



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 2330 -2022-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 08 de noviembre de 2022.

VISTO: El Memorando N°5740-2022-DIRESA-OGESS-AM/D, de fecha 07 de noviembre de 2022; Nota de Coordinación N°116-2022-DIRESA-OGESS-AM/DGP, de fecha 02 de noviembre de 2022;

CONSIDERANDO:

Que, conforme a la Ordenanza Regional N°021 – 2017 – GRSM/CR, de fecha 13 de octubre del 2017 que aprueba el nuevo Reglamento de Organizaciones y Funciones del Gobierno Regional de San Martín modificado mediante Ordenanza Regional N°023-2018-GRSM/CR, de fecha 10 de setiembre del 2018, que resuelve APROBAR la modificación del Reglamento de Organización Funciones - ROF del Gobierno Regional de San Martín; en los términos de la Nota Informativa N°173-2018-GRSM/GRPyP emitido por la Gerencia Regional de Planeamiento y Presupuesto del Gobierno Regional de San Martín en la que indica en el Artículo 201° numeral 201.1 que las Oficinas de Gestión de Servicios de Salud - OGESS son Órganos desconcentrados de la Dirección Regional de Salud responsables de la gestión sanitaria territorial, la provisión de servicios de salud y de asegurar los servicios de apoyo requeridos por los establecimientos de salud del I y II nivel de atención que conforman la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) del ámbito de su responsabilidad. Todo ello con el objetivo de asegurar las atenciones de salud en función a las necesidades de la población, así como de proponer e implementar en su ámbito políticas, normas y procesos relacionados a la salud. Las Oficinas de Gestión de Servicios de Salud – OGESS son UGIPRES;

Que, el artículo 9° de la Constitución Política del Perú señala que, el Estado determina la Política Nacional de Salud y que corresponde al Poder Ejecutivo normar y supervisar su aplicación, así como diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora;

Que, la Ley N°26842, Ley General de Salud, establece en el numeral VI del título preliminar que **“Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garantice una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad”**; en ese mismo orden el artículo N°123 de la precitada ley, modificada por la Única Disposición Complementaria Modificatoria del Decreto Legislativo N°1161, ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud es la autoridad de salud a nivel Nacional. Como organismo del Poder ejecutivo **tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política de salud** y actúa como la máxima autoridad normativa en materia de salud;

Que, mediante Decreto Supremo N°013-2006-S.A, que aprueba el “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, los cuales establecen 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, 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 pertenecen a los niveles I, II y la categoría III-1 en el ámbito nacional incluyendo a los servicios prestados por terceros”;





RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 2330-2022-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 08 de noviembre de 2022.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", que 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 atención en los servicios de salud"

Que, con Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, se aprueba las "normas de elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud", el cual tiene como 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";

Que, mediante Resolución Directoral Regional N° 137-2018-GRSM/DIRES-SM/OPPS, se aprueba el Manual de Operaciones de las Oficinas de Gestión de Servicios de Salud – OGESS, estableciendo en su artículo 15° las atribuciones y responsabilidades del Director General de la OGESS, entre las cuales se encuentran, la de emitir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia, aprobar los planes y documentos de gestión internos;

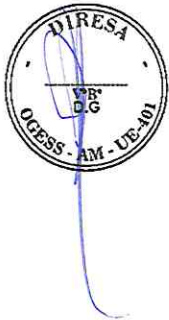
Que, el presente documento denominado "**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2022-HOSPITAL II-MOYOBAMBA**" tiene como objetivo General "Promover una cultura de calidad a nivel institucional mediante la evaluación de cumplimiento de los estándares y criterios nacionales de calidad establecidos según normatividad vigente";

Que, mediante Nota Informativa N° 116-2022-DIRESA-OGESS-AM/DGP, de fecha 02 de noviembre de 2022, la Directora de Gestión Prestacional, remite al Director de la OGESS ALTO MAYO el "**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL II-MOYOBAMBA**";

Que, mediante Memorando N° 5740-2022-DIRESA-OGESS-AM/D, de fecha 07 de noviembre de 2022, el Director de la OGESS ALTO MAYO autoriza al Jefe de la Oficina de Asesoría Legal la proyección mediante Acto Resolutivo del "**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL II-MOYOBAMBA**";

Que, con el propósito de proseguir las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta pertinente atender lo solicitado;

Por las razones expuestas y con el visto bueno del Jefe de la Oficina de Asesoría Legal, el Director de Planificación, Gestión Financiera y Administración; y en uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Directoral Regional N° 508-2020-GRSM-DIRESA/DG, de fecha 19 de noviembre de 2020;





RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 2330 -2022-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 08 de noviembre de 2022.

