



Resolución Directoral

N° 260-2025-RED-J/D.

Junín, 14 de abril del 2025

VISTOS:

El Documento Administrativo N° 09014883 - Expediente N° 06168058, que contiene el Memorandum N° 423-2025-GRJ-DRSJ-RED-J/D, suscrito por la Directora Ejecutiva de la Red de Salud Junín; mediante el cual autoriza emitir el presente acto resolutivo de **APROBACIÓN DEL PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL DE APOYO JUNIN - 2025**, (Unidad Ejecutora 407(830) Salud Junín), Reporte N° 052-2025-GRJ/DRSJ/UESJ/UGC; y,



CONSIDERANDO:

Que, la Constitución Política del Perú, en su Artículo 7° establece que: "Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad"; precisando que las normas establecidas en este ordenamiento jurídico, al ser considerado como la Carta Magna, son inviolables y de obligatorio cumplimiento por todo Ciudadano y los órganos del Estado;



Que, mediante Ley N° 26842-Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; señalando en su Artículo II del Título Preliminar, que "La protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla"; asimismo, el artículo VI del Título Preliminar, señala en su primer párrafo que: "Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea", siendo también responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad,

Que, los literales a) y b) del artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización Funciones del Ministerio de Salud, modificado por la Ley N° 30895, señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud: formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; correspondiendo en efecto a la Red de Salud Junín, perteneciente a la Unidad Ejecutora 407 (0830) Salud Junín; formular, dirigir, coordinar y consecuentemente ejecutar planes para la seguridad del paciente, para el periodo 2025;

Que, mediante el Decreto Supremo N° 054-2018-PCM, que aprueba los Lineamientos de Organización del estado, tiene por finalidad que las entidades del Estado, conforme a su tipo, competencias y funciones, se organicen de la mejor manera a fin de responder a las necesidades públicas, en beneficio de la ciudadanía y de acuerdo a su Artículo 29° modificado por el Artículo 2° del Decreto Supremo N° 064-2021-PCM;





Resolución Directoral

N° 260-2025-RED-J/D.

Junín, 14 de abril del 2025

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA se aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSPV.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base el cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos; asimismo, señala que la autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso de 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 Anual de autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad institucional;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA se aprobó la "Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de apoyo", teniendo como objetivo proporcionar elementos metodológicos para uniformizar los procedimientos para la autoevaluación y la autoevaluación externa, entre otros;



Que, la Guía precitada en el literal d) del numeral 6.1. dispone que el Plan Anual de Autoevaluación es elaborado por los evaluadores, internos y es aprobado por la autoridad institucional, en la que se consigna simultáneamente a los responsables de servicio/área/departamento que interactuarán con los evaluadores;

Que, el Decreto Supremo N° 036-2024-SA, define los indicadores de desempeño y compromisos de mejora a cumplir en el año 2025, así como los criterios técnicos para su aplicación e Implementación, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el Artículo 15° del Decreto Legislativo 1153-Decreto Legislativo que regula la política integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado;



Que, la Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", de observancia obligatoria por los órganos, unidades orgánicas y órganos desconcentrados del Ministerio de Salud, prescribe en su numeral 5.2 que: "Se considera Documento Normativo del Ministerio de Salud, a todo aquel documento oficial que tiene por objeto transmitir información estandarizada y aprobada sobre aspectos técnicos, sean estos asistenciales, sanitarios y/o administrativos, relacionados al ámbito del Sector Salud, en cumplimiento de sus objetivos. Estas normas tienen el objetivo de facilitar el adecuado y correcto desarrollo de funciones, procesos, procedimientos y/o actividades, en los diferentes niveles y según correspondan";

Que, en el numeral 6.1.4. de la referida norma establece que se considera Documento Técnico aquellos que abordan aspectos como "Doctrinas", "Lineamientos de Políticas", "Sistemas de gestión de la Calidad", "Planes" (de diversa naturaleza);



Resolución Directoral

N° 260-2025-RED-J/D.

