCULO TERCERO:** Notifíquese la presente Resolución Directoral a los interesados.

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA  
HOSPITAL DE ATENCION GENERAL CELENDI  
  
M.C. Oscar Galvez Sanchez  
C.M.P. 82563  
DIRECTOR



*"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"*

**RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 017 - 2022-GRC/DRSC/RSC/HAGC/RHUS/D.**

**Celendín, 03 de Noviembre del 2022.**

**VISTO:**

EL **Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital de Atención General Celendín aprobado con** Resolución Directoral N° 009 -2022-GRC/DRSC/RSC/HAGC/RHUS/D, el cual incluye el Plan de Autoevaluación para la Acreditación, por lo que se resuelve proyectar la Resolución de aprobación correspondiente.

**CONSIDERANDO:**

Que, la Ley General de Salud Ley N°26842, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo responsabilidad del estado regularla, vigilarla y promoverla así como garantizar una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en condiciones de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Directoral N° 012 -2022-GRC/DRSC/RSC/HAGC/RHUS/D se aprueba el **"Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital de Atención General Celendín"**, el cual tiene como objetivo "Establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de la atención en los servicios de salud", siendo uno de sus procesos la seguridad del paciente;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA se aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del MINSA", que 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, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, en ese sentido, con Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA se aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del MINSA", que tiene por finalidad Fortalecer la rectoría sectorial del Ministerio de Salud ordenando la producción normativa de la función de regulación que cumple como Autoridad Nacional de Salud a través de sus Direcciones u Oficinas Generales";

*"Nuestra Atención, con Calidad y Buen Trato"*

*“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”*

Que, mediante el **Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital de Atención General Celendín** recepcionado en el mes de Junio del 2022 la oficina de calidad de esta institución presenta el PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACION 2022, dicho plan cuenta con la estructura establecida para la elaboración, aprobación, ejecución y evaluación de los planes de trabajo anual para el Hospital de Apoyo Celendin, y su aprobación permitirá lograr el nivel aprobatorio mínimo en los estándares de calidad para que nuestro hospital se someta a una evaluación externa y acreditarnos como establecimiento de salud que brinda prestaciones de calidad;

Que, con el propósito de fortalecer competencias del Equipo de Evaluadores Internos para la Autoevaluación 2022, resulta pertinente atender lo solicitado por el área de calidad, aprobando el **PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN 2022**.

De conformidad con lo dispuesto en las normas establecidas en la Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA se aprueba las normas para la elaboración de Documentos normativos del MINSA y el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Apoyo Celendin, y demás normas pertinentes.

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR,** el **PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN – 2022**, por las consideraciones expuestas, que en anexo forma parte integrante de la presente resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO: ENCARGAR,** a la jefatura del área de calidad, la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión del mencionado Plan.

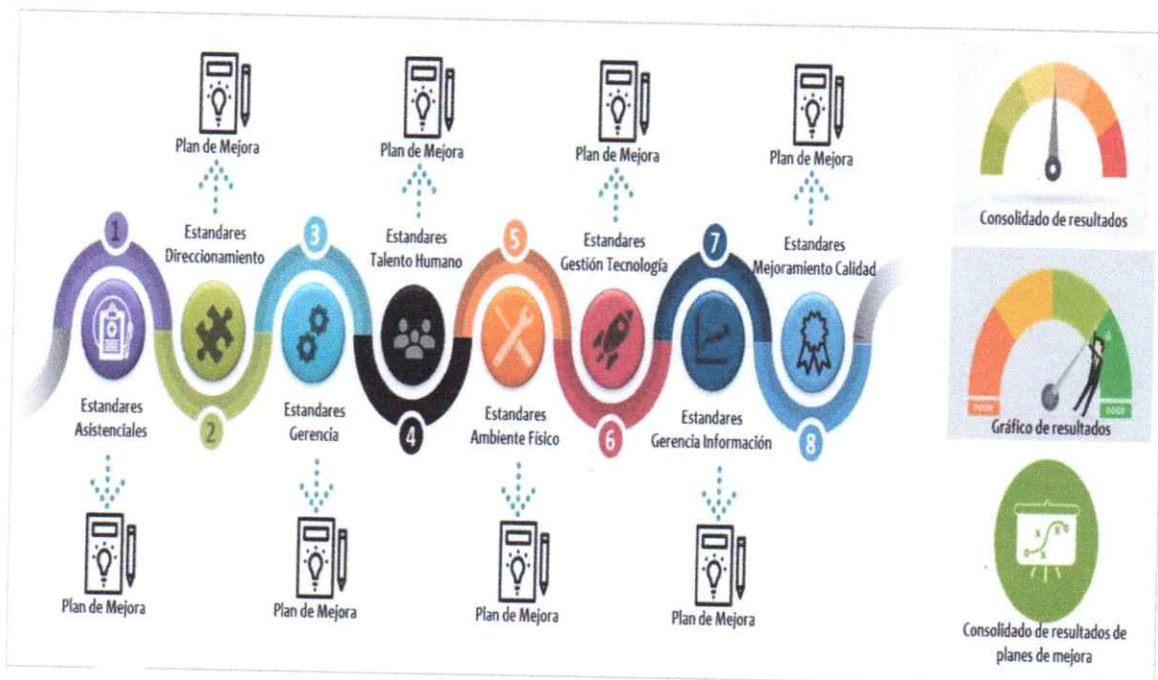
REGISTRESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE.