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR EL "PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA" el mismo que es anexo adjunto, que en un total de (14) páginas forma parte integrante de la presente resolución;

Artículo 2°.- Notificar el presente acto resolutivo a las instancias administrativas correspondientes e interesados, para su cumplimiento conforme a Ley;

Regístrese, comuníquese y cúmplase;




DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN
U.E. 401 - SALUD ALTO MAYO - OGESS
.....
M.C. Julio E. Alcántara Rengifo
DIRECTOR

“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA

**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN
DEL HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA**

2022

UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

MOYOBAMBA-PERÙ



PLAN DE AUTOEVALUACION HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA

1. INTRODUCCION

En el marco del sistema de gestión de la calidad en salud, la acreditación es una de las metodologías más importantes del componente de garantía y mejoramiento de calidad, que comprende este sistema. En la actualidad el ministerio de salud a través de la dirección de calidad, esta desarrollando una propuesta técnica de acreditación de servicios de salud para el Perú, la cual esta siendo previamente sometida a validación en todos los subsectores prestadores del sector salud, esta propuesta contiene cuatro características(1) el proceso de acreditación es único, de aplicación nacional; (2) el modelo de organizativo es publico con funciones compartidas ; (3) la delegación de la función de decisión a entes sectoriales, a nivel nacional y regional, y, (4) estándares diferenciados: de aplicación única y especifica.

El rediseño del proceso de acreditación se caracteriza por lo siguiente: (1) la inclusión de la auto evaluación, primera fase del ciclo de la acreditación en los planes operativos anuales-POA, instrumento obligatorio de los prestadores públicos, y una equivalencia de obligatoriedad explicita para los prestadores privados;(2) la creación de un cuerpo colegiado autónomos, sectorial y componente en el tema , relacionado con MINSA/gobiernos regionales para ejercer la función de negar o conferir la acreditación y de otras funciones de regulación nacional/regional; (3) la inclusión de la evaluación por pares, como segunda fase, de carácter voluntario,a cargo de un POOL de evaluadores contratados por la DCS-MINSA/DESP-DIRESAS, cuya contratación estaría condicionada ciertos criterios;(4) el traslado de la evaluación externa ,como tercera fase, de carácter voluntario, pero con incentivos explícitos, tanto intrínsecos como extrínsecos, a agrupaciones de evaluaciones de expertos; (5) la eliminación del modelo de evaluación Externa basada en los sistemas de evaluación de conformidades, que concluye en emisión de un certificado, a cambio de un informe técnico.



De carácter institucional y controlado por los sectores involucrados ;(6) dos opciones para la confidencialidad de los resultados: Auto evaluación y evaluación por pares- confidencial y solo compartida para fines institucionales; y , evaluación externa que concluye en la acreditación- de dominio publico; (7) asignación de función de generación de capacidades al IDREH;(8) financiamiento mixto, básicamente de origen publico, manejado en un FONDO INTANGIBLE cuyo uso y destinos estén previamente regulados ; (9) participación social para las fases de validación, decisión y control, (10) dos niveles de estándares para todos los niveles de complejidad: genéricos y específicos; (11) la acreditación por conjunto de establecimientos de salud del segundo nivel de atención organizados en Hospitales; (12) cinco niveles de calificación y condición de “acreditado” condicionados al cumplimiento de estándares y al tiempo de absolución de las no conformidades.

El Hospital II-1 Moyobamba, en este proceso de validación de la propuesta de acreditación viene haciendo acciones de; revisión, discusión y análisis de la norma técnica de acreditación y de su instrumento, el manual de estándares de acreditación, y se ha obtenido importantes aportes a ambos documentos.

2. JUSTIFICACION

Siendo el objetivo del sistema, mejorar la calidad de los servicios, recursos y tecnología del sector salud a través de la generación de una cultura de calidad, sensible a las necesidades de los usuarios externos e internos y la propia organización, la actual propuesta de acreditación de servicios de salud se constituye en un proceso diseñado, después de nueve años de experiencia.

La propuesta está diseñada en el marco de la descentralización de la salud, proceso que ha considerado la transferencia de la función de negar o conferir la acreditación para el año 2023. En este contexto, la validación de la propuesta de suma relevancia, para así comprobar el



nivel de aplicabilidad de la propuesta en los prestadores regionales de salud y poder garantizar niveles óptimos de aceptabilidad de la norma por parte de los prestadores, los administradores regionales y las autoridades sanitarias quienes van a velar por su cumplimiento.

