



PERU

Ministerio
de Salud



DIRESA LORETO
DIRECCIÓN REGIONAL
DE SALUD



Hospital Santa Gema
de Yurimaguas

UNIDAD DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD

"AÑO DE LA ESPERANZA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA"

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LORETO

HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



"PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2026"

YURIMAGUAS - PERÚ
MAYO 2026



EQUIPO DE GESTIÓN DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

- **M.C. ANDRES ADOLFO ALVAREZ ANTONIO**
Director Ejecutivo
- **M.C. JHON LUIS DEL CASTILLO RÍOS**
Director Adjunto
- **LIC. ADM. DARWIL PINEDO TORRES**
Director Administrativo
- **C.P.C. GUILLERMO BARRERA CÓRDOVA**
Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico y Presupuesto
- **C.P.C. FRANK WHILLER ARRIETA PÉREZ**
Jefe de la Unidad de Logística
- **C.P.C. DORIS CONSUELO SÁNCHEZ MORI**
Jefe de la Unidad de Recursos Humanos

Elaborado por:

UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

- **LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA**
Jefa de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad
- **C.D. GILMER MANUEL ASECIO ORTIZ**
Coordinador del Componente de Acreditación para la Autoevaluación

ÍNDICE

I.	Introducción	4
II.	Justificación	4
III.	Objetivos	5
IV.	Alcance	6
V.	Base Legal	6
VI.	Metodología de evaluación	7
VII.	Comité de Acreditación y Evaluadores Internos	8
VIII.	Cronograma de Actividades	9
IX.	Presupuesto	9
X.	Anexos	10





PERÚ

Ministerio
de Salud**DIRESA LORETO**
DIRECCIÓN REGIONAL
DE SALUD**Hospital Santa Gema**
de YurimaguasUNIDAD DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD

"AÑO DE LA ESPERANZA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA"

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2026
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS**I. INTRODUCCIÓN**

La Hospital II-2 Santa Gema, en concordancia con las políticas y lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud del Perú en materia de Gestión de la Calidad y Acreditación de Establecimientos de Salud, reafirma su compromiso institucional con la mejora continua de la calidad de atención, la seguridad del paciente y el fortalecimiento permanente de sus procesos asistenciales y administrativos.

En este contexto, el Plan de Autoevaluación 2026 constituye una herramienta estratégica orientada a fortalecer la cultura de calidad en el establecimiento, permitiendo evaluar de manera integral el cumplimiento de los estándares de acreditación vigentes, identificar oportunidades de mejora y promover acciones correctivas y preventivas que contribuyan al desarrollo institucional y a la excelencia en la prestación de los servicios de salud.

La Autoevaluación representa una etapa fundamental dentro del proceso de Acreditación, al permitir valorar objetivamente el desempeño institucional en todos los niveles de atención y complejidad de los servicios brindados. Asimismo, favorece el análisis sistemático de los procesos, procedimientos y resultados institucionales, promoviendo la participación activa y comprometida de directivos, profesionales de la salud, personal administrativo y asistencial, bajo un enfoque de gestión por procesos y mejora continua.

A través de este proceso, el Hospital Santa Gema busca consolidar prácticas orientadas a garantizar una atención segura, oportuna, eficiente, humanizada y centrada en el usuario, fortaleciendo la capacidad resolutoria del establecimiento y contribuyendo a la reducción de riesgos asociados a la atención en salud, tanto para los usuarios como para el personal.

El presente Plan de Autoevaluación 2026 se desarrolla en el marco de la normativa vigente del Ministerio de Salud y de los estándares nacionales de acreditación, constituyéndose en un instrumento técnico y de gestión que permitirá orientar las acciones institucionales hacia el cumplimiento progresivo de estándares de calidad, fortaleciendo la sostenibilidad de los procesos de mejora y consolidando una cultura organizacional basada en la calidad, la seguridad y la responsabilidad social.

II. JUSTIFICACIÓN

La Hospital II-2 Santa Gema, en el marco de su compromiso institucional con la mejora continua de la calidad de atención y la seguridad del paciente, desarrolla el presente Plan de Autoevaluación 2026 como parte del proceso permanente de fortalecimiento de la Gestión de la Calidad y preparación para la Acreditación de Establecimientos de Salud.