Junín, 14 de abril del 2025

Que, en mérito a lo señalado en los considerandos precedentes y estando a que las normas de salud y demás, son de orden público; a fin de regular la materia sanitaria, la protección de la salud y la asistencia médica de la Unidad Ejecutora 407(830) Salud Junín, el equipo de Evaluadores Internos para la Acreditación en Salud del Hospital de Apoyo Junín, procedió con la elaboración del Plan Anual de Autoevaluación, para el periodo 2025, el cual tiene como objetivo establecer las actividades requeridas para llevar a cabo la fase de autoevaluación del proceso de acreditación en el Hospital de Apoyo Junín, perteneciente a la Red de Salud Junín (Unidad Ejecutora 407(830)Salud Junín);

Que, mediante el Reporte N° 052-2025-GRJ/DRSJ/UESJ/UGC, de fecha 10 de abril del 2025 la Responsable de Gestión de la Calidad de la Red de Salud Junín, solicita la emisión de Resolución Directoral de **APROBACION DEL PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL DE APOYO JUNIN - 2025**, perteneciente a la Red de Salud Junín (Unidad Ejecutora 407(830) Salud Junín), con el objetivo de Planificar y ejecutar las actividades necesarias para llevar a cabo la autoevaluación institucional 2025, asegurando el cumplimiento de los estándares y criterios definidos en los diversos macro procesos establecidos en la Norma Técnica de Salud actual y aplicable;

Que, mediante Memorándum N° 423-2025-GRJ-DRSJ-RED-J/D, de fecha 14 de abril del 2025, suscrito por la Directora Ejecutiva de la Red de Salud Junín, autoriza emitir acto resolutivo de **APROBACION DEL PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL DE APOYO JUNIN - 2025**, perteneciente a la Red de Salud Junín (Unidad Ejecutora 407(830) Salud Junín); Según al Reporte N° 052-2025-GRJ/DRSJ/UESJ/UGC;

Que, en el uso de las atribuciones conferidas por la Ley N° 27867- Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y Resolución Ejecutiva Regional N° 026-2025-GRJ/GR, se designa funciones con atribuciones inherentes al cargo; y estando autorizado por la Directora de la Unidad Ejecutora de Salud Junín;

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: APROBAR el PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL DE APOYO JUNIN - 2025; perteneciente a la Red de Salud Junín (Unidad Ejecutora 407(830) Salud Junín), por los considerandos expuestos en la presente Resolución; Plan que como anexo forma parte integrante de la presente resolución.

ARTICULO SEGUNDO: DEJAR sin efecto a partir de la fecha todas las resoluciones que se opongán a la presente.

ARTÍCULO TERCERO: TRANSCRIBIR, la presente Resolución a los interesados y demás órganos correspondientes.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE;

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
RED DE SALUD JUNÍN

Mg. Sandra O. García Rojas
DIRECTORA EJECUTIVA
C.O.P N° 27195
RENOMA N° 300



Plan de Autoevaluación

PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL DE APOYO JUNIN

CATEGORIA: II-1

2025



RESPONSABLES DE LA ELABORACIÓN DEL PLAN:

Equipo de evaluadores internos del para la Acreditación del Hospital de Apoyo Junín.


.....
Lic. Reynald Barzola Surichavall
INGENIERO ESPECIALISTA EN
EMERGENCIA Y DESASTRES
CEP: 63709 R.N.E: 22306

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
HOSPITAL DE APOYO JUNÍN


.....
Lic/Enf. Naysha Camavica Ureta
RESP. GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
C.E.P.: 100209

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
UNIDAD EJECUTIVA DE SALUD JUNÍN


.....
Wilfredo Espinoza Rivas
MÉDICO ANESTESIOLOGO
C.M.P. N° 50176 R.N.E. N° 34180

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
DIRECCIÓN REGIONAL JUNÍN
HOSPITAL DE APOYO JUNÍN


.....
Mg. Rosset Ureta Liacza
DIRECTORA (a) DEL HOSPITAL DE APOYO JUNÍN
COP: 24880

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
RED DE SALUD JUNÍN


.....
Mg. Sandra J. García Rojas
DIRECTORA EJECUTIVA
C.O.P. N° 27195
RENOMA N° 300


.....
Lic. MARCELINA ALJAGA CAJAHUANC
C.E.P. 8514

INDICE

I.- INTRODUCCIÓN.....	03
II.- JUSTIFICACIÓN.....	04
III.- OBJETIVO	04
IV.- ALCANCE	05
V.- BASE LEGAL	05
VI.- METODOLOGIA DE EVALUACIÓN.....	07
VII.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PAA LA AUTOEVALUACION A Y B (ANEXO N° 01)	13
VIII.- EQUIPO DE EVALUACION (IDENTIFICACION DEL EVALUADOR LIDER)	17

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL DE APOYO JUNÍN 2025

I. INTRODUCCION.

Dentro de los objetivos de las políticas de salud en el Perú se encuentra mejorar el acceso de la población a una atención de salud integral de calidad, con especial énfasis en los grupos más vulnerables. El proceso de acreditación en el país se inició en junio de 1993 y ha experimentado una evolución significativa a lo largo de los años.

