

PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACION HOSPITAL ANTONIO LORENA 2026



Director Ejecutivo Hospital Antonio Lorena
M.C. Javier Cuno Vera

Responsable Oficina de Gestión de la Calidad
M.C. Rubén Darío Fernández Alata

Responsable del Área de Acreditación:
M.C. Rubén Darío Fernández Alata

Equipo de evaluadores internos

Cusco - Perú



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

HOSPITAL ANTONIO LORENA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



I.- INTRODUCCION

La calidad en salud requiere mencionar algunas definiciones, como por ejemplo: para **William Edwards Deming**, estadístico estadounidense, Arquitecto de la Calidad moderna es “hacer lo correcto en forma correcta y de manera inmediata”; por otro lado **Avedis Donabedian**, médico libanés, Padre de la Garantía de la Calidad, afirma que la calidad técnica, consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos (aspectos de control de la calidad: Estructura, Proceso y Resultado); y para la **Cooperación Técnica de OPS** (1998), la calidad es el conjunto de características de los bienes y servicios que logran satisfacer las necesidades y expectativas, tanto del usuario como de la comunidad y también del trabajador en salud que presta sus servicios dentro del equipo de atención.

En nuestro país, la Acreditación se inicia con la conformación de la Comisión Interinstitucional Sectorial para la Acreditación de Hospitales (1993), cuyo producto resaltante fue la aprobación, con una Resolución Ministerial, de la Guía y Manual para la Acreditación de Hospitales (1996).

En el año 2006 se establece la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, cuyo componente fundamental es la **Garantía y Mejora**, que comprende el Proceso de Acreditación de los servicios de Salud; en concordancia a ello el 2009 se aprueba las **Políticas de Calidad**, donde se precisa que el proceso de acreditación responde a la Política N°07.

La actualización o el replanteo del proceso de acreditación en el nuevo contexto Internacional y Nacional (cambios de escenario político, económico, social) especialmente a fines de la década de los 90 e inicios de los años 2000, se articuló con el inicio de la implementación del proceso de descentralización, precisándose las funciones, facultades y roles explícitos para cada nivel de gobierno.

El 2007 el Ministerio de Salud aprueba la **NTS N°050-MINSA/DGSP V.02** “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, cuya finalidad es “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 definido” de aplicación en todo los establecimientos de salud de los sub sectores públicos, privados y mixtos en el ámbito Nacional.

A partir de su aprobación, ya se cuenta a nivel nacional con cuatro Establecimientos de Salud Acreditados, a diferencia de la Gerencia Regional de Salud que no cuenta con servicios de salud Acreditados. Sin embargo, se vienen realizando acciones de difusión de la norma, mejora de capacidades y el desarrollo de la autoevaluación (evaluación interna) en el ámbito regional, sin haber desarrollado aún la segunda fase de Evaluación Externa hasta la fecha.

El proceso de Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, es de carácter obligatorio en nuestro país, cuyo propósito es tener conocimiento del cumplimiento de implementación de los atributos de calidad en la provisión de servicios de salud. Para dicho efecto, se realizó en un 99% de los EE. SS – GORE (349), 100% de Es Salud-Cusco (17), un EE.SS de la SFAP y un EE.SS de la SPNP; en suma se realizó en 368 EE.SS (43%) a nivel nacional.

Los resultados del cumplimiento de los Atributos de calidad en las tres instituciones autoevaluadas (GORE-C 60.39%, EsSalud-C 75.78%, SFAP 59.84% y SPNP 58.42%) están

por debajo de los puntajes exigidos por la norma técnica de Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo en año fiscal 2024.

Por otro lado, se evidencia un incremento en los resultados generales, en el cumplimiento de los atributos de calidad en la provisión de servicios de salud de los EE. SS del GORE, del año 2023 al 2024, que representa un 2.12% siendo significativo dicho incremento (IC 95% [1.10%-3.15%]).

Así mismo, los ocho macroprocesos más críticos/ bajos de los EE. SS autoevaluados el año fiscal 2024, son: Gestión de equipos e infraestructura 42.95%, Gestión de insumos y materiales 43.09%, Control de la gestión y prestación 49.50%, y Gestión seguridad ante desastres 51.10%, “Docencia e investigación” 51.59% (EE.SS-GORE-C es de 34.53%), “Direccionamiento” 53.43%, “Gestión de la Calidad” 54.19% y “Nutrición y Dietética” 63.40% (EE.SS-GORE-C es de 56.73%).

En ese contexto se identificaron 22 oportunidades de mejora, que están relacionados a los macroprocesos críticos/ bajos de manera sectorial y de la institución pública GORE, que nos permitirá su abordaje en el año fiscal 2025 en adelante y de esta manera lograr pasar a la segunda fase de la Acreditación de EE.SS y SMA.

El Hospital Antonio Lorena, desarrolló la última autoevaluación en el año 2024 llegando a un resultado final de cumplimiento de estándares del 75%.

Finalmente, es necesario continuar realizando la autoevaluación, para conocer el cumplimiento de los estándares, el progreso y la identificación de las oportunidades de mejora que deberán ser abordados, a través de acciones, programas, proyectos de mejora y de ésta manera podamos acceder a la Evaluación Externa y lograr la Acreditación de los Establecimientos de Salud en el ámbito regional.

II.- JUSTIFICACIÓN

El Documento Técnico “**Sistema de Gestión de la Calidad en Salud**”, en su componente de Garantía y Mejora establece la implementación del proceso de acreditación de los servicios de salud; así como el documento técnico de “**Política Nacional de Calidad en Salud**” en su séptima política, plantea como objetivo, mejorar la calidad de la atención de salud de manera sistemática y permanente a través de la aplicación de la estrategia de acreditación de establecimientos y servicios médicos de apoyo.

La Norma Técnica de Salud para la “Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, establece que la acreditación de servicios de salud debe estar incorporada en los planes operativos institucionales y que se debe realizar la fase inicial con el proceso de autoevaluación en los establecimientos de salud.

El nivel nacional estableció los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, donde incorporan la autoevaluación como indicador de proceso de mejora.

El Hospital Antonio Lorena incorporó el proceso de autoevaluación en el Plan operativo institucional y el Plan táctico de la Oficina de Calidad, para el presente ejercicio fiscal, en concordancia a las disposiciones de la GERESA y las normas Nacionales.



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

HOSPITAL ANTONIO LORENA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”.

III.- Objetivo

Determinar el grado de cumplimiento de los Macroprocesos, Procesos, Estándares y Criterios establecidos en la Norma Técnica de Acreditación de Servicios de Salud, a través de la autoevaluación en la MR y Hospital para el ejercicio fiscal 2026

IV.- Alcance

El proceso de autoevaluación es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud de los órganos desconcentrados de la Red de Servicios de Salud/ Hospital.

V.- Base Legal

- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- D.L. N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud • Ley N° 30895, Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27444, Ley General de Procedimientos Administrativos
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- D.S. N° 013-2006-SA, que aprueba el “Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo”
- R.M. N° 405-2005/MINSA, reconoce que las Direcciones Regionales de Salud Constituyen la Única Autoridad de Salud en cada Gobierno regional.
- R.M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Sistema de gestión de la Calidad en Salud”
- R.M. N° 727-2009/MINSA, que aprueba el documento técnico de “Política Nacional de Calidad en Salud”
- R.M. N° 2007/MINSA, que aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP V.02 “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”
- R.M. N° 072-2008/MINSA, que modifica la NTS N°050-MINSA/DGSP V.02 respecto a los miembros de las Comisiones sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud.
- R.M. N° 270-2009/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo”
- R.M. N° 370-2009/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N°151-MINSA/DGSP-V.01 “Directiva Administrativa que Regula la Organización y Funciones de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud”
- D.S. N° 022-2024-SA, que define los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de los servicios, a cumplir en el año 2025 y los criterios técnicos para su aplicación e implementación.
- R.M. N° 147-2024/MINSA, de fecha 29/FEB/2024, resuelve aprobar la D.A. N° 354MINSA/2024/DGOS, Decreto administrativo que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión, en el marco del artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153.