Durante el proceso de autoevaluación realizado en el año 2025, el hospital alcanzó un cumplimiento global del 79 % de los estándares de acreditación establecidos por el Ministerio de Salud del Perú, resultado que evidencia importantes avances institucionales en la implementación de procesos de mejora, fortalecimiento organizacional y compromiso del personal con la calidad de atención. Sin embargo, este resultado del 79% no es el resultado



óptimo establecido para alcanzar porcentaje deseable, puesto que se tiene que cumplir con el 85% para considerarse un puntaje aprobatorio según norma técnica. No obstante, dicho resultado nos permitió identificar brechas y oportunidades de mejora en diversos componentes relacionados con la gestión asistencial, administrativa, seguridad del paciente, documentación de procesos y cumplimiento de estándares de calidad.

En ese sentido, la ejecución del presente **Plan de Autoevaluación 2026**, se justifica en la necesidad de consolidar los logros alcanzados y fortalecer las áreas críticas identificadas durante la evaluación anterior, mediante la implementación de acciones sistemáticas orientadas al cumplimiento progresivo de los estándares de acreditación. Asimismo, permitirá realizar un seguimiento continuo al desempeño institucional, promover la cultura de calidad y fortalecer la capacidad operativa y resolutive del establecimiento de salud.

La Autoevaluación constituye además una herramienta técnica de gestión que facilita la participación activa de todas las unidades orgánicas y servicios del hospital, promoviendo el trabajo articulado, la toma de decisiones basada en evidencias y la mejora continua de los procesos institucionales. De igual manera, contribuye a garantizar servicios de salud seguros, oportunos, eficientes y humanizados, centrados en las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos.

Por ello, el Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, considera prioritario continuar fortaleciendo el proceso de Acreditación institucional, orientando sus esfuerzos hacia el incremento del nivel de cumplimiento de los estándares nacionales de calidad, asegurando la sostenibilidad de las mejoras implementadas y consolidando una cultura organizacional basada en la excelencia, la seguridad del paciente y la responsabilidad social en salud.

III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la funcionabilidad hospitalaria, mediante la Autoevaluación, y el monitoreo del cumplimiento de los estándares y criterios de evaluación de la Calidad para alcanzar la Acreditación del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir los componentes operativos y metodológicos de las fases de la Autoevaluación de la Calidad para la construcción de un proceso que consolide equipos de trabajo en salud.
- Analizar el papel que juega la institución de salud en la satisfacción de las necesidades y demandas de salud de la población por medio del reconocimiento de los problemas de calidad del servicio.
- Incorporar a la gestión de los servicios de salud el análisis del trabajo, como herramienta para incrementar la calidad del servicio.
- Conducir la transformación del proceso de trabajo a través de la formulación e implementación de un plan de acción dirigido a enfrentar los problemas identificados en el desempeño del equipo.



IV. ALCANCE

El ámbito de alcance Plan para la Autoevaluación, son todos los servicios asistenciales y administrativos que conforman la estructura funcional y orgánica del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.

V. BASE LEGAL:

- Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA aprueba el documento técnico del "Sistema de Gestión de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la "NTS N° 050 – MINSA/DGSP - V.01: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, "Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSAP-V.03, Categoría de Establecimientos del Sector Salud".
- Resolución Ministerial N° 572-2011/MINSA, "Directiva Administrativa de Monitoreo del Desempeño de la Gestión de establecimientos de Salud de I, II y III Nivel de Atención".
- Resolución Ministerial N° 581-2011/MINSA, "Directiva para la Evaluación del Desempeño de Directores Generales de Institutos Nacionales y Hospitales del Ministerio de Salud".
- Resolución Directoral N° 098-2026-GRL-DRSL/30.37.03.01, que aprueba el Plan Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad año 2026 del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.
- Resolución Directoral N° 042-2026-GRL-DRSL/30.37.03.01, que aprueba la conformación del Equipo de Acreditación 2026 del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.
- Resolución Directoral N° 043-2026-GRL-DRSL/30.37.03.01, que aprueba la conformación del Equipo de Evaluadores Internos 2026 del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.

VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

El Proceso de Autoevaluación 2026 del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas lo desarrollará el Equipo de Autoevaluación, con el apoyo técnico de la Unidad de Gestión de la Calidad y del Comité de Acreditación. Asimismo, se trabajará en estrecha coordinación con la Dirección General del HSGY; teniendo como base la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobada mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA el 05 de junio del 2007 y sus objetivos inmersos en el Plan de Autoevaluación.

6.1. Técnicas de Evaluación

El equipo de evaluadores internos del Hospital Santa Gema de Yurimaguas utilizará diversas técnicas, tales como:

- **Análisis de Registros:**

Se hará la revisión documentaria para recabar información de registros existentes en los servicios de salud tales como: Informes, reportes estadísticos, actas, historias clínicas, registros de atención, registros de seguimiento, etc.