Este proceso se hace aún más exigente si se tiene en cuenta que el alcance declarativo del proceso de acreditación abarca todos los niveles de complejidad de la prestación de la salud sin importar su naturaleza jurídica ni su permanencia a alguno de los cuatro subsectores de nuestro sistema de salud. Aún mas, si se partió del supuesto de la acreditación busca estandarizar las condiciones de entrega hasta la prestación de salud y que esta a su vez debe ser capaz de reflejar las serias restricciones de cada subsector, y de reflejar esfuerzo del prestador por mejorar la prestación y orientarse a un ejercicio institucional pro-derecho en salud, que contiene a la calidad como uno de sus principios.

En el Hospital II-1 Moyobamba en los últimos años se han implementado experiencias que han abordado el tema de mejora de calidad en los servicios de salud, sin embargo, aún se observa limitaciones en la implementación de otros procesos en el marco de un programa de gestión de calidad, que permite un cambio significativo en la satisfacción de los usuarios y capacidad de respuesta como Hospital. En perspectiva de desarrollo de una gestión hospitalaria moderna basada en la calidad, la acreditación es una herramienta para la mejora institucional que genera un claro incentivo mas aun cuando este ligado al financiamiento, al dar una respuesta positiva del reconocimiento a la gestión de calidad.



3. OBJETIVOS

GENERAL

Promover una cultura de calidad a nivel institucional mediante la evaluación del cumplimiento de los estándares y criterios nacionales de calidad establecidos según la normatividad vigente.

ESPECIFICOS

- a) Establecer una programación para la organización y ejecución del trabajo de los evaluadores internos durante el proceso de acreditación en el Hospital II-1 Moyobamba.
- b) Verificar el alcance de los criterios de evaluación en relación a todas las funciones del establecimiento de salud para brindar servicios de salud con calidad.
- c) Mejorar el diseño de los instrumentos de acreditación.
- d) Fortalecer las capacidades de los evaluadores internos en acreditación.

4. ALCANCE

El alcance de la aplicación del manual de estándares de acreditación para su validación en el Hospital II-1 Moyobamba abarca a todos los servicios que ejercen alguna función contenida en los macro procesos expuestos en dicho manual.

5. BASE LEGAL

5.1 Ley N° 26842, "ley general de salud"

5.2 Ley N° 27657, "ley del ministerio de salud"

5.3D.S N° 023-2005-SA, Que aprueba en el "Reglamento de organización funciones del ministerio de salud"

5.4 Ley N° 27813, "ley del sistema nacional coordinado y descentralizado De salud.

5.5 Ley N° 27867, "ley orgánica de los gobiernos regionales"



5.6 N.T N° 050-MINSA/DGSP-VOL.02

5.7 Ley N° 27444, "ley general de procedimientos administrativos"

5.8 R.M. N° 768-2001-SA/DM, "Sistema De Gestión De La Calidad En Salud"

5.9 R.M N° 270-2009/MINSA Vol.II

6 METODOLOGIA DE EVALUACIÓN

La autoevaluación es la fase de inicio del proceso, está a cargo del equipo de evaluadores internos los cuales ya cuentan con la capacitación y aprobación respectiva.

La unidad de Gestión de la Calidad tiene asignada la función de organización de los procesos de acreditación, para lo cual se cumplirá con el monitoreo de los siguientes pasos:

- Aprobación del plan de Acreditación: Se remitirá el plan a las instancias correspondientes, para su revisión y posterior aprobación con resolución directoral como lo indica la norma técnica de Acreditación de servicios de salud.
- Reclutamiento del personal del equipo multidisciplinario de salud:
- La autoevaluación se realizará con la designación de un equipo de trabajo designado por el comité de acreditación, de acuerdo a determinados perfiles y a los macro procesos a ser evaluados, previa consulta individual, seguida de la autorización de la jefatura respectiva, con la finalidad de tener continuidad y satisfacción en el trabajo que le será encomendado.
- Conformación de equipos y elaboración de cronogramas de reuniones:
Cada equipo tendrá un coordinador que será el de mayor experiencia o el que el equipo determine.
Cada equipo formulará su cronograma de reuniones y planificará la evaluación de su macro proceso, bajo el monitoreo de la Unidad de Gestión de la Calidad.