La acreditación es un proceso de evaluación periódica que se basa en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y alcanzables. Su objetivo principal es promover acciones de mejora continua en la calidad de la atención y fomentar el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de salud en el establecimiento. Este proceso consta de dos fases: la autoevaluación y la evaluación externa. Y la finalidad de la acreditación es garantizar a los usuarios que los establecimientos de salud acreditados disponen de recursos y capacidades para optimizar la calidad de la atención, mitigando así las deficiencias atribuibles a los servicios de salud.

La Autoevaluación en el Hospital de Apoyo Junín es la primera fase obligatoria para lograr la acreditación. Este proceso es llevado a cabo por el equipo interno de evaluadores previamente capacitados, quienes se basan en estándares establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional. Utilizan el "Listado de Estándares de Acreditación", que es el único instrumento para evaluar internamente los elementos relacionados con la calidad: estructura, procesos y resultados las cuales a partir de ello nacen acciones de mejora continua en cada servicio, oficina y/o unidad del hospital, siguiendo los principios de universalidad, gradualidad, unidad y confiabilidad. En este contexto, el Equipo de Acreditación del Hospital de Apoyo Junín, clasificado como un establecimiento de salud de nivel II-1, en colaboración con la Unidad de Gestión de la Calidad, se compromete a implementar el proceso de Autoevaluación-2025. Esto garantiza que nuestro hospital disponga de un mecanismo de monitoreo para la mejora continua de la calidad. Dicho proceso se llevará a

cabo aplicando los criterios de evaluación establecidos en la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobada mediante la Resolución Ministerial N.º 270-2009/MINSA.

II. JUSTIFICACIÓN

La Autoevaluación de la Calidad de los Servicios de Salud es la primera Fase en el Proceso de Acreditación de acuerdo al marco normativo sectorial vigente y es de carácter obligatorio. Conforme a las disposiciones señaladas en la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", los establecimientos de salud que alcancen más del 85% de cumplimiento de los estándares establecidos para su Categoría, pueden solicitar acceder a la Fase de Evaluación Externa, el cual, conforme al marco normativo, tiene carácter Voluntario.

La Autoevaluación no significa otra cosa que tener el valor de mirarse uno mismo para establecer dónde se sitúan exactamente nuestros puntos fuertes y nuestras debilidades; es mirarse en el espejo para examinar la calidad de los servicios que brindamos y buscar las mejoras posibles de hacer. La autoevaluación es fuente de conocimiento y objeto de transformación a partir del reconocimiento, caracterización y enfrentamiento de los problemas de calidad por quienes los confrontan cotidianamente; es decir, los trabajadores de salud y las comunidades.

III. OBJETIVO.

3.1. OBJETIVO GENERAL.

Planificar y ejecutar las actividades necesarias para llevar a cabo la autoevaluación institucional 2025, asegurando el cumplimiento de los estándares y criterios definidos en los diversos macro procesos establecidos en la Norma Técnica de Salud actual y aplicable.

3.2. OBJETIVO ESPECIFICO.

- Sensibilizar a la dirección ejecutiva y al equipo de gestión (jefes de departamentos, servicios, áreas y unidades) sobre la relevancia del

proceso de autoevaluación, garantizando su compromiso y participación en todas las actividades planificadas.

- Proporcionar capacitación adecuada al equipo de evaluadores internos, sobre los estándares y criterios de la Norma Técnica de Salud para la acreditación, así como sobre el proceso de autoevaluación en sí.
- Identificar los diferentes macroprocesos establecidos en la Norma Técnica de Salud y asignar responsables para cada uno de ellos.
- Recolectar la información necesaria para evaluar el cumplimiento de los estándares y criterios en cada uno de los macroprocesos identificados.
- Realizar una evaluación exhaustiva de cada uno de los macro procesos, en las unidades orgánicas correspondientes, comparando su desempeño con los estándares y criterios establecidos en la Norma Técnica de Salud (teniendo en cuenta que nuestro hospital pertenece al nivel II-1).
- Analizar la información del proceso de autoevaluación e identificar las áreas en las que se observen deficiencias o incumplimientos de los estándares y criterios, y proponer acciones correctivas o de mejora.
- Realizar un seguimiento continuo de la implementación de las acciones de mejora y revisar periódicamente el progreso realizado en el cumplimiento de los estándares y criterios establecidos.
- Elaborar un informe final con los resultados de la autoevaluación y las acciones de mejora propuestas, para ser presentado a las instancias correspondientes.