VI.- Metodología de Evaluación

- Se inicia con la planificación de la autoevaluación por parte del equipo de evaluadores internos, con la participación del equipo de salud,
- Presentación y socialización de los estándares de acreditación al personal del establecimiento de salud,
- Implementación de las acciones del proceso de autoevaluación, para la cual se utilizará las siguientes técnicas:



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

HOSPITAL ANTONIO LORENA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



- Verificación de evidencias (documentos, normas, actas, informes, etc.) □ Observación directa de los procesos.
- Entrevistas.
- Encuestas.
- Evaluación de registro de la Historia Clínica
- El instrumento que se empleará durante la autoevaluación será el Listado de Estándares de Acreditación, aprobado y vigente.

VII.- Equipo de evaluación interna y equipo de acreditación (identificación del evaluador líder/ coordinador) (Según RD)

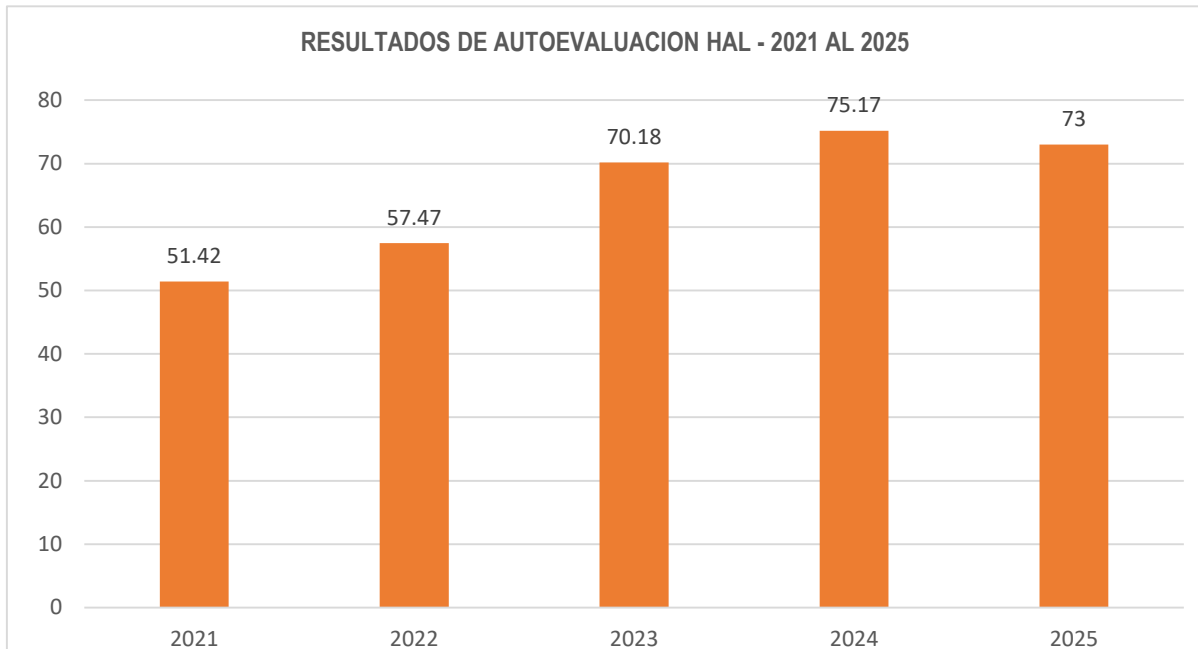
VIII.- Cronograma de Actividades para la Autoevaluación Anexos
A, B, C

RESULTADO DE LA AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION HAL 2025

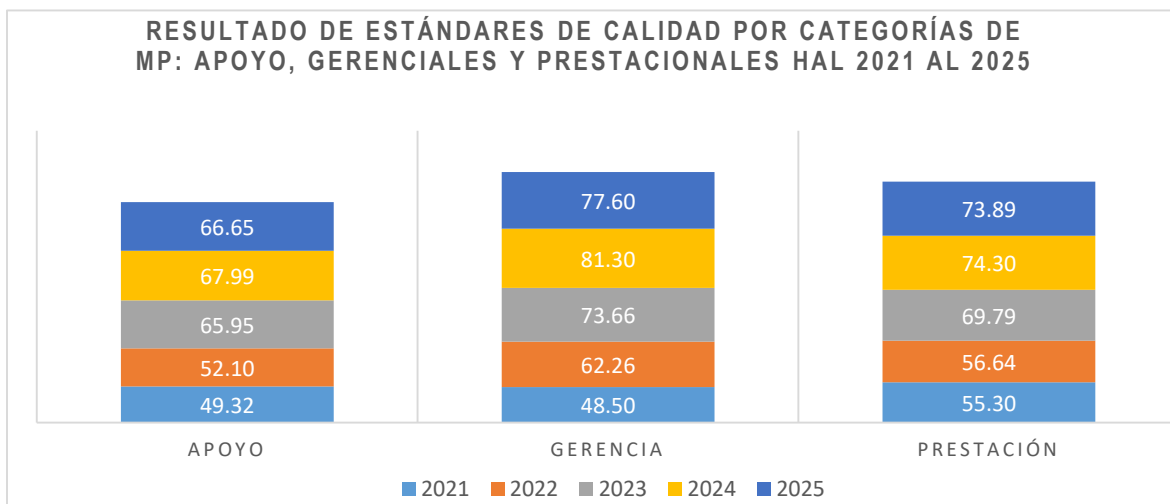
Establecimiento :	00002305-ANTONIO LORENA										
Tipo de Establecimiento :	III-1										
Fase:	AutoEvaluación										
Año:	2025					MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Periodo :	1										
		Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimie nto x Macro proceso	Puntaje Max. x categorías	Puntaje Obtenido x Categorías	Cumplimie nto x categorías
Macroprocesos	Criterios aval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	6	4	1	11	54.72	46.67	85.29	222.64	172.77	77.60
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	41.04	19.31	47.06			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	47.88	40.29	84.15			
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	47.88	37.36	78.02			
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	13.68	11.24	82.14			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	34.20	30.91	90.38	254.45	188.02	73.89
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	47.88	34.71	72.50			
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de hospitalización	26	5	14	7	26	47.88	31.92	66.67			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	47.88	45.36	94.74			
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	47.88	41.77	87.23	159.03	105.84	66.55
Docencia e Investigación	15	9	6	0	15	34.20	13.03	38.10			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	11	1	9	1	11	17.10	14.77	86.36			
Admisión y alta	16	3	7	6	16	17.10	14.41	84.29			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	17.10	17.10	100.00			
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	17.10	16.11	94.23			
Gestión de la información	14	6	7	1	14	17.10	8.18	47.83			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	17.10	9.73	56.90			
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	17.10	16.32	95.45			
Nutrición y dietética	10	4	5	1	10	17.10	8.55	50.00			
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	17.10	4.60	26.92	636.12	466.63	
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	17.10	4.02	23.53			
Total	342	134	167	41	342	636.12	466.37		636.12	466.63	
									Puntaje Final (x)	73	

ANÁLISIS: En el proceso de Autoevaluación 2025, el HAL obtuvo 73 % de cumplimiento, a nivel de los 21 Macro Procesos (MP); destacando positivamente: En el grupo de los **MP Gerenciales:** Control de la Gestión y Prestación con 90.38%, Direccionamiento con 85.29% y Gestión de la Calidad con 84.15%. En el grupo de los **MP Prestacionales:** Atención de Emergencias con 94.74%, Atención Quirúrgica con 87.23%. En el grupo de los **MP de Apoyo:** Referencia y

Contrarreferencia con 100%, Manejo del Riesgo Social con el 95.45% y Gestión de Medicamentos con un 94.23%.