Para la recolección de datos:

- a) Se designará a un integrante del equipo de evaluadores para realizar el análisis de los registros.
- b) Se ubicará un lugar apropiado donde realizará el análisis de la documentación recabada.
- c) El responsable del análisis de la información, verificará lo que se solicita en cada ítem y, de acuerdo a ello, registrará el resultado.
- d) Culminado el análisis, conjuntamente con el equipo de Calidad, procesar la información de acuerdo a las pautas señaladas en el Instrumento para la Autoevaluación y determinar el puntaje correspondiente.

- **Observación directa:**

Es el registro visual que realiza un miembro del equipo de salud, acerca de lo que ocurre en una situación real o simulada.

Para la aplicación de este método se procederá de la siguiente manera:

- a. Se designará a un representante del equipo de evaluadores para el análisis de los registros.
- b. Se determinará el momento y lugar donde observará el procedimiento o actividad.
- c. Culminada la observación, hará entrega de la lista de verificación con los respectivos datos al responsable del equipo de calidad.
- d. El equipo de evaluadores procesará la información de acuerdo a las pautas señaladas en el Instrumento para la revisión de procesos y determinar el puntaje correspondiente.

- **Entrevista/Encuesta:**

Es la comunicación establecida entre algún miembro del equipo de salud con los integrantes del equipo de salud o con los usuarios de los servicios.

Dicho procedimiento se realizará de la siguiente manera:

- a) Se hará preguntas para corroborar u obtener información.
- b) Las respuestas se registrarán en los instrumentos preestablecidos para tal fin.
- c) El equipo de calidad designará a la persona que realizará la entrevista/encuesta.
- d) La persona designada, debe determinar el momento y lugar donde realizará la entrevista / encuesta.
- e) Se formulará las preguntas y se registrará las respuestas en los instrumentos correspondientes.
- f) El responsable, culminado la entrevista/encuesta, entregará los instrumentos debidamente llenados, anotando algunas observaciones en relación a hechos relevantes que se quiera resaltar.

6.2. Instrumentos de evaluación a utilizar

El instrumento que se utilizará durante el desarrollo de la Autoevaluación, serán:

- Listado de Estándares de Acreditación
- Guía Técnica del Evaluador
- Hoja de registro de datos de la autoevaluación
- Referencias normativas.

6.3. Proceso de ejecución

La metodología de trabajo diario durante el periodo de ejecución de la autoevaluación será la siguiente:

- Visita de las instalaciones por el equipo evaluador.
- Despliegue de las técnicas de evaluación.
- La evaluación se realiza mediante la visita a los diferentes servicios verificando los estándares señalados.
- El proceso de ejecución de la autoevaluación se hará con la presencia de los jefes de departamentos y oficinas o persona a quien delegue la responsabilidad de atender a los evaluadores internos para el sustento de cada criterio a evaluarse.
- Cada equipo de evaluadores internos al término del día de la evaluación se reunirá para revisar los estándares evaluados a fin de encontrar puntos de retroalimentación en conjunto.
- El Equipo de Acreditación y el Evaluador Líder será el responsable del monitoreo, supervisión del proceso de la ejecución de la autoevaluación.
- Con respecto al procesamiento de datos, análisis de resultados y elaboración del informe preliminar estará a cargo de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad.
- La revisión y corrección del informe preliminar será en conjunto con todos los evaluadores internos.
- Presentar el Informe Técnico de Autoevaluación a la Dirección General y Equipo de Gestión.

VII. COMITÉ DE ACREDITACIÓN Y EVALUADORES INTERNOS

Mediante Resolución Directoral N° 042-2026-GRI-DRSL/30.37.03.01 de fecha 23 de enero del 2026 se conforma el **Equipo de Acreditación 2026** del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, el mismo que está integrado por las siguientes oficinas:

- | | |
|--|-------------|
| • DIRECTOR EJECUTIVO | PRESIDENTE |
| • JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | COORDINADOR |
| • DIRECTOR ADMINISTRATIVO | MIEMBRO |
| • JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO | MIEMBRO |
| • JEFE DE LA UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL | MIEMBRO |
| • JEFE DE LA UNIDAD DE CAPACITACIÓN | MIEMBRO |
| • JEFE DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA | MIEMBRO |
| • JEFE DE LA UNIDAD DE INGENIERÍA HOSPITALARIA Y MANTENIMIENTO | MIEMBRO |