IV. ALCANCE.

Este Plan de Autoevaluación para la acreditación del Hospital de Apoyo Junín - 2025, es de obligatorio el cumplimiento para todo el personal de todas las unidades orgánicas del Hospital de Apoyo Junín durante el año en curso.

V. BASE LEGAL.

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprueba el “Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud”.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprueba el “Plan Esencial de Aseguramiento Universal en Salud- PEAS”.
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el “Reglamento de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA que aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NT N° 050-MINSA/DGSP-V.02: “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- 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”.

- Resolución Ministerial N° 370–2009/ MINSA, que aprueba la Directiva 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”.
- Resolución Ministerial N° 727–2009/ MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 491–2012/ MINSA, que incorpora el Anexo 04: “Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría III-2” a 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”.

VI. METODOLOGIA DE EVALUACIÓN

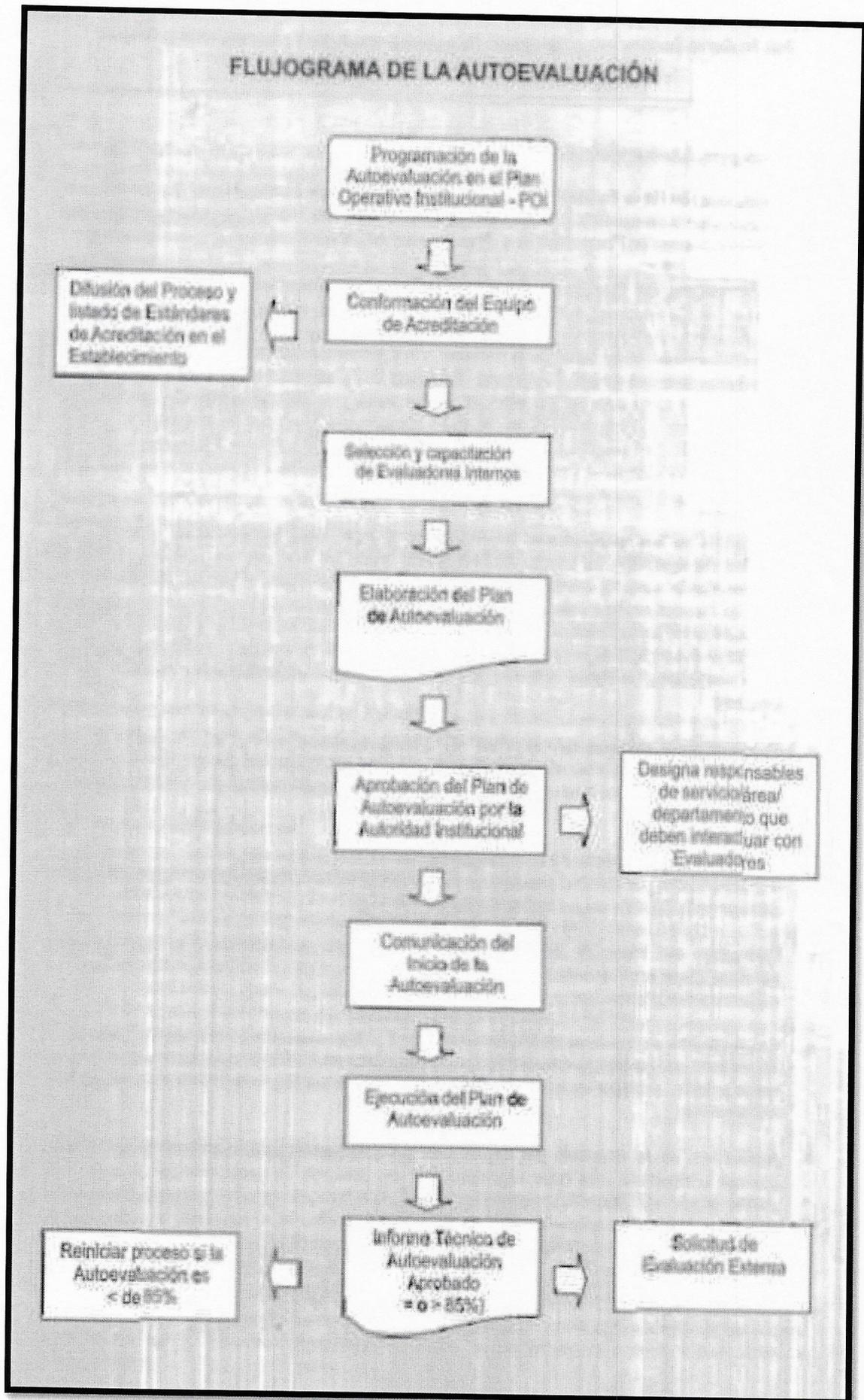
La Metodología de Evaluación y las Técnicas de Medición serán las establecidas según la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