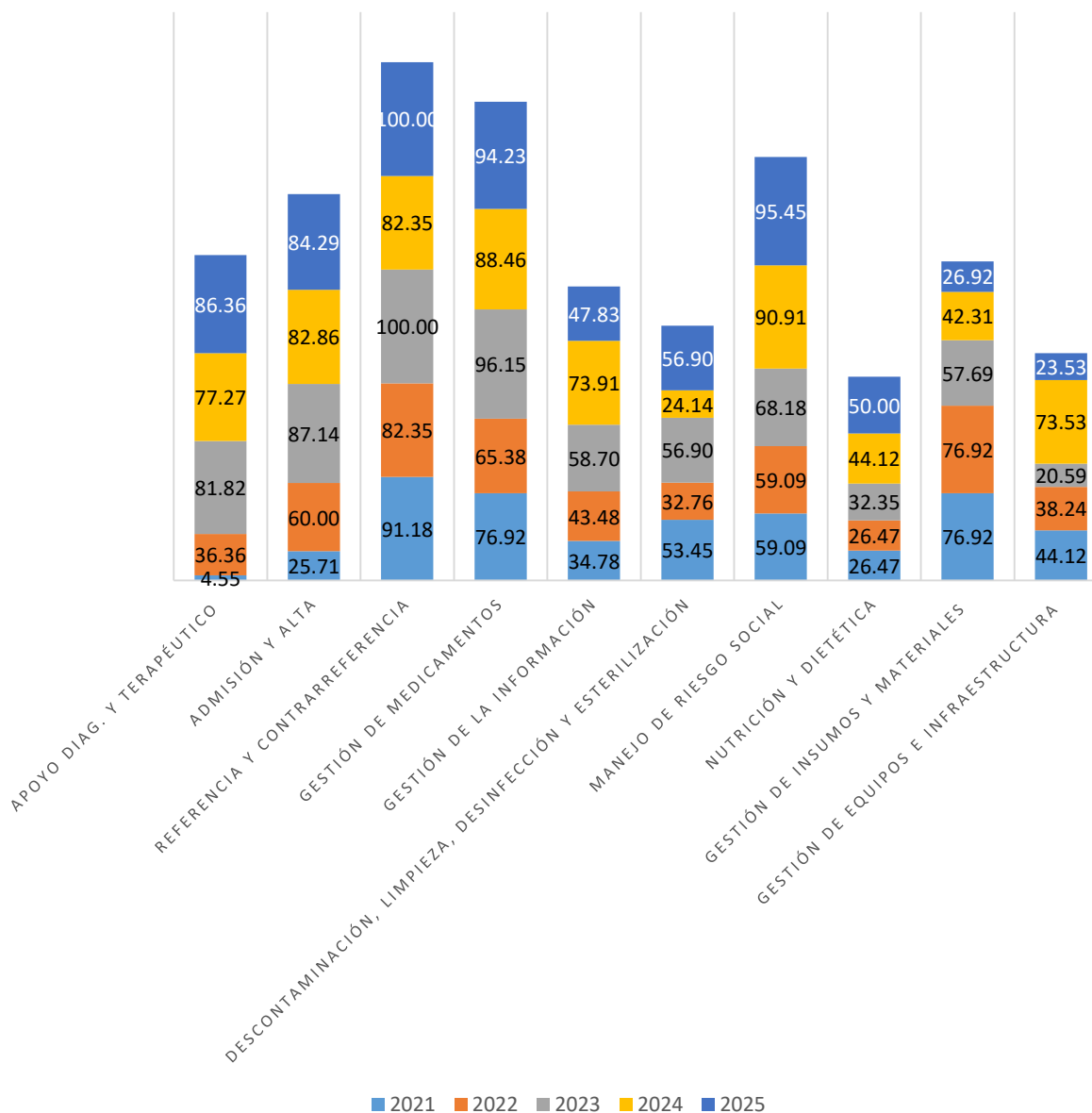


ANÁLISIS: La gráfica muestra la evolución de los resultados del proceso de Autoevaluación desde 2021 hasta 2025. Se observa un comportamiento ascendente hasta 2024, seguido de un descenso en el año actual. No obstante, se cumple con el resultado mínimo esperado para 2025 (60%), conforme a lo establecido en la ficha N° 46 de Convenios de Gestión 2025. Sin embargo, no se alcanzó el incremento del 5% esperado con respecto al año anterior (75.17%), lo que implica la necesidad de un compromiso de mejora en un plazo de 6 meses, a través de la corrección de falencias existentes.



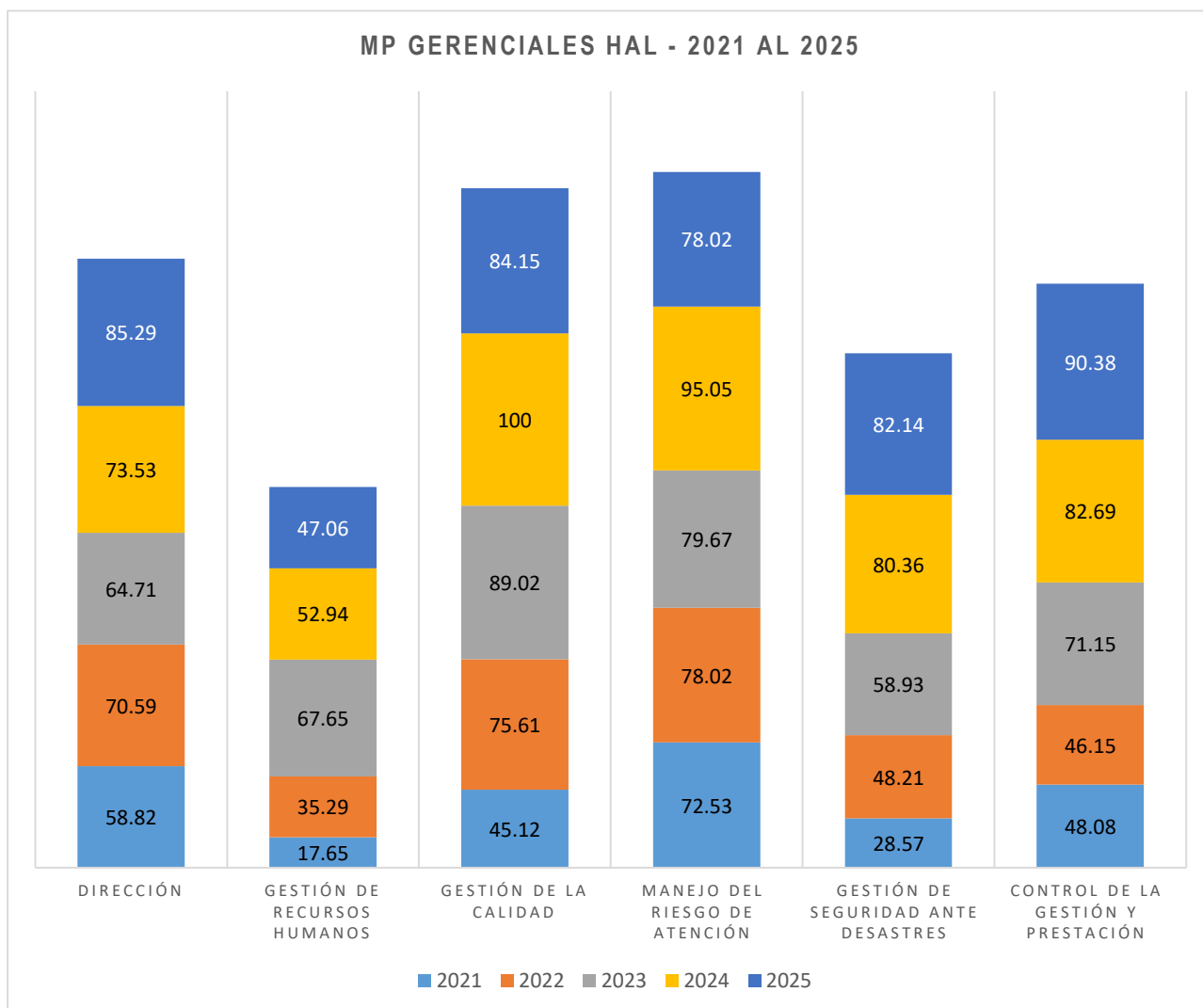
ANÁLISIS: En el proceso de Autoevaluación 2025 - HAL, destacan los **MP Gerenciales** con el 77.60, seguido de los **MP Prestacionales** con el 73.89 y en tercer lugar están los **MP de Apoyo** con el 66.65. Por tanto, para el presente año persiste un mejor desempeño en los Macroprocesos Gerenciales en relación a las otras categorías.