- Revisión y/o reformulación de instrumentos de recolección de información si fuese necesario.
Esta actividad se realizará por cada macro proceso y su duración no deberá exceder de dos semanas.
- Preparación de materiales:
Culminada la revisión, el coordinador de cada equipo entregará a la Unidad de Gestión de la Calidad sus requerimientos (Instrumentos para la recolección de datos u otros), para iniciar luego el proceso de autoevaluación.
- Sensibilización al equipo de gestión hospitalaria:
A cargo del comité de Acreditación, quien realizará la actividad de sensibilización previa en coordinación con la alta Dirección.
- Planificación de las visitas de auto evaluadores a los servicios:
Esta actividad será desarrollada por cada equipo evaluador, que coordinará con las jefaturas involucradas en los macro procesos a evaluar a fin de definir fechas y horas de obligatorio cumplimiento por ambas partes, salvo situaciones inesperadas que deberán ser comunicadas oportunamente.
- Entrega de informes de cada macro proceso para el ingreso al software:
Actividades de desarrollar por cada equipo auto evaluador que será entregada en los formatos establecidos para tal fin.
- Elaboración del informe final de auto evaluación:
A cargo de evaluador líder, coordinadores de equipos de auto evaluación y comité de acreditación.
- Socialización de los resultados:
Esta actividad será coordinada por el comité de acreditación y la alta Dirección fin de definir la fecha y el espacio en las reuniones de gestión o donde estime conveniente en un plazo no mayor de 30 días de haberse remitido el informe final para las acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo y el desarrollo de planes de acción de ser el caso.



- . Si en el proceso de autoevaluación interna se consigue una puntuación igual o mayor a 85, se elevará el expediente y solicitará la evaluación externa a la autoridad competente

- Si el puntaje es menor a 85, se realizará levantamiento de observaciones, con puesta en marcha de planes de mejora, nueva autoevaluación en 6 meses.



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN
OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MAYO
GOBIERNO REGIONAL

Obst. Miriam Mori Merino
Coordinadora de Gestión de la Calidad de los
Servicios de Salud Seguridad del Paciente

7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA AUTOEVALUACION A

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
REUNIONES DEL EQUIPO DE EVALUADOR PARA LA APROBACION DEL PLAN Y DESIGNACION DE EVALUADOR LIDER	Dr. Cristhian Córdova Roque												
DESIGNACION DE RESPONSABLE DE CADA MACROPROCESO	Dr. Cristhian Córdova Roque												
PRESENTACION DEL PLAN A LA DIRECCION	Obst. Miriam Córdova Roque												
REUNION DE TRABAJO CON EL EQUIPO EVALUADOR, ANALISIS FINALES DEL LISTADO DE ESTANDARES DE ACREDITACION	Lic. Raquel Gómez Arévalo												
PRESENTACION DEL PLAN A LOS DIFERENTES SERVICIOS Y PERSONAL	Obst. Miriam Mori Merino												
MACROPROCESOS													
DIRECCIONAMIENTO	Lic. Raquel Gómez Arévalo												
GESTION RECURSOS HUMANOS	Abog. Lourdes Reina Cabrera												
GESTION DE CALIDAD	Obst. Miriam Mori Merino												
MANEJO DE RIESGO DE ATENCION	Dr. Luis López Aguilar												
GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	Ing. Wilson Sánchez Vallejos												
CONTROL DE LA GESTION Y PRESTACION	Dr. Edgar Rodríguez Góngora												
ATENCION AMBULATORIA	Dr. Luis López Aguilar												
ATENCION DE HOSPITALIZACION	Dr. Juan Pablo Sachùn Alanya												
ATENCION DE EMERGENCIA	Dr. Jorge Fernández Rosado												
DOCENCIA E INVESTIGACION	Dr. Alexander Pérez Távora												
ATENCION QUIRURGICA	Dr. Americo Martínez Carí												
ATENCION DE APOYO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	Dr. Augusto Pillaca Roca												
ADMISION Y ALTA	Tec. Inf. Giancarlo Vargas Subiate												
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Obst. Fanny Bustamante Julca												
GESTION DE MEDICAMENTO	Q.F. Brayán Ríos Marchan												
GESTION DE LA INFORMACION	Ing. Alex Herrera Coronel												
DESCONTAMINACION LIMPIEZA DESINFECCION, ESTERILIZACION	Lic. Raquel Gómez Arévalo												
MANEJO DE RIESGO SOCIAL	Asist. Soc. Elinda Del Aguila Céliz												
MANEJO DE NUTRICION DE PACIENTES	Nut. Milka Víchez Sedén												
GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES	Ing. Jessica Pashanasi Céliz												
GESTION DE EQUIPOS INFRAESTRUCTURA	Ing. Narda Ticona Llaja												
PROCESAMIENTO DE DATOS	Ing. Alex Herrera Coronel												
ANALISIS DE ESTANDARES	Dr. Cristhian Córdova Roque												
ELABORACION DE INFORME PRELIMINAR	Obst. Miriam Mori Merino												
PRESENTACION DE INFORME PRELIMINAR	Obst. Miriam Mori Merino												
REVISION Y CORRECCION DEL INFORME	Obst. Miriam Mori Merino												
EMITIR INFORME TECNICO	Obst. Miriam Mori Merino												