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA  
HOSPITAL DE ATENCION GENERAL CELENDIN  
M.C. Oscar Galvez Sanchez  
DIRECCION

”Nuestra Atención, con Calidad y Buen Trato”

# **PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL DE ATENCION GENERAL DE CELENDIN 2022**



**Lic. Enf. Margot Elizabeth De La Cruz Marín**

**Coordinadora de Calidad.**

## PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL DE ATENCIÓN GENERAL CELENDÍN 2022

### I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud ha desarrollado una propuesta técnica de acreditación, herramienta de aplicación obligatoria para los servicios de salud de nuestro país que consiste en evaluar el desempeño de la prestación de salud con una serie de estándares óptimos; los cuales se encuentran en la NTS N ° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobada mediante Resolución Ministerial N ° 456-2007/MINSA.

En ese sentido, la Autoevaluación o evaluación interna es una de las metodologías más importantes del componente de garantía y mejoramiento de la calidad que contribuye a mejorar la calidad de nuestro servicio, desafío que requiere el compromiso de todo el personal (asistencial y administrativo).

La Oficina de Gestión de la Calidad (OGC) del Hospital de Atención General Celendín es quien organiza y dirige dicho proceso, con el apoyo del equipo de evaluadores internos, y ha elaborado el presente documento según los lineamientos contenidos en la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobada mediante Resolución Ministerial N ° 270-2009/MINSA

### II. JUSTIFICACIÓN

El Ministerio de Salud ha dispuesto, en el marco de la normativa vigente como la Política Nacional de Calidad en Salud, el Sistema de Gestión de Calidad, el Plan de Gestión de la Calidad, la realización del proceso de Acreditación como una exigencia para todos los establecimientos de salud a nivel nacional. Es así que, se ha elaborado el Plan de Autoevaluación 2022, el cual busca contribuir con la mejora continua de los procesos de atención de salud clínicos y de gestión; así como permitir el cumplimiento de los estándares óptimos de calidad para la Acreditación Oficial.

### III. OBJETIVOS

#### 3.1. Objetivo general:

- Contribuir a la formación de una cultura de calidad organizacional mediante la evaluación de criterios de calidad contenidos en el Listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de salud con categoría II-1.



### 3.2. Objetivos específicos:

- 3.2.1. Planificar el proceso de Autoevaluación para la Acreditación Hospitalaria.
- 3.2.2. Desarrollar el Proceso de Autoevaluación para la Acreditación Hospitalaria.

### IV. ALCANCE

El presente plan tiene alcance y es de cumplimiento obligatorio por todos los órganos y unidades orgánicas del Hospital de Atención General Celendín.

### V. BASE LEGAL

- o Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- o Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- o Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- o Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- o Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba 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".
- o 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".
- o Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- o Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba el documento "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".

## VI. CONTENIDO

### 6.1. Definiciones operativas

- **Autoevaluación:** 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 el nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.
- **Acreditación:** Proceso de evaluación externa, periódico, basado 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, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención.
- **Listado de Estándares de Acreditación:** Documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macroprocesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.
- **Mejoramiento continuo de la Calidad:** Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a construir una organización de excelencia.
- **Acciones de mejora:** Es el conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.
- **Criterios de evaluación:** Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de manera objetiva.
- **Estándar:** Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.

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

### 6.2.3. Procesamiento de la información

Al culminar con el levantamiento de la información, se procederá a la digitación de las mismas, teniendo en cuenta lo siguiente:

- Se realizará la digitación de los puntajes obtenidos en cada criterio de evaluación; para lo cual se utilizará la herramienta informática proporcionada por el MINSA.
- Luego de la digitación, se realizará un control de calidad a la base de datos

## 6.2. Metodología

El proceso de Autoevaluación se realiza a través del equipo de evaluadores internos del Hospital de Atención General Celendín, quienes utilizan diversas técnicas de verificación que les permitirán evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la Lista de Estándares de Acreditación.

### 6.2.1. Instrumentos de evaluación

Los equipos de evaluadores internos utilizarán los siguientes instrumentos:

- ✓ Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría II-1
- ✓ Guía del Evaluador Interno.
- ✓ Formatos para evaluación:
  - Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación (Anexo N° 2 de la Guía Técnica de Evaluador Interno) y Hoja de Recomendaciones (Anexo N° 04 de Guía técnica de Evaluador Interno).
- ✓ Aplicativo para el registro de resultados del proceso de autoevaluación proporcionado por el Minsa (instrumento informático), que establece la calificación específica del cumplimiento de cada estándar y macroproceso.

### 6.2.2. Técnicas de evaluación

- Verificación/Revisión de Documentos: Una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.
- Observación: Permite seguir la manera cómo se desarrollan los procesos en la práctica. Se observan a las personas y el entorno.
- Muestras: Técnica que permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.
- Encuestas: Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
- Entrevistas: Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.