MP DE APOYO HAL - 2021 AL 2025



ANÁLISIS: En el proceso de Autoevaluación HAL - 2025, se evidenció en los Macroprocesos de Apoyo un decremento global de 1.34 (de 67.99 a 66.65), lo cual se explica por la disminución en los MP: GIN bajó 26.08, GIM bajó 15.39, y EIF bajó 50 puntos porcentuales.

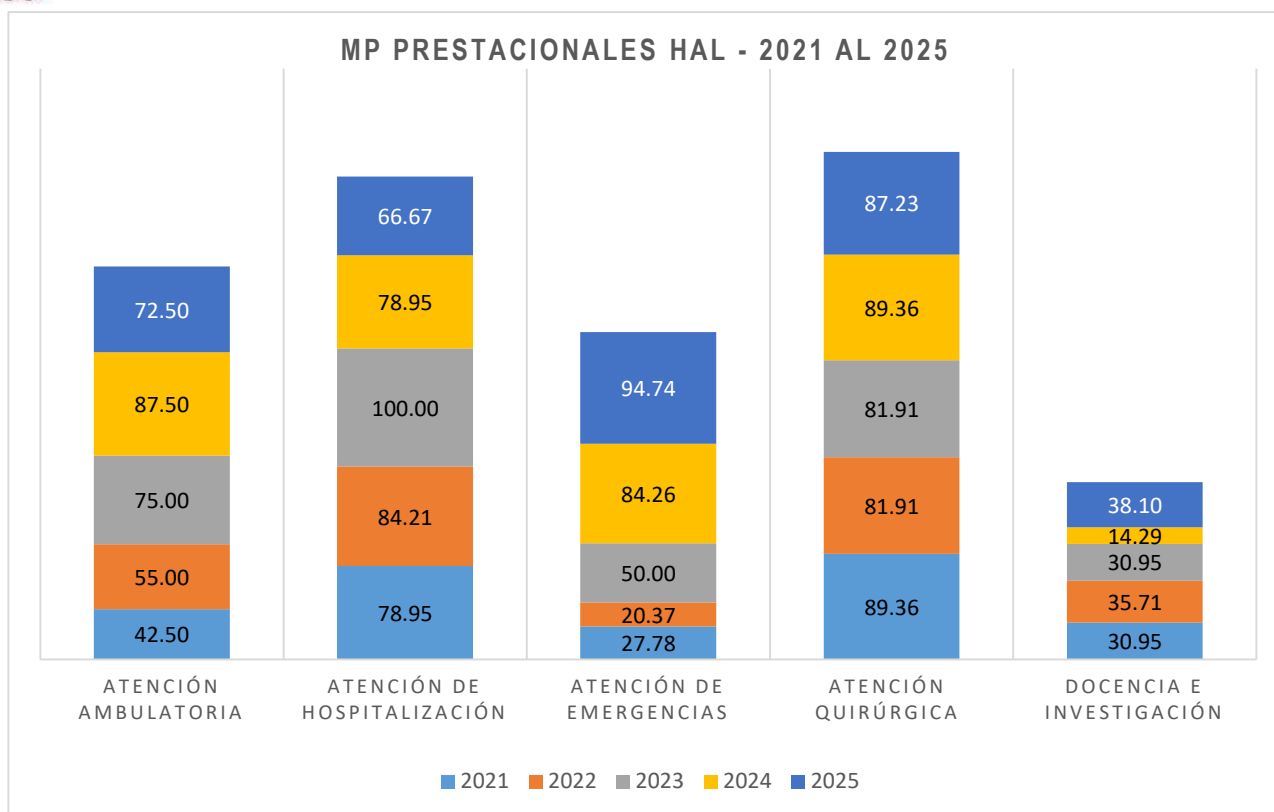
Sin embargo, es importante mencionar la mejora en los resultados de algunos MP de Apoyo: ADT, ADA, RCR, GMD, DLDE, MRS y NYD que subieron 11.9, 1.43, 17.65, 5.77, 32.76, 4.54 y 5.88 puntos porcentuales respectivamente.



RESULTADOS A NIVEL DE MACRO PROCESOS GERENCIALES HAL 2025

ANÁLISIS: En el proceso de Autoevaluación HAL - 2025, se evidenció en los Macroprocesos Gerenciales un decremento global de 3.7 (de 81.3 a 77.6), lo cual se explica por una disminución en los MP: **GRH**, **GCA** y **MRA** que disminuyeron 5.38, 15.85 y 17.03 puntos porcentuales respectivamente.

