



Resolución Jefatural

Arequipa, 02 de Junio del 2023

VISTOS:

El Responsable de Gestión de la Calidad de la Micro Red de Salud Ciudad Blanca, solicita se proyecte la Resolución Jefatural de Aprobación del "Plan de Trabajo de Autoevaluación" del ámbito de la Micro Red de Salud Ciudad Blanca para el periodo 2023 y..

CONSIDERANDO:

Que la Ley N° 26842 Ley General de Salud, determina que es de interés público la provisión de servicios de Salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea y que es responsabilidad del estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos socialmente aceptables en seguridad, oportunidad y calidad.

Que por Ley N° 27657, de fecha 29 de enero del 2002, se aprueba la Ley del Ministerio de Salud, cuya finalidad es lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la Promoción, Protección, Recuperación y Rehabilitación de la salud.

Que de acuerdo al Reglamento de Organización y Funciones de la Red de Salud Arequipa - Caylloma aprobado por O.R. N° 044-2008-AREQUIPA, de fecha 14 de marzo del 2008, en su Artículo 8° Funciones Generales, inciso s) dice: "Cumplir con las Normas del Sistema de Gestión de la Calidad".

Que, por R.M. N° 519-2006/MIHSA del 30 de mayo del 2006, se aprobó el documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", en el cual se señala en el eje de intervención de garantía y mejora de la calidad, como instancia para fomentar, fortalecer y brindar apoyo técnico en el desarrollo de procesos de mejoramiento de la calidad insta en el Desarrollo e Implementación de la garantía y mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud.

Que, mediante R.M. N° 502-2016/MINSA de fecha 15 de julio del 2016, que aprueba la NTS N°029-MINSA/DIGPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, en el punto 6.1.1 menciona que cada establecimiento de salud constituirá los siguientes comités: Comité de Auditoría en Salud y Comité de Auditoría Médica.

Que, mediante R.M. N° 458-2007/MINSA del 04 de junio del 2007, se aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Apoyo la misma que establece en sus disposiciones especificaciones, la organización para la acreditación, implica diferentes unidades orgánicas y funcionales que asuman responsabilidades exclusivas compartidas para el desarrollo del proceso de acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Médicos de Apoyo.

Por los fundamentos anteriormente mencionados es conveniente Conformar el "Comité de Autoevaluación" de la Micro Red de Salud Ciudad Blanca para el periodo 2023, el mismo que asumirá las funciones de asistencia técnica, monitoreo, evaluación y supervisión de las Autoevaluaciones.

De conformidad con la Ley N° 27867 - Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria Ley N° 27902, Ley N° 31365 que aprueba el Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2023 y según Decreto Ley N° 22867 de Desconcentración Administrativa, Ordenanza Regional N°10-2007-Arequipa, que aprueba la Modificación del Reglamento de Organización y Funciones del Gobierno Regional de Arequipa y la O.R.N°044-2008-Arequipa que aprueba el desarrollo de la estructura organizacional de la Gerencia Regional de Salud Arequipa - Red de Salud Arequipa-Caylloma.

Con la opinión favorable de la Jefatura y del Responsable de Personal;

SE RESUELVE:

ARTICULO 1°.- APROBAR el "PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACION", correspondiente a la Micro Red de Salud Ciudad Blanca, para el periodo 2023.

ARTICULO 2°.- El presidente del Comité de Autoevaluación, velara por la ejecución, seguimiento, evaluación e informe del avance del plan de Trabajo, conforme corresponda.

ARTICULO 3°.- Encargar al Responsable de Personal la notificación de la presente resolución.

REGISTRESE Y COMUNIQUESE.



GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCION RED DE SALUD AREQUIPA - CIUDAD
BLANCA
MICROREGION DE SALUD CIUDAD BLANCA.
Mrs. Jordana R. Yaquez Medina Mor
Médico Jefe del Micro Res.
CAMP 46822

RRQMkcb
Cc: Archivo
Cc: Interesado

PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN MICRORED CIUDAD BLANCA 2023

I. INTRODUCCIÓN:

La experiencia demuestra que la calidad de la atención en salud no depende de manera determinante de mayor tecnología, ni de mayor valor de los procedimientos. Es un concepto equivocado que las grandes entidades de salud con el equipamiento tecnológico de punta y altos costos, son los únicos que pueden ofrecer calidad. La calidad depende de la estructuración de procesos y del uso apropiado de la tecnología que le ofrezcan al usuario, lo mejor para resolver su patología a costos razonables.

La Autoevaluación Es un proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, **orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.**

II. 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.

III. OBJETIVOS:

1. Ofrecer evidencias a los usuarios de los servicios de salud, que las decisiones clínicas, no clínicas y preventivo-promocionales se manejan con atributos de calidad.
2. Promover una cultura de calidad en todos los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo del país a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.

IV. ALCANCE

El presente plan tendrá alcance al 100% de los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Ciudad Blanca.

V. BASE LEGAL:

- Ley N° 28842 "Ley General de Salud"
- Ley N° 27657 "Ley del Ministerio de Salud"
- D.S. N° 03- 2006-SA "Reglamento de Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo."
- R.M. N° 519-2006 aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad"

- NTS. N° 050-MINSA DGSP-V. 2 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”

VI. METODOLOGIA DE EVALUACION:

Consideraciones Especificas:

1. El proceso comprende la fase de evaluación Interna Autoevaluación
2. Las acciones de evaluación estarán a cargo de evaluadores internos previamente capacitados.
3. La evaluación se realiza en base a estándares definidos por la Autoridad. Sanitaria. Nacional.
4. El Listado de Estándares de Acreditación es el único instrumento para la evaluación periódica.
5. Los estándares de acreditación están **enfocados en procesos como aspecto central de la metodología de mejora continua.**
6. Se brindará asistencia técnica durante la ejecución.
7. El proceso de autoevaluación debe ser llevado con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad.

Comité del Proceso de Autoevaluación:

Unidad funcional designado oficialmente por la Dirección de Red.

La Coordinación la realizara la Responsable de Calidad.

Formulan el Plan y el Informe Técnico de Autoevaluación.

Equipo de Evaluadores Internos

Son profesionales de la salud y/o técnicos asistenciales y administrativos.

El evaluador líder será el responsable del área a autoevaluar.

Formulan el Plan y el Informe Técnico de Autoevaluación.

Autoevaluación

- A cargo de un equipo de evaluadores internos
 - Es de carácter obligatorio
 - Se realiza mínimo una vez al año
1. El proceso de acreditación debe ser llevado con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad.

Calificación de la evaluación:

- 1.- Aprobado / Acreditado

❖ **Aprueba con el 85%**

2.- No Aprobado / No Acreditado

❖ **70 a 84.9% 6m nueva evaluación**

❖ **50 a 69.9% 9m nueva evaluación**

❖ **Menor 50% autoevaluación**

VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

CRONOGRAMA DEL PLAN DE AUTOEVALUACION 2023																			
MICRORED CIUDAD BLANCA CENTRO DE SALUD CIUDAD BLANCA																			
OBJETIVO: 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.																			
N°	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META	fuente de verificación	CRONOGRAMA POR MESES												RECURSOS		RESPONSABLE
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	SI.	FF	
1	Plan Operativo Anual de Autoevaluación y Acreditación	Plan Elaborado	1	Plan elaborado					X										
2	Conformación de Evaluadores Internos	informe	1	formato de equipo de evaluadores interno				X											
3	Reporte de inicio de la autoevaluación	oficio	1	oficio con formato de inicio de subevaluación									X						
4	Cronograma de actividades por macroprocesos	informe	1	formato de cronograma								X							
5	Capacitación en los diferentes macroprocesos	informe	1	informe								X							
6	Listado de estándares	libro	1	libro de estándares de acuerdo a la categoría del EESS								X							
7	Aplicación del listado de estándares	libro	1	Listado con datos									X						
8	Procesamiento de Datos	digitación	1											X					
9	Evaluación y análisis de los resultados	informe	1	informe donde se incluye acciones implementadas.										X					
10	Socialización de Resultados	Infir/ Actas	1	Informe/ actas.										X					
11	Elevar los resultados a nivel superior	oficio	1	oficio con firma de recepción										X					
12	Acciones de mejora implementadas	informe	1	ver el avance del último informe encontrado.												X			
13	Monitoreo de la Ejecución del Plan de	Informe	4	Seguimiento, monitoreo del avance de las auditorías en cada MR.				X				X			X			X	