LIDER DEL EQUIPO DE EVALUADORES: LIC. RAQUEL GÓMEZ ARÉVALO



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION B

RESPONSABLE DEL EQUIPO		MACROPROCESOS	EQUIPOS DE EVALUADORES INTERNOS	MES DE OCTUBRE AÑO 2022																												RESPONSABLE DE LA AUTOEVALUACION	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
1		Direccionamiento	Lic. Raquel Gómez Arévalo																													Lic. Raquel Gómez Arévalo	
2		Gestión de recursos humanos	Abog. Lourdes Reina Chubera	Mañana																												Abog. Lourdes Reina Chubera	
3	Obsta. Miriam Mori	Gestión de la Calidad	Obsta. Miriam Mori Merino							Mañana																						Obsta. Miriam Mori Merino	
4		Manejo de Riesgo de Atención	Lic. Homero Sánchez Vásquez							Tarde																							Lic. Homero Sánchez Vásquez
5		Emergencia y Desastre	Ingº Wilson Sánchez Vallegos								Tarde																						Ingº Wilson Sánchez Vallegos
6		Control de la Gestión y Prestación	Dr. Edgar Rodríguez Góngora									Tarde																					Dr. Edgar Rodríguez Góngora
7		Atención Ambulatoria	Dr. Luis López Aguilar										Mañana																				Dr. Luis López Aguilar
9	Dr. Cristhian Córdova Roque	Atención De Hospitalización	Dr. Juan Pablo Sachin Alanya																	Tarde													Dr. Juan Pablo Sachin Alanya
10		Atención de Emergencias	Dr. Jorge Fernández Rosado																	Tarde													Dr. Jorge Fernández Rosado
		Docencia e Investigación	Dr. Alexander Pérez Távora																														Dr. Alexander Pérez Távora
11		Atención Quirúrgica	Dr. Americo Martínez Carr																														Dr. Americo Martínez Carr
13		Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	Dr. Augusto Pillaca Roca																														Dr. Augusto Pillaca Roca
14	Ingº Alex Herrera Coronel	ADMISSION Y ALTA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Tec. Inf. Giancarlo Vargas Subiate																	Tarde													Tec. Inf. Giancarlo Vargas Subiate
15		GESTION DE MEDICAMENTO	Obst. Fanny Bustamante Juca																														Obst. Fanny Bustamante Juca
16		GESTION DE LA INFORMACION	O.F. Brayán Ríos Marchan																														O.F. Brayán Ríos Marchan
17		DESCONTAMINACION LIMPIEZA DESINFECCION, ESTERILIZACION	Ingº. Alex Herrera Coronel																														Ingº. Alex Herrera Coronel
18		MANEJO DE RIESGO SOCIAL	Lic. Raquel Gómez Arévalo																														Lic. Raquel Gómez Arévalo
19	Ingº. Jean Carlo García de la Barrera	MANEJO NUTRICION DE PACIENTES	Asist. Soc. Elinda Del Aguilá Celiz																														Asist. Soc. Elinda Del Aguilá Celiz
20		GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES	Nut. Milka Vichez Siclen																														Nut. Milka Vichez Siclen
21		GESTION EQUIPOS INFRAESTRUCTURA	Ingº. Jessica Pashanasi Celiz																														Ingº. Jessica Pashanasi Celiz
22		ELABORACION DEL INFORME FINAL DE AUTOEVALUACION	Ingº. Narda Ticona Ulaja																														Ingº. Narda Ticona Ulaja
			Obsta. Miriam Mori Merino																														Obsta. Miriam Mori Merino



CONFORMACION DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DEL HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA

- 1.- Lic. Enf. Raquel Del Pilar Gómez Arévalo – LIDER DEL EQUIPO EVALUADOR
- 2.- C.P.C. Everly Flor Gonzales Yovera
- 3.- Lic. Enf. Patricia Oliveira Fernández
- 4.- Lic. Enf. Auxilia Navarro Torres
- 5.- Obst. Gautier Valles Dávila
- 6.- Obst. Lauren Ramírez Pinedo
- 7.- Obst. Marleni Diaz Chamoli
- 8.- Lic. Enf. Homero Sánchez Vásquez
- 9.- Lic. Enf. Elsa Burga Muñoz
- 10.- Med. Ciruj. Intens. Hugo Helvidio Bauer Córdoba
- 11.- Med.Ciruj. Intens. Josep Anthony Gonzales Flores
- 12.- Med.Ciruj. Intern. José Adrián Serra Morales
- 13.- M.C. Fiorella Fabiola Villarreal Balbín
- 14.-Obst. Fanny Milagros Bustamante Julca
- 15.-C.D. Cindy Minelly Arévalo Pinedo
- 16.- Tec. Inf. Alan Rafael Huaranga Díaz
- 17.- M.C. Gral. Markel William Carbajal Vásquez
- 18.- M.C. Otorr. Cristhian Eduardo Córdoba Roque
- 19.- M.C. Gral. Alejandra Bacilio Cardozo
- 20.- M.C. Gral. Alexander Pérez Távara
- 21.- M.C. Oftalm. Julio Cesar Cecias López
- 22.- M.C. Traum. Edgar Gotardo Morote Laura
- 23.- M.C. Pediat. Francisco Chinchá Torrejon



- 24.- M.C. Neuro ciruj. Freddy Capuñay Yarasca
- 25.- M.C. Uròl. Alex Lopez Contreras
- 26.- Lic. Enf. Melvin Pérez Vázquez
- 27.- Lic. Enf. Viviana Tejada Chavarría
- 28.- Lic. Enf. Erick Ríos Vicuña
- 29.- Lic. Enf. Royder Carihuasairo Arimuya
- 30.- Ten Enf. José Hernández Terrones
- 31.- M.C. Anest. Oswaldo Américo Martínez Cari
- 32.- Lic. Enf. Jhon Dany Gonzales Flores
- 33.- Lic. Enf. Willy Frank Ruiz Vargas
- 34.- Ing. Sist. Marco Heriberto Herrera Vásquez
- 35.- Ing. Sist. Alex Herrera Coronel
- 36.- Q.F. Yuri Carrasco Reategui
- 37.- Q.F. Brayan ríos Marchan
- 38.- Q.F. Julio Enrique Panduro Paredes
- 39.- Q.F. Ruby Ruth Angulo Guevara
- 40.- M.C. Ricardo Flores Bedoya
- 41.- Ing. Biom. Jean Carlo Martin García de la Barrera
- 42.- Ing. Electrom. Jairo Mejía Galoc
- 43.- Bach. En Ing. Civil Eliana Castro Yrigoin
- 44.- Tec. Med. En Terapia Física y Rehabilitación Rodolfo Rengifo Vásquez
- 45.- Tec en Terapia Física y Rehabilitación Gianmarco Linares Coronel
- 46.- Lic. Nutric. Ever Antonio Tuesta Pérez
- 47.- Lic. Nutric. Mayte Fernanda Oviedo Gutiérrez
- 48.- Lic. Enf. Martha Elena Ramos Valdez



- 49.- Lic. Enf. Aurea Milagros Bejarano Arosemena
- 50.- Lic. Enf. Roiser Arévalo Barboza
- 51.- M.C. Pediat. Sara Mendoza Medina
- 52.- M.C. Int. Pediat. Rosa Perliita Paredes Zevallos
- 53.- M.C. Pediat. Rosario Antón Sarmiento
- 54.- M.C. Pediat. Katherine Vera Meléndez
- 55.- M.C. Neont. Roberto Hernández Núñez
- 56.- Ing. Sist. Wilson Sánchez Vallejos
- 57.- Obst. Miriam Mori Merino
- 58.- Obst. Wendy Jesús Paredes Ramírez
- 59.- Obst. Gaby Malena Pedemonte Santillán
- 60.- Obst. Hely Menor Carrasco
- 61.- Abga. Lourdes Reina Cabrera
- 62.- Ingº. Sist. Jessica Minelli Pashanasi Cèlis
- 63.- Tecn Mèd. Cristhian Fernando Vicente Villar Huaman
- 64.- Tècn. Mèd. Maria Brighytt Montoya Pereira