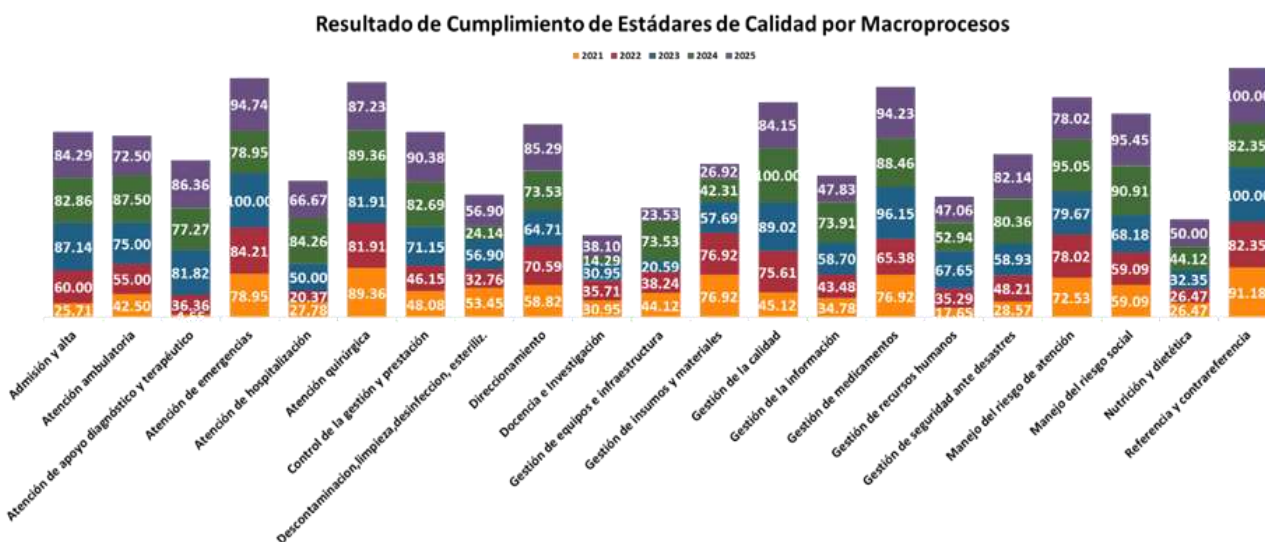
Sin embargo, es importante mencionar la mejora en los resultados de algunos **MP Gerenciales** como: **DIR**, **GSD** y **CGP** que incrementaron 11.76, 1.78 y 7.69 puntos porcentuales de forma respectiva.



ANÁLISIS: En el proceso de Autoevaluación HAL - 2025, se evidenció en los Macroprocesos Prestacionales un mínimo decremento global de 0.41 (de 74.3 a 73.89), evidenciándose una disminución en los MP: **ATA, ATH, ATQ** de 15, 12.28 y 2.13 puntos porcentuales respectivamente.

Por otra parte, se reportó un incremento en los **MP prestacionales: EMG y DIV** de 10.48 y 23.81 puntos porcentuales en el orden dado.

de los **MP Gerenciales:** Gestión de la Calidad con el 100%, en segundo lugar está el Manejo del Riesgo de la Atención con el 95.0% y en tercer lugar el **MP de Apoyo:** Manejo del Riesgo Social con el 90.91%



VIII. CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE ACREDITACIÓN Y EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN

Los responsables del presente Plan son los integrantes del “Comité de Acreditación” y “Equipo de Evaluadores Internos”, designados por R.D según su capacitación, compromiso y responsabilidad en la toma de decisiones. La conformación es como sigue:

7.1 COMITÉ DE ACREDITACION:

EQUIPO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION	CARGO ACTUAL
Coordinador	M.C. Javier Cuno Vera	Médico Cirujano Médico Pediatra	Director Ejecutivo
Integrantes	M.C. Edwar Luque Flórez	Médico Cirujano Cirujano General	Sub Dirección
	CPC Amilcar Choque Castillo	Contador	Director de Administración
	M.C. Rubén Darío Fernández Alata	Médico Cirujano	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
	Lic. Adm. Yuli Huarhua Zapata	Lic. Administración	Jefe de la Oficina Planificación y Presupuesto
	M.C. Grimaldo Guterrez Gayoso	Médico Cirujano Medico Cardiólogo	Jefe del Departamento de Medicina
	M.C. Edwar Luque Flórez	Médico Cirujano Cirujano General	Jefe del Departamento de Cirugía
	M.C. Carlos Concha Rendón	Médico Cirujano Médico Pediatra	Jefe del Departamento de Pediatría y Neonatología
	M.C. Yuri Patrick Ramírez Chacón	Médico Cirujano Cirujano Oncólogo	Jefe del Departamento de Oncología
	M.C. Hermógenes Concha Contreras	Médico Cirujano Gineco - Obstetra	Jefe del Departamento Gineco-Obstetricia
	M.C. Yony Elizabeth Cárdenas Delgado	Médico Cirujano Médico Internista	Jefe del Departamento de Servicios Críticos y Emergencia
	M.C. Vanessa Silva Ramírez	Médico Cirujano Medico Anestesióloga	Jefe del Departamento de Anestesia, Analgesia y Reanimación
	M.C. César Antonio Zambrano Enríquez	Médico Cirujano Médico Rehabilitador	Jefe del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación
	Lic. Brumilda Moreno Pérez	Lic. en Enfermería	Jefe del Departamento de Enfermería
	M.C. Rocío Landa Sierra	Médico Cirujano Medico Patólogo Clínico	Jefe del Departamento de Apoyo al Diagnóstico
	M.C. Rubén Darío Fernández Alata	Médico Cirujano Medico Nuclear	Jefe del Departamento de Apoyo al Tratamiento

7.2 EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

La labor de Autoevaluación será desarrollada prioritariamente por el Equipo de Evaluadores internos; su conformación es como sigue:

Coordinador general – M.C. Rubén Darío Fernández Alata

Evaluador líder – M.C.

Rubén Darío Fernández Alata

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION	CARGO
01	RUBEN DARIO FERNANDEZ ALATA	MEDICO	JEFE OGC
02	MARIA VERONICA ALVAREZ SOLIS	MEDICO	EQUIPO TECNICO - OGC
03	HERMÓGENES CONCHA CONTRERAS	MÉDICO	JEFE DEL DEPARTAMENTO GINECO-OBSTETRICIA
04	STEFANY MARY SANTA CRUZ CARRASCO	MEDICO	SERVICIO DE PEDIATRIA
05	MONICA DELGADO HUAMANTUPA	LIC. ENFERMERIA	EQUIPO TECNICO (OGC)
06	GRACIELA ASCUE DE GUEVARA	LIC. ENFERMERIA	JEFE ENFERMERIA - PEDIATRIA
07	DINA MEDRANO CONTRERAS	LIC. ENFERMERIA	EQUIPO TECNICO (OGC)
08	REYNA HUAMAN NINACO	LIC. ENFERMERIA	JEFE ENFERMERIA - ONCOLOGIA
09	MILAGROS FUENTES VARGAS	ING. SISTEMAS	UNIDAD ESTADÍSTICA
10	CHARITO MILUSKA MEZA GARCIA	Q. FARMACEUTICO	JEFE SERVICIO DE FARMACIA
11	NORMA MELENDEZ SEQUEIROS	MEDICO	SERVICIO DE MEDICINA
12	MARIA DELFINA GARAYAR ESQUIVEL	LIC.ENFERMERIA	SUPERVISORA CONS.EXTERNOS
13	LIZ GUADALUPE MENDOZA CALLALLI	LIC. ENFERMERIA	JEFE ENFERM.MEDICINA HOSP.
14	GUADALUPE ALVAREZ HUALLPAYUNCA	LIC. ENFERMERIA	JEFE ENFERMERIA - GINECOLOG
15	JANET CHAPARRO VELASQUEZ	LIC. ENFERMERIA	SUPERVISORA HOSPITALIZAC
16	PILAR ACHAUI PEÑA	LIC. ENFERMERIA	JEFE ENFERMERIA - NEUROCIRUGIA
17	YANINA BRAVO PEÑA	LIC. ENFERMERIA	JEFE ENF. INFECTOLOGÍA
18	NIEVES HONOR RUDAS	LIC. ENFERMERIA	JEFE ENFERMERIA- NEONATO
19	MARY CARMEN CCAHUA OLIVARES	LIC. ENFERMERIA	CENTRO QUIRÚRGICO
20	JINA GEORGINA CHAVEZ RODRIGUEZ	OBSTETRA	SERVICIO DE OBSTETRICIA
21	YANET PINARES MEJIA	LIC. ENFERMERIA	JEFE ENFERMERIA - CIRUGIA
22	CRISTALY SANTOS ESCALANTE	OBSTETRA	SERVICIO DE OBSTETRICIA
23	BRUMILDA MORENO PEREZ	LIC. ENFERMERIA	JEFE DPTO. ENFERMERIA
24	YONI CUARESMA SANCHEZ	LIC. ENFERMERIA	JEFE ENFERMERIA- CIRUGIA ESPECIALIDADES
25	EDLY CALLALLI MATTOS	MEDICO	SERVICIO CIRUGIA ESPECIALID.