Asimismo, el Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas cuenta con un **Equipo Institucional de Evaluadores Internos 2026** aprobado mediante Resolución Directoral N° 043-2026-GRL-DRSL/30.37.03.01 de fecha 23 de enero del 2026 el cual está conformado por los siguientes profesionales:

LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA DE FLORES	PRESIDENTE
C.D. GILMER MANUEL ASENCIO ORTIZ	VICE PRESIDENTE
LIC. ENF. JORGE ELIAS GUEVARA GARCIA	SECRETARIO
M.C. KATHERINE CAROL SANDOVAL SORIA	MIEMBRO
M.C. JHONY RONALD VALENCIA PALACIOS	MIEMBRO
LIC. ENF. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO	MIEMBRO
LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	MIEMBRO
LIC. ENF. RUTH GÉNESIS VIGO SILVA	MIEMBRO
OBST. JEAN NEIL HERNÁNDEZ ANGULO	MIEMBRO
LIC. ENF. EDUARDO DEL ÁGUILA VASQUEZ	MIEMBRO
OBST. DOMENICA FABIOLA RUIZ VELA	MIEMBRO
OBST. VICENTE VALENTIN MARIANO	MIEMBRO

Cada Evaluador Interno cumple con un perfil de competencias necesarias para la medición de los estándares de acreditación y determinar su nivel de cumplimiento, identificar fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento:

- Aplicación de técnicas de supervisión, evaluación y auditoría en las diferentes unidades orgánicas de atención.
- Manejo de metodologías de mejoramiento continuo con enfoque de procesos y se orienta a la búsqueda de resultados medibles, confiables y suficientes.
- Manejo de sistemas informáticos, aplica conocimientos de gestión de la salud y maneja temas de la gestión hospitalaria acorde al Nivel II -2.
- Recopila, clasifica y ordena la información brindada.

Dentro del Equipo de Evaluadores Internos se designó a la Lic. Enf. Fabricia Reátegui Dávila como **Evaluador Líder** del Proceso de Autoevaluación para el presente año 2026.

VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN – A y B (Ver anexo 1)

IX. PRESUPUESTO

Las actividades para desarrollar el proceso de la Autoevaluación, será financiada por recursos ordinarios de la U.E. 1407 del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
C.D. GILMER MANUEL ASENCIO ORTIZ
COP N° 40338
EQUIPO TÉCNICO GESTIÓN DE LA CALIDAD

Anexo 1: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN – A y B

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN 2026 - A

ACTIVIDADES	Enero	Mayo	Agosto						Setiembre		
			5	6	7	10 al 14	17 al 21	24 al 28	1 al 4	7	8
Conformación del Comité de Acreditación 2025.	X										
Conformar el Equipo de Evaluadores Internos 2025.	X										
Designación del Evaluador Líder, quien comandará el desarrollo del Proceso de Autoevaluación.	X										
Elaborar el Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2025.		X									
Aprobación del Plan de Autoevaluación mediante Resolución Directoral.		X									
Reunión de trabajo con los evaluadores internos para socializar los contenidos del plan y designar los responsables de cada componente			X								
Capacitación de los miembros del Equipo de Evaluadores Internos.			X								
Socialización del Plan de Autoevaluación para la Acreditación, a las Jefaturas de Unidades, Servicios, y otros.				X							
Designar responsables por servicios/áreas/unidades/ que interactuarán con los evaluadores internos.				X							
Visita y reconocimiento de las instalaciones por el equipo evaluador.					X						
Preparación del material que se utilizará en el desarrollo del proceso.					X						
Comunicar a la GERESA Loreto, el inicio del desarrollo de la Autoevaluación.					X						
Desarrollo del Proceso de Autoevaluación según cada Macroproceso:											
Gerenciales	1	Direccionamiento (DIR)					X				
	2	Gestión de Recursos Humanos (GRH)					X				
	3	Gestión de la Calidad (GCA)					X				
	4	Manejo del riesgo de la Atención (MRA)					X				
	5	Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)					X				
	6	Control de la Gestión y Prestación (CGP)					X				
Prestacionales	7	Atención Ambulatoria (ATA)						X			
	8	Atención de Hospitalización (ATH)						X			
	9	Atención de Emergencias (EMG)						X			
	10	Atención Quirúrgica (ATQ)						X			
	11	Docencia e Investigación (DIV)						X			
Apoyo	12	Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento (ADT)						X			
	13	Admisión y Alta (ADA)						X			
	14	Referencia y Contrareferencia (RCR)						X			
	15	Gestión de Medicamentos (GMD)							X		
	16	Gestión de la Información (GIN)							X		
	17	Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización (DLDE)							X		
	18	Manejo de Riesgo Social (MRS)							X		
	19	Nutrición y Dietética (NYD)							X		
	20	Gestión de Insumos y Materiales (GIM)							X		
	21	Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)							X		
Procesamiento y Análisis de datos											
Elaborar el Informe preliminar y presentar los hallazgos a la Dirección del Hospital											
Revisión y elaboración del Informe Final											
Remitir e Informe final a la GERESA Loreto											