CRONOGRAMA DEL PLAN DE AUTOEVALUACION 2023																			
C.S. SAN JUAN DE CIUDAD BLANCA																			
OBJETIVO: 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.																			
N°	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META	fuente de verificación	CRONOGRAMA POR MESES												RECURSOS		RESPONSABLE
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	SI.	FF	
1	Plan Operativo Anual de Autoevaluación y Acreditación	Cronograma	1	Plan elaborado				X											
2	Reporte de inicio de la autoevaluación	oficio	1	oficio con formato de inicio de subevaluación						X									
3	Cronograma de actividades por macroprocesos	informe	1	formato de cronograma					X										
4	Capacitación en los diferentes macroprocesos	informe	1	informe					X										
5	Listado de estándares	libro	1	libro de estándares de acuerdo a la categoría del EESS					X										
6	Aplicación del listado de estándares	libro	1	Listado con datos						X									
7	Procesamiento de Datos	digitación	1									X							
8	Evaluación y análisis de los resultados	informe	1	informe donde se incluye acciones implementadas.								X							
9	Socialización de Resultados	Infir/ Actas	1	Informe/ actas.								X							
10	Elevar los resultados a nivel superior	oficio	1	oficio con firma de recepción								X							
11	Acciones de mejora implementadas	informe	1	ver el avance del último informe encontrado.									X						
12	Monitoreo de la Ejecución del Plan de	Informe	4	Seguimiento, monitoreo del avance de las auditorías en cada MR.				X				X			X			X	

CRONOGRAMA DEL PLAN DE AUTOEVALUACION 2023																			
C.S. COMUNITARIO AYELEN																			
OBJETIVO: 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.																			
N°	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META	fuente de verificación	CRONOGRAMA POR MESES												RECURSOS		RESPONSABLE
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	SI.	FF	
1	cronograma del Plan Operativo Anual de Autoevaluación y Acreditación	Cronograma	1	Plan elaborado					X										
2	Reporte de inicio de la autoevaluación	oficio	1	oficio con formato de inicio de autoevaluación									X						
3	Cronograma de actividades por macroprocesos	informe	1	formato de cronograma					X										
4	Capacitación en los diferentes macroprocesos	informe	1	informe									X						
5	Listado de estándares	libro	1	libro de estándares de acuerdo a la categoría del EESS									X						
6	Aplicación del listado de estándares	libro	1	Listado con datos										X					
7	Procesamiento de Datos	diligencia	1												X				
8	Evaluación y análisis de los resultados	informe	1	informe donde se incluye acciones implementadas.											X				
9	Socialización de Resultados	Intr/ Actas	1	Informe/ actas.											X				
10	Elevar los resultados a nivel superior	oficio	1	oficio con firma de recepción											X				
11	Acciones de mejora implementadas	informe	1	ver el avance del último informe encontrado.											X				
12	Monitoreo de la Ejecución del Plan de	Informe	4	Seguimiento, monitoreo del avance de las auditorías en cada MR.														x	