HERRAMIENTAS METODOLOGICAS DE LA EVALUACION:

A. HERRAMIENTAS:

- Verificación / Revisión
- Observación
- Entrevista
- Encuesta

B. METODOLOGÍA DE EVALUACION:

FASE	TÓPICOS
Fase I: Organización	
*Conformación del Comité de Acreditación. *Selección y capacitación de Evaluadores Internos. *Elaboración del Plan de Autoevaluación para el año 2026 *Conformación de los equipos de autoevaluación a nivel de macro procesos. *Resolución Directoral de Aprobación del Comité de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos. *Designar responsables de servicios o áreas para que interactúen con los evaluadores internos. * Reunión Técnica con los jefes de departamento para inicio de la autoevaluación. * Ejecución del Plan de Autoevaluación HAL 2026 *Comunicación del inicio de la autoevaluación a la GERESA-Cusco	
Fase II: Autoevaluación	
* Desarrollo de la Autoevaluación, con la aplicación de la Hoja de Registro a nivel de criterios por macro y Hoja de Recomendaciones de acuerdo a la Norma Técnica N° 050MINS/DGSPE –V.02.	
Fase III: Informe Técnico	
*Emisión del Informe Técnico de Autoevaluación para las Acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo de planes de acción. *Emisión de la base de datos del aplicativo de la Autoevaluación a GERESA Cusco.	

VIII. CRONOGRAMA

8.1 CRONOGRAMA POR FASES.

N°	FASES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
I	Organización			X	X	X	X	X					
II	Autoevaluación									X	X	X	
III	Emisión Informe Técnico											X	

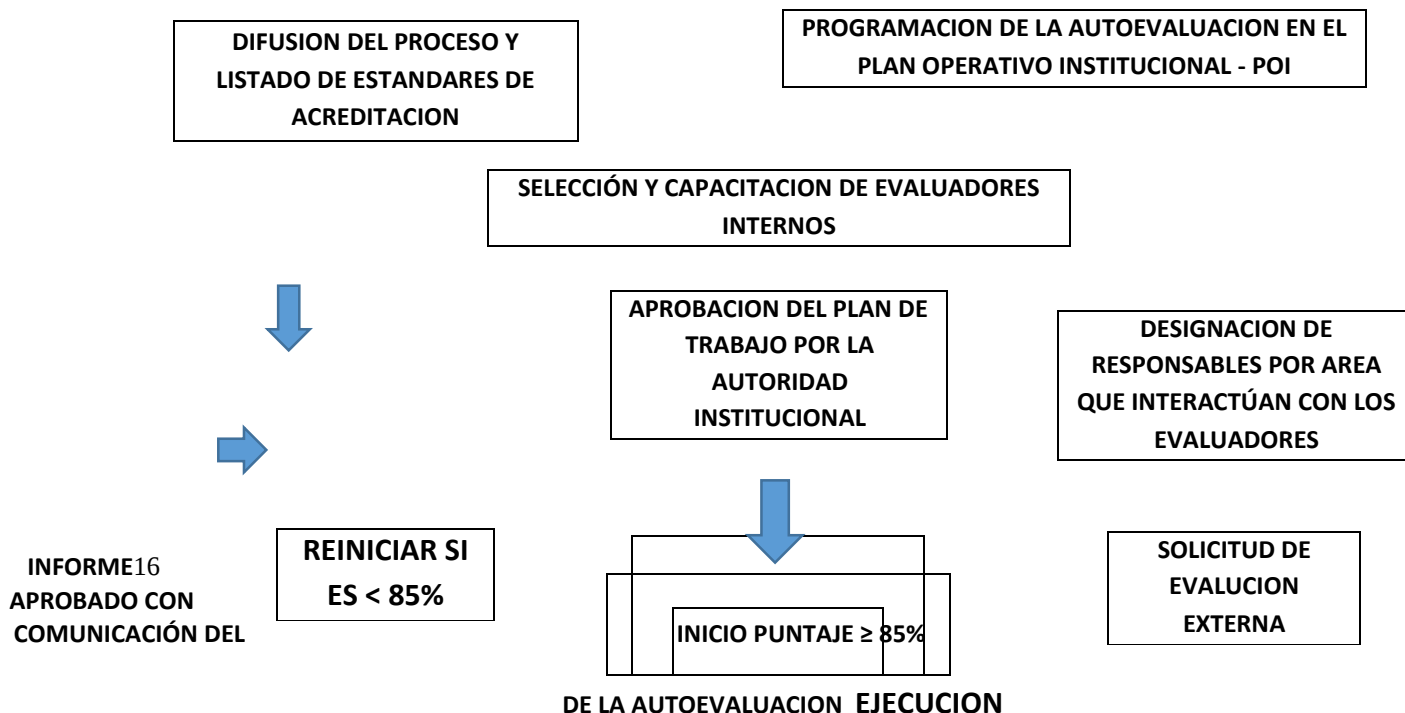
8.2

DISTRIBUCION DE

INTEGRANTES SEGÚN MACROPROCESOS.

Nº	MACROPROCESOS	CRITERIOS	RESPONSABLES
1	DIRECCIONAMIENTO	11	MC Rubén Darío Fernández Alata
2	GESTION DE RECURSOS HUMANOS	11	MC Edly Callalli Mattos Lic. Yanet Chaparro Velásquez Obst. Cristaly Santos Escalante Lic. Reyna Huamán Ninaco
3	GESTION DE LA CALIDAD	22	MC Norma Meléndez Sequeiros Lic. Graciela Ascue de Guevara Lic. María Delfina Garayar Esquivel Lic. Magda Y. Cuaresma Sánchez Obst. Jina G. Chávez Rodríguez
4	MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	50	Lic. Graciela Ascue de Guevara Lic. Dina Medrano Contreras Lic. Liz Guadalupe Mendoza Callalli Lic. Reyna Huamán Ninaco Ing. Milagros Fuentes Vargas Obst. Cristaly Santos Escalante
5	GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	21	Lic. Monica Delgado Huamantupa
6	CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	15	Lic. Nieves Honor Rudas Lic. Yanet Pinares Mejía Lic. Pilar Achahui Peña Qco. Charito Meza García
7	ATENCIÓN AMBULATORIA	17	Lic. Brumilda Morena Pérez Lic. María Garayar Esquivel MC Stefany Santa Cruz Carrasco Obst. Jina G. Chávez Rodríguez Lic. Yanina Bravo Peña
8	ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	26	Lic. Graciela Ascue de Guevara MC Yanet Huacac Guzmán QF Charito Miluska Meza García Lic. Pilar Achahui Peña Ing. Milagros Fuentes Vargas Lic. María Delfina Garayar Esquivel
9	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	14	MC Norma Meléndez Sequeiros Lic. Dina Medrano Contreras Lic. Carmen Cahua Olivarez Lic. Janet Chaparro Velásquez Obst. Cristaly Santos Escalante
10	ATENCIÓN QUIRÚRGICA	24	MC. María Verónica Álvarez Solís M.C. Edly Callalli Mattos Lic. Brumilda Moreno Pérez Lic. Carmen Cahua Olivarez Lic. Yanina Bravo Peña
11	DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	15	MC Norma Meléndez Sequeiros
12	APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	11	Lic. María Delfina Garayar Esquivel MC María Verónica Álvarez Solís MC. Stefany Santa Cruz Carrasco Lic. Yanina Bravo Peña
13	ADMISIÓN Y ALTA	14	MC Rubén Darío Fernández Alata
14	REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS	10	Lic. Pilar Achahui Peña Lic. Yanina Bravo Peña Lic. Guadalupe Álvarez Huallpayunca Lic. Magda Yoni Cuaresma Sánchez
15	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS	15	Lic. Dina Medrano Contreras
16	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	14	Lic. Nieves Honor Rudas
17	DESCONTAMINACION, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN	17	Obst. Jina Georgina Chávez Rodríguez Lic. Janet Chaparro Velásquez QF. Charito Miluska Meza García
18	MANEJO DEL RIESGO SOCIAL	06	MC. María Verónica Álvarez Solís
19	MANEJO DE NUTRICIÓN DE PACIENTES	10	Obst. Cristaly Santos Escalante
20	GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES	08	Lic. Liz Guadalupe Mendoza Callalli
21	GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA	12	Lic. Brumilda Moreno Pérez Lic. Carmen Cahua Olivarez