Para ello, se considerará las siguientes definiciones de la norma:

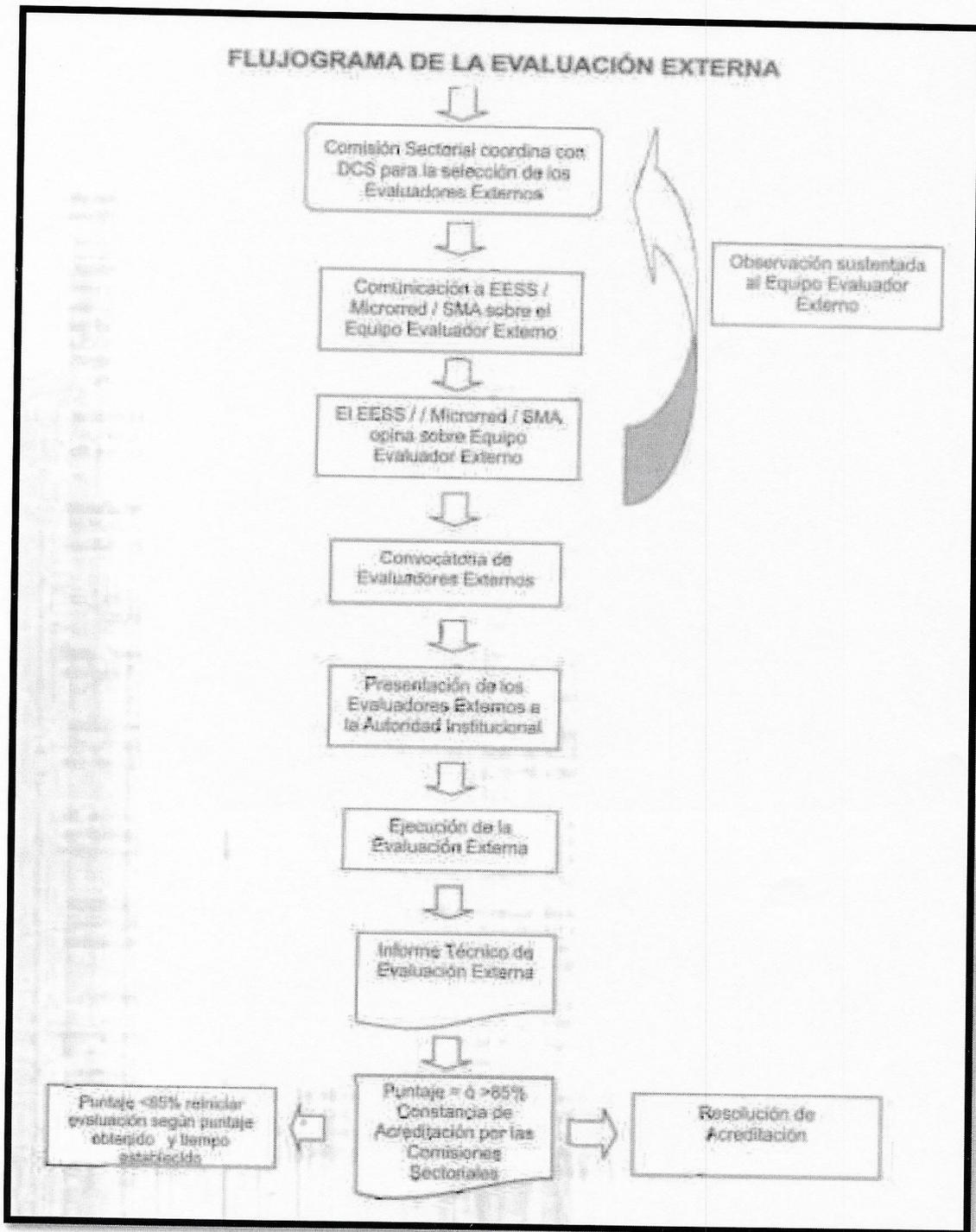
- 6.1. **Evaluadores pares:** Profesionales y/o técnicos de la salud, de perfil asistencial y administrativo, quienes son seleccionados entre los evaluadores internos de los establecimientos de salud, y realizan la evaluación de un establecimiento de salud con características similares, en una jurisdicción diferente a la que laboran, y cumplen con criterios específicos de elegibilidad.
- 6.2. **Evaluadores externos:** Profesionales de la salud, de perfil asistencial y administrativo, expertos en métodos de evaluación externa de la calidad, quienes realizan la evaluación de un establecimiento de salud, y que cumplen con criterios de elegibilidad relacionados a la independencia, autonomía y experticia.