## VII. CRONOGRAMA

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	REPORTE	I T°	II T°	III T°	IV T°	RESPONSABLES
Planificar el proceso de Autoevaluación para la Acreditación Hospitalaria.	Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Autoevaluación	PLAN ELBAORADO MEDIANTE RD			x			Equipo de Evaluadores Internos
Desarrollar el Proceso de Autoevaluación para la Acreditación Hospitalaria.	Actualización y conformación del equipo de evaluadores internos para la autoevaluación	RESOLUCION DIRECTORAL DE CONFORMACION			x			Oficina de calidad
	Conformación del equipo de acreditación.	RESOLUCION DIRECTORAL DE CONFORMACION			x			Oficina de Calidad
	Capacitación para el equipo de evaluadores internos.	CAPACITACION				x		Red Celendín Diresa Cajamarca
	Capacitación al equipo de acreditación	CAPACITACION				x		Equipo de Acreditación
PRIORIZACION DE MACROPROCESOS	Identificación .Apoyo. Asesoramiento de los macroprocesos menores del 85% para realizar plan de mejora	ACCION					x	Equipo de Evaluadores internos y acreditación
	Elaboración de proyectos de mejora continua	CIRCULAR					x	Equipo de Evaluadores internos y acreditación
	Entrega de observaciones y recomendaciones al área de calidad y jefatura del hospital	CIRCULAR					x	Equipo de Evaluadores internos y acreditación
	Aplicación de listas de estándares de acreditación	INFORME					x	Equipo de Evaluadores internos y acreditación
PRESENTACION DEL INFORME	INFORME FINAL	INFORME					x	Oficina de calidad

## VIII.- CONFORMACION DE EQUIPOS

### 8.1. EQUIPO DE ACREDITACIÓN.

- M.C. Ivan Oblitas Vargas  
Director del Hospital de Atención General Celendín.
- Lic. Enf. Melchora Julca Rojas  
Jefe de UPSS Emergencia.
- Lic. Obsta. Wilfredo Pachas Avalos  
Jefe de la UPSS Hospitalización.
- M.C. Jhonathan Rosel Diaz Bazán.  
Jefe de la UPSS Consultorios Externos.
- Lic. Nelva Hoyos Castañeda.  
Responsable de Centro Quirúrgico.
- M.Gineco Obstetra Lenin Chávez Guevara.  
Jefe de la UPSS Centro Obstétrico.
- Téc. Albert Marín Livaque  
Responsable de Diagnóstico por imágenes.
- Biologa. Deysi Cadenillas García.  
Jefe de la UPSS de Laboratorio.
- Q. F. Lony Acosta Cachay.  
Jefe de la UPSS Farmacia.

### 8.2. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS (AUTOEVALUACION)

- Evaluador Líder (médico o enfermería, con experiencia en evaluación).
- Médico N°02
- Jefe de enfermeras
- Jefe de obstetricias
- Jefe de logística o administración.
- Jefe de recursos humanos
- Expertos en proceso y macroproceso de apoyo.



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA  
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA  
 HOSPITAL DE ATENCION GENERAL DE APOYO CELENDIN  
 AV. TUPAC AMARU CDA. 4 - TELEFAX: 076-555062  
 e-mail:h.a.celendin@gmail.com



*"Año del fortalecimiento de la soberanía nacional"*

Celendín, 22 de Noviembre del 2022.

**OFICIO N°1702-2022-GR. CAJ/DIRES CAJ/RED III/HGC-D.**

**OBST. CLAUDIA ROSA LEÓN DÍAZ**  
**DIRECTORA DE LA RED DE SALUD CELENDÍN.**

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA  
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA  
 RED III - CELENDIN  
 TRAMITE DOCUMENTARIO

Exp. N°: 4843 Fojos: (04)  
 Fecha: 22 NOV. 2022  
 Hora: 10.26 FWTB

**ASUNTO** : HACER DE CONOCIMIENTO EL INICIO DE AUTOEVALUACIÓN 2022

**ATENCIÓN** : DIRESA CAJAMARCA OFICINA DE CALIDAD

De mi mayor consideración:

Me es grato dirigirme al despacho de su digno cargo, para saludarle muy cordialmente y al mismo tiempo hace de conocimiento que con eficacia anticipada se dio inicio al proceso de autoevaluación 2022 el día 09 de noviembre del presente en el Hospital de Apoyo Celendín.

Adjunto: Acta y memorándum múltiple N°107.

Por lo antes expuesto, es todo que informarle sin más que exponerle mi despedido de usted reiterarle mi saludo y muestras de consideración y estima personal.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA  
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
 HOSPITAL GENERAL CELENDIN

M.C. OSCAR GALVEZ SANCHEZ  
 DIRECTOR MEDICO C.M.P. 62583

RED III - CELENDIN

Proveído N°: 4843 Fojos: (64)  
 Pase el Exp. N°: 4843  
 a la comisión y/o oficina de: calidad  
 Para su: .....

Celendin 22 11 Año: 22

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA  
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA  
 RED DE SERVICIOS DE SALUD CELENDIN

**Obst. Claudia R. León Díaz**  
 DIRECTORA