CRONOGRAMA DEL PLAN DE AUTOEVALUACION 2023																			
P.S. ISRAEL																			
OBJETIVO: 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.																			
N°	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META	fuente de verificación	CRONOGRAMA POR MESES												RECURSOS		RESPONSABLE
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	SI.	FF	
1	cronograma del Plan Operativo Anual de Autoevaluación y Acreditación	Cronograma	1	Plan elaborado					X										
2	Reporte de inicio de la autoevaluación	oficio	1	oficio con formato de inicio de autoevaluación						X									
3	Cronograma de actividades por macroprocesos	informe	1	formato de cronograma					X										
4	Capacitación en los diferentes macroprocesos	informe	1	informe					X										
5	Listado de estándares	libro	1	libro de estándares de acuerdo a la categoría del EESS					X										
6	Aplicación del listado de estándares	libro	1	Listado con datos						X									
7	Procesamiento de Datos	diligencia	1								X								
8	Evaluación y análisis de los resultados	informe	1	informe donde se incluye acciones implementadas.								X							
9	Socialización de Resultados	Intr/ Actas	1	Informe/ actas.							X								
10	Elevar los resultados a nivel superior	oficio	1	oficio con firma de recepción							X								
11	Acciones de mejora implementadas	informe	1	ver el avance del último informe encontrado.								X							
12	Monitoreo de la Ejecución del Plan de	Informe	4	Seguimiento, monitoreo del avance de las auditorías en cada MR.				X			X			X			X		

CRONOGRAMA DEL PLAN DE AUTOEVALUACION 2023																			
P.S. ALTO JESUS																			
OBJETIVO: 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.																			
N°	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META	fuente de verificación	CRONOGRAMA POR MESES												RECURSOS		RESPONSABLE
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	SI	FF	
1	cronograma del Plan Operativo Anual de Autoevaluación y Acreditación	Cronograma	1	Plan elaborado					X										
2	Reporte de inicio de la autoevaluación	oficio	1	oficio con formato de inicio de autoevaluación									X						
3	Cronograma de actividades por macroprocesos	informe	1	formato de cronograma					X										
4	Capacitación en los diferentes macroprocesos	informe	1	informe									X						
5	Listado de estándares	libro	1	libro de estándares de acuerdo a la categoría del EESS									X						
6	Aplicación del listado de estándares	libro	1	Listado con datos										X					
7	Procesamiento de Datos	digitación	1												X				
8	Evaluación y análisis de los resultados	informe	1	informe donde se incluye acciones implementadas.											X				
9	Socialización de Resultados	Infir/ Actas	1	Informe/ actas.											X				
10	Elevar los resultados a nivel superior	oficio	1	oficio con firma de recepción											X				
11	Acciones de mejora implementadas	informe	1	ver el avance del último informe encontrado.											X				
12	Monitoreo de la Ejecución del Plan de	Informe	4	Seguimiento, monitoreo del avance de las auditorías en cada MR.													x		

CRONOGRAMA DEL PLAN DE AUTOEVALUACION 2023																			
P.S. VILLA JESUS																			
OBJETIVO: 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.																			
N°	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META	fuente de verificación	CRONOGRAMA POR MESES												RECURSOS		RESPONSABLE
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	SI	FF	
1	cronograma del Plan Operativo Anual de Autoevaluación y Acreditación	Cronograma	1	Plan elaborado				X											
2	Reporte de inicio de la autoevaluación	oficio	1	oficio con formato de inicio de autoevaluación						X									
3	Cronograma de actividades por macroprocesos	informe	1	formato de cronograma					X										
4	Capacitación en los diferentes macroprocesos	informe	1	informe					X										
5	Listado de estándares	libro	1	libro de estándares de acuerdo a la categoría del EESS					X										
6	Aplicación del listado de estándares	libro	1	Listado con datos						X									
7	Procesamiento de Datos	digitación	1								X								
8	Evaluación y análisis de los resultados	informe	1	informe donde se incluye acciones implementadas.							X								
9	Socialización de Resultados	Infir/ Actas	1	Informe/ actas.							X								
10	Elevar los resultados a nivel superior	oficio	1	oficio con firma de recepción							X								
11	Acciones de mejora implementadas	informe	1	ver el avance del último informe encontrado.								X							
12	Monitoreo de la Ejecución del Plan de	Informe	4	Seguimiento, monitoreo del avance de las auditorías en cada MR.				X		X				X			X		