Se considerará además el proceso de Acreditación de acuerdo a lo establecido en la norma.

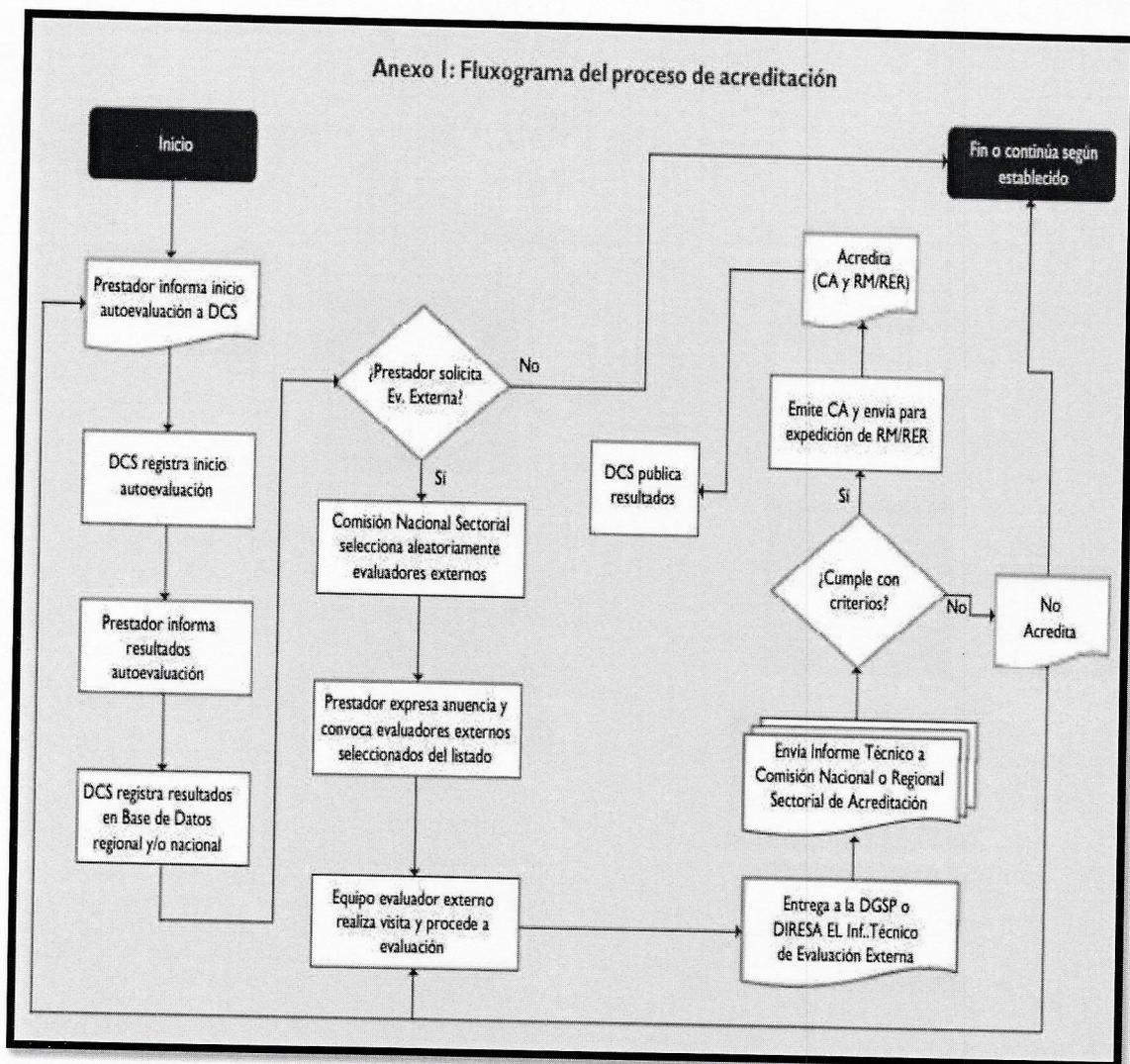
- 6.3. Proceso de autoevaluación:** fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud, cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, quienes hacen uso del listado de estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categorías I-1 hasta el III-2 y servicios médicos de apoyo y realizar una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.