8.3 FLUJOGRAMA DE LA EJECUCION DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION HAL 2026



IX. ANEXOS

- Anexo A – PAES Actividades
- Anexo B – PAES Presupuesto
- Anexo C – Integrantes E-1 – Equipo Evaluador

ANEXO A: ACTIVIDADES/MACROPROCESOS, RESPONSABLES

CRONOGRAMA DEL PAES: HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO – GERESA 2026

ACTIVIDADES/ MACROPROCESOS	RESPONSABLES DE LAS ACTIVIDADES/ SUB EQUIPO DE MACROPROCESOS		CRONOGRAMA						
			PERIODO	JUL	AGO	SETI	OCT	NOV	DIC
Reunión del Equipo Evaluador: asignación del Líder/Coordinador/Responsable	Jefe de la Unidad/Oficina de Calidad del Hospital		18/03/2026						
Reunión del Equipo, para el análisis del Listado de Estándares de Acreditación	Líder/Coordinador/Responsable		14/04/2026						
Organización para la elaboración del PAES: Designación de responsables por Macroprocesos	Líder/Coordinador/Responsable		27/05/2026						
Elaboración del PAES	Equipo de Autoevaluación		01/06/2026						
Presentación del PAES a la Dirección para su Aprobación con RD	Equipo de Autoevaluación		19/06/2026						
Reunión del Equipo Evaluador con el Equipo Evaluado/ jefes/ responsables: Presentación del Plan y revisión de los estándares.	Equipo de Autoevaluación		10/07/2026						
Comunicación del Inicio de la Autoevaluación a la Oficina de Calidad del Hospital	Líder/Coordinador/Responsable		15/07/2026						
Aplicación del MP: Direccionamiento	Equipo de Autoevaluación	Responsable del Macroproceso				X	X		
Aplicación del MP: Gestión de recursos Humanos	Equipo de Autoevaluación					X	X		
Aplicación del MP: Gestión de la Calidad	Equipo de Autoevaluación					X	X		
Aplicación del MP: Manejo del riesgo de atención	Equipo de Autoevaluación	Responsable del Macroproceso				X	X		
Aplicación del MP: Emergencias y desastres	Equipo de Autoevaluación	Responsable del Macroproceso				X	X		
Aplicación del MP: Control de la gestión y prestación	Equipo de Autoevaluación					X	X		
Aplicación del MP: Atención Ambulatoria	Equipo de Autoevaluación			Responsable del Macroproceso			X	X	
Aplicación del MP: Atención extramural	Equipo de Autoevaluación	Responsable del Macroproceso							
Aplicación del MP: Atención de Hospitalización	Equipo de Autoevaluación	Responsable del Macroproceso				X	X		
Aplicación del MP: Atención de Emergencia	Equipo de Autoevaluación					X	X		
Aplicación del MP: Docencia e Investigación	Equipo de Autoevaluación			Responsable del Macroproceso			X	X	
Aplicación del MP: Atención Quirúrgica	Equipo de Autoevaluación	Responsable del Macroproceso				X	X		
Aplicación del MP: Apoyo al diagnóstico y tratamiento	Equipo de Autoevaluación	Responsable del Macroproceso				X	X		
Aplicación del MP: Admisión y Alta	Equipo de Autoevaluación					X	X		
Aplicación del MP: Referencia y Contrarreferencia	Equipo de Autoevaluación					X	X		
Aplicación del MP: Gestión de Medicamentos	Equipo de Autoevaluación					X	X		
Aplicación del MP: Gestión de la Información	Equipo de Autoevaluación						X	X	

Aplicación del MP: esterilización, lavandería y limpieza	Equipo de Autoevaluación	Responsable del Macroproceso			X	X		
Aplicación del MP: Manejo del riesgo social	Equipo de Autoevaluación				X	X		
Aplicación del MP: Manejo de nutrición de pacientes	Equipo de Autoevaluación	Responsable del Macroproceso			X	X		
Aplicación del MP: gestión de insumos y materiales	Equipo de Autoevaluación				X	X		
Aplicación del MP: Gestión de Equipos e Infraestructura	Equipo de Autoevaluación	Responsable del Macroproceso			X	X		
Procesamiento de Datos	Dra. Verónica Álvarez S.						X	
Análisis de resultados	Equipo de Autoevaluación						X	
Elaboración del Informe técnico	Responsable de la OGC del HAL						X	
Presentación del Informe técnico a la Unidad/Oficina de Calidad	Líder/Coordinador/Responsable						X	
Entrega del informe técnico final a GERESA	Responsable de la OGC del HAL		17/11/2025				X	

ANEXO B: MACROPROCESOS, RESPONSABLES, CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO DEL PAES: HOSPITAL ANTONIO LORENA GERESA CUSCO 2026

ACTIVIDADES/MACROPROCESOS	UNIDAD	META	BIENES, SERVICIOS, ACTIVOS NO FINANCIEROS	UM	META	COSTO UNITARIO	COSTO SUBTOTAL	CRONOGRAMA						COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
								JUN	JUL	AGO	SETI	OCT	NOV		
Aplicación del MP: Direccionamiento	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 unid 01; Archivadores 20 unid ; USB 32 GB 24, cantidad 10.	kit	1	200	200.00	X	X	X	X			200	200.00
Aplicación del MP: Gestión de recursos Humanos	REGISTRO	1						X	X	X	X				
Aplicación del MP: Gestión de la Calidad	REGISTRO	1						X	X	X	X				
Aplicación del MP: Manejo del riesgo de atención	REGISTRO	1						X	X	X	X				
Aplicación del MP: Emergencias y desastres	REGISTRO	1						X	X	X	X				
Aplicación del MP: Control de la gestión y prestación	REGISTRO	1						X	X	X	X				
Aplicación del MP: Atención Ambulatoria	REGISTRO	1						X	X	X	X				
Aplicación del MP: Atención Extramural (N.A)	REGISTRO	1						X	X	X	X				
Aplicación del MP: Atención de Hospitalización	REGISTRO	1	23.1.5.1; 23.1.5.1.99;	kit	1	200	200.000	X	X	X	X			200	200.00