VIII. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

RESPONSABLES DE LOS MACROPROCESOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS MR CIUDAD BLANCA						
MACROPROCESO	C.S. CIUDAD BLANCA	C.S. SAN JUAN	P.S. ISRAEL	P.S. ALTO JESUS	P.S. VILLA JESUS	CENTRO SALUD MENTAL AYELEN
1. Direccionamiento	LUIS GAONA ZEBALLOS	DORIA NUÑEZ RAMAYO	OMAR CASAPIA TEJADA	JENNY ALLCA MARTINEZ	DRA. HAYDEE CENTENO FLORES	PSICOLOGO MARCOS MERMA VALVERDE
	KATHERINE CUADROS BERNAL	YENY CASTILLO TEJADA				
2. Gestion de Recursos Humanos	LUIS GAONA ZEBALLOS	NIDMA ROMERO CABRERA	PADLA VIZCARRA VIZCARRA	JENNY ALLCA MARTINEZ	DRA. HAYDEE CENTENO FLORES	PSICOLOGA VANESSA FARFAN LOPEZ
		YOLANDA PEREZ JUAREZ		JULIO TICONA URURI	OBST. VARELY ANDIA MENDOZA.	
3. Gestion de la calidad	ARTURO SALAZAR CUPU	DORIA NUÑEZ RAMAYO	MONICA REVUELTA ZELAYA	LUIS TANCO CANAZA	OBST. MEUIDA NAVINTA TOVAR	LIC. KELLY CORNEJO CACERES
	JUANA NEYRA VILLA	YENY CASTILLO TEJADA		JENNY ALLCA MARTINEZ		PSICOLOGO MARCOS MERMA VALVERDE
	KATHERINE CUADROS BERNAL					
	LUIS GAONA ZEBALLOS					
4. Manejo de Riesgo de Atención	FERNANDO RAMOS PACHECO	GLENNY MARTINEZ SALAS	MONICA REVUELTA ZELAYA	LUZ MARINA CALCINA DIAZ	DRA. HAYDEE CENTENO FLORES	PSICOLOGO MARCOS MERMA VALVERDE
	ANDREA CUNO ZAMATA	EDUARDO BORDA PEÑA		NIDIA VARGAS TORRES	ENFER. DAYANA CHILQUE ZUNA	ENFERMERA SOFIA TIPULA CONDORI
	ANA BARRANTES LIMAHUAYA					PSICOLOGA MARIA CARDENA POMALEQUE
5. gestion de Seguridad ante desastres	ARTURO SALAZAR CUPU	MIGUEL CALDERON CRUZ	BLANCA PUMA VALENCIA	VANESSA ROCIO MAMANI MAMANI	DRA. HAYDEE CENTENO FLORES	PSICOLOGA MARIA CARDENA POMALEQUE
	LUIS GAONA ZEBALLOS	CARLA CHAVEZ RODRIGUEZ		NIDIA VARGAS TORRES	C.D. LOURDES GUEVARA MAMANI.	PSICOLOGO MARCOS MERMA VALVERDE
6. Control de Gestion y Prestacion	ARTURO SALAZAR CUPU	MIGUEL CALDERON CRUZ	OMAR CASAPIA TEJADA	LUIS TANCO CANAZA	DRA. HAYDEE CENTENO FLORES	PSICOLOGO MARCOS MERMA VALVERDE
	FERNANDO RAMOS PACHECO	DORIA NUÑEZ RAMAYO		JENNSY APAZA APAZA		LIC. KELLY CORNEJO CACERES
7. Atencion Ambulatoria	FERNANDO RAMOS PACHECO	EDUARDO BORDA PEÑA	OLGA HUAMAN MESTAS	SUSANA TORRES VILLEGAS	DRA. HAYDEE CENTENO FLORES	LIC. DELMA CONDORI LUQUE
	ANA BARRANTES LIMAHUAYA	OLGA GONZA	MONICA REVUELTA ZELAYA	LOURDES MAMANI LIMAHUAY	TODOS LOS SERVICIOS.	LIC. MERCEDES SOSA CARDENAS
	LUZVI DUEÑAS CARPIO	MARIA CANAZAS GUTIERREZ	OMAR CASAPIA TEJADA	PAOLA VIZCARRA VIZCARRA		
			BETY BECERRA BARRIGA	MARLENE QUIROQUIHUANA PALOMINO		
8. Atencion Extramural	ANTONIETA RINA MURILLO FLORES	LELIS MEJIA ACEVEDO	MONICA REVUELTA ZELAYA	LOURDES MAMANI LIMAHUAY	DRA. HAYDEE CENTENO FLORES	LIC. MARLIS LUNA LLAMOCA
	JUANA NEYRA VILLA		OLGA HUAMAN MESTAS	LUZ MARINA CALCINA DIAZ	TODOS LOS SERVICIOS.	LIC. KELLY CORNEJO CACERES
9. Atencion de Hospitalizacion				NO APLICA		