6.4. **Proceso de Evaluación Externa:** segunda fase del proceso de Acreditación, está orientada a garantizar que la fase anterior fue realizada con idoneidad, u, por lo tanto, expide o niega la opinión de conformidad según escalas de calificación preestablecidas. Es una fase necesaria para acceder a la constancia de Acreditación otorgada por la comisión sectorial correspondiente.



FLUJOGRAMA DEL RESUMEN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN EN GENERAL:



INSTRUMENTO.

El instrumento a utilizar en el proceso de la fase de autoevaluación a nivel del Hospital de Apoyo Junín, viene a ser el listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud según categoría y servicios médicos de apoyo (Norma Técnica N° 050- MINSA/DGSP.V.02/ anexo 03) y la guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo (R.M. N° 270-2009/MINSA – vol. II).

PRODUCTO ESPERADO.

Al finalizar la autoevaluación se espera contar con el puntaje aprobado igual o mayor al 85% para solicitar a pasar a la siguiente fase de Evaluación Externa.

FINANCIAMIENTO.

Para el financiamiento se contará con el presupuesto Otorgado por la U.E.S. Junín.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.

Para esta fase de autoevaluación se solicitará recursos necesarios como:

- Tableros.
- Fichas de Evaluación.
- Movilidad.
- Cámara fotográfica.
- Laptop.
- Útiles de Escritorio.
- Refrigerio para el equipo evaluador interno.

VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN A Y B

7.1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN – A

Actividades	Responsables	Abr		Jun		Ago-24				Set-24				Oct-24				
		SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM		
		II	III	III	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II
Reunión del equipo evaluador para elaboración del Plan y designación del evaluador líder	Resp. Calidad – Dirección	X																
Designación de responsables por cada macro procesos	Resp. Calidad		X															
Presentación del Plan a la Directora del Hospital de Apoyo Junín			X															
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del Listado de Estándares de Acreditación.	Resp. Calidad – Dirección			X														
Presentación del Plan a Jefes de servicio, y personal. (Reunión de Apertura)	Líder del equipo auto evaluador interno			X														
comunicar a DIRESA Junín sobre el inicio de la autoevaluación	Resp. Calidad – Dirección			X														
Macro procesos																		
Direccionamiento	DR. Juan Castro Uchuya				X													
Gestión de recursos humanos	Lic. Eder Julca Marcelo					X												
Gestión de la calidad	Lic. Enf. Ronal Barzola Surichaqui					X												
Manejo de riesgos de atención	Lic. Enf. Marcelina Aliaga Cajahuanca						X											
Gestión de seguridad ante desastres	Lic. Enf. Naysya Camavilca Ureta												X					