CRONOGRAMA DE EVALUACIÓN RESPONSABLES 2026 - B

ACTIVIDADES			Responsable	Agosto																											
				10	11	12	13	14	17	18	19	20	21	24	25	26	27	28													
Gerenciales	1	Direccionamiento (DIR)	LIC. ENF. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO	X	X	X	X	X																							
	2	Gestión de Recursos Humanos (GRH)	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	X	X	X	X	X																							
	3	Gestión de la Calidad (GCA)	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	X	X	X	X	X																							
	4	Manejo del riesgo de la Atención (MRA)	C.D. GILMER MANUEL ASENSIO ORTIZ LIC. ENF. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO	X	X	X	X	X																							
	5	Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)	LIC. ENF. JORGE ELÍAS GUEVARA GARCÍA	X	X	X	X	X																							
	6	Control de la Gestión y Prestación (CGP)	LIC. ENF. ZULLY TATIANA HEREDIA GUEVARA	X	X	X	X	X																							
Prestacionales	7	Atención Ambulatoria (ATA)	LIC. ENF. JOHANNA BARRIA RAMIREZ						X	X	X	X	X																		
	9	Atención de Hospitalización (ATH)	M.C. KATHERINE CAROL SANDOVAL SORIA LIC. ENF. JIMENA SAAVEDRA VÁSQUEZ						X	X	X	X	X																		
	10	Atención de Emergencias (EMG)	OBST. DOMENICA FABIOLA RUIZ VELA						X	X	X	X	X																		
	11	Atención Quirúrgica (ATQ)	OBST. VICENTE VALENTIN MARIANO						X	X	X	X	X																		
	12	Docencia e Investigación (DIV)	CD. MANUEL PAUL TORRES CARRANZA						X	X	X	X	X																		
Apoyo	13	Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento (ADT)	OBST. JEAN NEIL HERNÁNDEZ ANGULO						X	X	X	X	X																		
	14	Admisión y Alta (ADA)	OBST. JEAN NEIL HERNÁNDEZ ANGULO						X	X	X	X	X																		
	15	Referencia y Contrareferencia (RCR)	LIC. JORGE ELIAS GUEVARA GARCÍA						X	X	X	X	X																		
	16	Gestión de Medicamentos (GMD)	LIC. ENF. GABRIELA GARCIA GONZALES												X	X	X	X	X												
	17	Gestión de la Información (GIN)	OBST. DOMENICA FABIOLA RUIZ VELA												X	X	X	X	X												
	18	Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización (DLDE)	OBST. JEAN NEIL HERNÁNDEZ ANGULO												X	X	X	X	X												
	19	Manejo de Riesgo Social (MRS)	CD. MANUEL PAUL TORRES CARRANZA												X	X	X	X	X												
	20	Nutrición y Dietética (NYD)	LIC. ENF. JOHANNA BARRIA RAMIREZ												X	X	X	X	X												
	21	Gestión de Insumos y Materiales (GIM)	LIC. ENF. ZULLY TATIANA HEREDIA GUEVARA												X	X	X	X	X												
	22	Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)	LIC. ENF. ANGELLA ARMAS CABALLERO												X	X	X	X	X												

Anexo N°2: HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN

Establecimiento de Salud: _____

Macro proceso: _____

Evaluable(es): _____

Fecha: _____

Servicios evaluados:

Participantes de la evaluación:

Código del Estándar: _____

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del puntaje / Comentarios

Firma:



ANEXO N° 4: MATRIZ DE SELECCIÓN

* Cuando la evaluación es realizada por un equipo, cada persona asignará una puntuación para cada uno de los problemas de acuerdo a cada criterio. Todos los puntajes asignados por criterio se totalizan antes de sumar el resultado global de puntajes para cada problema.

Problemas de Interés	Frecuencia	Importancia	Vulnerabilidad	Total