10. Atencion de Emergencia	JARLY APAZA SILVA	EDUARDO BORDA PEÑA	OLGA HUAMAN MESTAS	SUSANA TORRES VILLEGAS	DRA. HAYDEE CENTENO FLORES	LIC. EDITH TUPAC MAMANI
	GLADYS CHAMBI CONDORI	RUBEN ORTIZ CARI	MONICA REVUELTA ZELAYA		DR. MANUEL VELARDE GUSIRRAMOS.	LIC. DELMA CONDORI LUQUE
						LIC. MERCEDES SOSA CARDENAS
						LIC. SOFIA TIPULA CONDORI
13. Atencion de Apoyo Diagnostico y Tratamiento	ROSARIO FLORES LUQUE	GLENNY MARTINEZ SALAS	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	LIC. DELMA CONDORI LUQUE
	RICARDA ALEJANDRINA MEDINA RAMOS	MIGUEL CALDERON CRUZ				LIC. EDITH JENNY TUPAC MAMANI
		YENNY CASTILLO TEJADA				LIC. SOFIA TIPULA CONDORI
						LIC. MERCEDES SOSA CARDENAS
14. Admisión y Alta	JOSE LUIS ALFARO PUMA	LEONOR TORRES ABARCA	PEDROCHOQUEPUMA LUNA	NIDIA VARGAS TORRES	DRA. HAYDEE CENTENO FLORES	TEC. ENFERMERIA ROXANA CAHUAPAZA MAYTA
	JOSE ALBERTO HUAHUACHAMPI COLLANQUI			VANESA ROCIO MAMANI MAMANI	ENFER. DAYANA CHILQUE ZUNA	
15. Referencia y Contrareferencia	NANCI CHOQUE MAMANI	NIDMA ROMERO CABRERA	CARMEN QUISPE MACHACA	JENNY ALLCA MARTINEZ	DRA. HAYDEE CENTENO FLORES	ZULMA DIAZ PAREDES
16. Gestion de Medicamentos.	SANDRA TORRES GUTIERREZ	FAUSTINA ZAPANA ALDUDE	BLANCA PUMA VALENCIA	AIDA LUNA VARGAS	DRA. HAYDEE CENTENO FLORES	Q.F. VERONICA DEL CARPIO MANCHEGO
		CLAUDIA FULLANO ZEA			TEC. FAR. GLADYS CRUZ MAMANI.	
17. Gestion de la informacion	MIRIAM CURASI AUCAPIÑA	NIDMA ROMERO CABRERA	MARIA ISABEL ZAPATA PINTO	LUIS TANCO CANAZA	DRA. HAYDEE CENTENO FLORES	TEC. ADMINISTRATIVO ZULMA DIAZ PAREDES
	NANCI CHOQUE MAMANI	MIGUEL ANGEL CALDERON		VANESA ROCIO MAMANI MAMANI		GISEL AGRAMONTE BARRIGA
18. descontaminación limpieza desinfeccion esterilizacion	CESAR QUISPE PARI	HILDA MACHACA PARI	VILMA NUÑONCA AROSQUIPA	NIDIA VARGAS TORRES	DRA. HAYDEE CENTENO FLORES	NANCY VARGAS MACEDO
	ELIZABETH LIMAHUAYA	SIXTO ARCE APAZA		VANESA MAMANI MAMANI	SR. GUSTAVO CASTILLO QUICO.	
19. Manejo de riesgo social	JUANA NEYRA VILLA	NIDMA ROMERO CABRERA	OMAR CASAPIA TEJADA	AIDA LUNA VARGAS	DRA. HAYDEE CENTENO FLORES	LIC. KELLY CORNEJO CACERES
	ANTONIETA RINA MURILLO FLORES	GLENNY MARTINEZ SALAS			TEC ENF. SUSAN MANCHA CUTIPA.	LIC. MARLIS LUNA LLAMOCA
20. Nutricion y Dietetica	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
21. Gestion de Insumos y Materiales	YESY QUISPE VALVERDE	HILDA MACHACA PARI	CARMEN QUISPE MACHACA	JULIO TICONA URURI	DRA. HAYDEE CENTENO FLORES	PSICOLOGO MARCOS MERMA VALVERDE
	SANDRA TORRES GUTIERREZ	DORIA NUÑEZ RAMAYO		AIDA LUNA VARGAS	TEC. ENF. FELICITAS PUMA CHAMBI.	Q. F. VERONICA DEL CARPIO MANCHEGO
22. Gestion de equipos e Infraestructura	YESY QUISPE VALVERDE	DORIA NUÑEZ RAMAYO	CARMEN QUISPE MACHACA	LUIS TANCO CANAZA	DRA. HAYDEE CENTENO FLORES	PSICOLOGO MARCOS MERMA VALVERDE
	JOSE HUAHUACHAMPI	EDUARDO BORDA PEÑA		NIDIA VARGAS TORRES	OBST. VARELY ANDIA MENDOZA.	Q. F. VERONICA DEL CARPIO MANCHEGO