7.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN – B

Responsable por sub-equipo	MACROPROCESOS	EVALUADOR INTERNO	AGOSTO DEL 2025						SETIEMBRE DEL 2025			RESPONSABLES EVALUADOS		
			Martes 05	Martes 11	Martes 18	Jueves 25	Viernes 05	Viernes 12	Viernes 19	Miércoles 24				
LIC. ENF. Ronald Barzola	DIRECCIONAMIENTO	DR. Juan Castro Uchuya	TARDE	TARDE										Odont. Rossel Ureta Liacza
	GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	Lic. Eder Julca Marcelo		TARDE	TARDE									Lic. María Isabel
	GESTIÓN DE CALIDAD	Lic. Enf. Ronal Barzola Surichaquí			TARDE	TARDE								Lic. Enf. Naysha Camavilca Ureta
	MANEJO DE RIESGO DE ATENCIÓN	Lic. Enf. Marcelina Aliaga Cajahuanca				MAÑANA		TARDE						M.C. Juan Jesús Castro Uchuya
	GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRE	Lic. Enf. Naysha Camavilca Ureta						MAÑANA	TARDE					LIC. Enf. Katerin Puente Torres
	CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	DR. Juan Castro Uchuya								TARDE				Lic. Esther blanco Valeria
	ATENCIÓN AMBULATORIA	Dr. Wilfredo Espinoza Rivas									TARDE	TARDE		M.C. Juan Jesús Castro Uchuya
	ATENCIÓN EXTRAMURAL	Lic. Enf. Marcelina Aliaga C.										TARDE	MAÑANA	Lic. Enf. Milagros Crispín Echevarría

Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital de Apoyo Junín

	ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	Dr. Arturo Mendoza Huamán										TARDE	DR. JUAN JESUS CASTRO UCHUYA
	ATENCIÓN DE EMERGENCIA	Lic. Enf. Marcelina Aliaga C.										MAÑANA	DR. WILFREDO ESPINOZA RIVAS
	ATENCIÓN QUIRURGICA	Obst. María Isabel Córdova Llanos										TARDE	Lic. Enf. Naysha Camavilca Ureta
LIC. ENF. Naysha Camavilca	APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	Obst. Maria Isabel Córdova Llanos										TARDE	TEC. ENF. Roosevelt Peña Capcha
	ADMISION Y ALTA	Lic. Enf. Naysha Camavilca Ureta										TARDE	Ing. Jorge Luis Córdor Mateo
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Dr. Arturo Mendoza Huamán										MAÑANA	Obst Jennifer Quispe Flores
	GESTION DE MEDICAMENTOS	Dr. Wilfredo Espinoza Rivas										MAÑANA	Q.F. Rosario Días Bueno
LIC. ENF. Marcelina Aliaga	GESTIÓN DE INFORMACION	Lic. Enf. Naysha Camavilca U.											Ing. Jorge Luis Córdor Mateo
	DESCONTAMINACIÓN, LIMPEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN	Lic. Enf. Ronal Barzola Surichaqui										MAÑANA	Bach. Edwin Dávila Quispe
	MANEJO DE RIESGO SOCIAL	Lic. Enf. Ronal Barzola Surichaqui										TARDE	Lic. Maricela Salcedo Córdor
	NUTRICIÓN Y DIETETICA	Obst. Maria Isabel Córdova Llanos										MAÑANA	Lic. Katy Jurado Hinostroza
LIC. ENF. Marcelina Aliaga	GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES	Lic. Eder Julca Marcelo										MAÑANA	Q.F. Rosario Días Bueno
	GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA	DR. Juan Castro Uchuya										MAÑANA	Lic. Eder Percy Julca Marcelo

VIII. EQUIPO DE EVALUACION (IDENTIFICACION DEL EVALUADOR LIDER)

El equipo de auto evaluadores internos para la acreditación del Hospital de Apoyo Junín, reconocido con **RD N° 149-2025-RED-J/D.**

INTEGRANTES	CARGO
C.D. Rossel Ureta LLacza Directora del Hospital de Apoyo Junín	Presidente
Lic. Enf. Ronald Lorenzo Barzola Surichaqui Responsable del componente de las líneas de Acreditación	Secretario (líder)
Lic. Enf. Naysha Camavilca Ureta Resp. De Gestión de la Calidad en Salud del Hospital de Apoyo Junín	Miembro
Lic. Enf. Marcelina Isabel Fausta Aliaga Cajahuanca Llanos Jefe del Servicio de Enfermería	
Obst. María Isabel Córdova Llanos Jefe del Servicio de Obstetricia	
M.C. Wilfredo Espinoza Rivas Jefe del Servicio de Emergencia	
M.C. Juan Jesús Castro Uchuya Jefe del Servicio de Consultorio Externos	
M.C. Arturo Javier Mendoza Huamani Jefe del Servicio de Pediatría	
Lic. Enf. Bania Fidela Beas Parian Resp. De crecimiento y desarrollo infantil	