VI INDICADORES 2023

Nº	PROCESO	ESTANDAR	INDICADOR	FORMULA	PERIODO	FUENTE	UMBRA L	REFERENCIA NORMATIVA	CATEGORIA	RESPONSABLE
1	ACREDITACION	Todos los Establecimientos de Salud realizan la autoevaluación	Porcentaje de establecimientos de salud que han realizado la autoevaluación	$\frac{\text{Nº de Establecimientos de Salud que han realizado la Autoevaluación}}{\text{Total Establecimientos de Salud que pertenecen a la Red Arequipa Caylloma}}$	Anual	Reporte del aplicativo de Acreditación, de los establecimientos de salud que han realizado la autoevaluación	75%	R.M. 456-2007-.NTS de Acreditación 050-MINSA/DGSP-V.02	I-1 a II - 1	Oficina de Calidad
2		Todos los Establecimientos de Salud han aprobado la Autoevaluación	Porcentaje de Establecimientos de Salud que han aprobado la Autoevaluación	$\frac{\text{Nº de Establecimientos de Salud que han aprobado la Autoevaluación}}{\text{Total Establecimientos de Salud que pertenecen a la Microred Ciudad Blanca}}$	Anual	Reporte del aplicativo de Acreditación que han realizado la autoevaluación	75%	R.M. Nº 727-2009/MINSA, "Política Nacional de Calidad"		