Aplicación del MP: Atención de Emergencia	REGISTRO	1	23.1.6.1; 23.1.6.1.99: 23.1.2.1.2; 23.1.8: Equipo de Protección Kit (Según norma).					X	X	X	X				
Aplicación del MP: Docencia e Investigación	REGISTRO	1						X	X	X	X				
Aplicación del MP: Atención Quirúrgica	REGISTRO	1						X	X	X	X				
Aplicación del MP: Apoyo al diagnóstico y tratamiento	REGISTRO	1						X	X	X	X				
Aplicación del MP: Admisión y Alta	REGISTRO	1						X	X	X	X				
Aplicación del MP: Referencia y Contrarreferencia	REGISTRO	1						X	X	X	X				
Aplicación del MP: Gestión de Medicamentos	REGISTRO	1						X	X	X	X				
Aplicación del MP: Gestión de la Información	REGISTRO	1	26.3.2.3.1: Equipo computacional- Tablet de 64 GB, 4 RAM.	Tablet	1	1300	1,300.00	X	X	X	X			1300	1,300.00
Aplicación del MP: esterilización, lavandería y limpieza	REGISTRO	1						X	X	X	X				
Aplicación del MP: Manejo del riesgo social	REGISTRO	1						X	X	X	X				
Aplicación del MP: Manejo de nutrición de pacientes	REGISTRO	1						X	X	X	X				
Aplicación del MP: gestión de insumos y materiales	REGISTRO	1						X	X	X	X				
Aplicación del MP: Gestión de Equipos e Infraestructura	REGISTRO	1						X	X	X	X				
Aplicación del MP: Procesamiento de Datos	REGISTRO	1						X	X	X	X				
Aplicación del MP: Análisis de resultados	REGISTRO	1										X			
Elaboración del Informe técnico	INFORME	1	23.15.1 *Material y Útiles *Kit: Accesorio de *Equipo de cómputo;	Kit	1	115	115.00					X		115	115.00
Presentación del Informe técnico a la Unidad/Oficina de Calidad	INFORME	1										X			

Levantamiento de Observaciones (siempre que exista, de la unidad/ Oficina de calidad o la dirección)	INFORME	1	*Tinta para impresora									X		
Entrega del informe técnico final a GERESA cusco.	DOCUMENTO	1	*Papel 80g X mil *Lapicero una caja de 50 unidades *01 Archivadores 02 und. *USB 32 GB 24 cantidad 02.	Kit	1	115	115.00						115	115.00
Costo Total							1,930.00							1,930.00

ANEXO C: INTEGRANTES- EQUIPO DE EVALUACIÓN INTERNA: HOSPITAL ANTONIO LORENA GERESA CUSCO 2026

COMPONENTE	MACROPROCESOS (MCP)	N° ESTANDARES	N° CRITERIOS DE EVALUACIÓN	DIRECCIÓN/ OFICINA/ DEPARTAMENTO/ SERVICIO/ UNIDAD/ AREA	APELLIDOS Y NOMBRES	PROFESIÓN	CARGO
GERENCIALES	Aplicación del MP: Direccionamiento	2	11	Oficina de Gestión de la Calidad	MC Rubén Darío Fernández Alata	Medico	Evaluador Líder y Resp. Autoevaluación OGC
				Servicio Cirugía Especialidades	MC Edly Callalli Mattos	Medico	Asistencial
				Departamento de Enfermería	Lic. Janet Chaparro Velásquez	Enfermera	Sup. Hospitalización Dpto Enfermería
				Servicio Obstetricia	Obst. Cristaly santos Escalante	Obstetra	Asistencial
				Servicio Oncología	Lic. Reyna Huamán Ninaco	Enfermera	Jefe Enfermeras del servicio de Oncología
	Aplicación del MP: Gestión de recursos Humanos	4	11	Oficina de Gestión de la Calidad	MC Rubén Darío Fernández Alata	Medico	Evaluador Líder y Resp. Autoevaluación OGC
				Servicio Cirugía Especialidades	MC Edly Callalli Mattos	Medico	Asistencial
				Departamento de Enfermería	Lic. Janet Chaparro Velásquez	Enfermera	Sup. Hospitalización Dpto Enfermería
				Servicio Obstetricia	Obst. Cristaly santos Escalante	Obstetra	Asistencial
				Servicio Oncología	Lic. Reyna Huamán Ninaco	Enfermera	Jefe Enfermeras del servicio de Oncología
	Aplicación del MP: Gestión de la Calidad	3	22	Servicio Pediatría	Lic. Graciela Ascue Menzala	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Pediatría
				Servicio de Medicina	MC Norma Meléndez Sequeiros	Medico	Asistencial
				Departamento de Enfermería	Lic. María Delfina Garayar Esquivel	Enfermera	Sup. Cons. Externos Dpto Enfermería
				Departamento de Enfermería	Lic. Magda Yoni Cuaresma Sánchez	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Cirugía Especialidades
				Servicio Obstetricia	Obst. Jina Georgina Chávez Rodríguez	Obstetra	Asistencial
		8	50	Servicio Pediatría	Lic. Graciela Ascue Menzala	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Pediatría

PRESTACIONALES	Aplicación del MP: Manejo del riesgo de atención			Oficina de Gestión de la Calidad	Lic. Dina Medrano Contreras	Enfermera	Resp. Información para la Calidad OGC
				Servicio Medicina	Lic. Liz Guadalupe Mendoza Callalli	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Medicina
				Servicio Oncología	Lic. Reyna Huamán Ninaco	Enfermera	Jefe Enfermeras del servicio de Oncología
				Servicio Estadística e Informática	Ing. Milagros Fuentes Vargas	Ing. Sistemas	Administrativo
				Servicio Obstetricia	Obst. Cristaly santos Escalante	Obstetra	Asistencial
	Aplicación del MP: Emergencias y desastres	3	21	Oficina de Gestión de la Calidad	Lic. Monica Delgado Huamantupa	Enfermera	Resp. De Seguridad del Paciente OGC
				Servicio Neonatología	Lic. Nieves Honor Rudas	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Neonatología
				Servicio Cirugía	Lic. Yanet Pinares Mejía	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Cirugías
				Servicio Neurocirugía	Lic. Pilar Achahui Peña	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Neurocirugía
				Servicio de Farmacia	Qco. Charito Meza García	Químico Farmaceu	Jefe del Servicio de Farmacia
	Aplicación del MP: Control de la gestión y prestación	2	15	Oficina de Gestión de la Calidad	Lic. Monica Delgado Huamantupa	Enfermera	Resp. De Seguridad del Paciente OGC
				Servicio Neonatología	Lic. Nieves Honor Rudas	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Neonatología
				Servicio Cirugía	Lic. Yanet Pinares Mejía	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Cirugías
				Servicio de Farmacia	Qco. Charito Meza García	Químico Farmaceu	Jefe del Servicio de Farmacia
				Servicio Neurocirugía	Lic. Pilar Achahui Peña	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Neurocirugía
	Aplicación del MP: Atención Ambulatoria	4	14	Departamento de Enfermería	Lic. María Delfina Garayar Esquivel	Enfermera	Sup. Cons. Externos Dpto Enfermería
				Servicio Pediatría	MC Stefany Santa Cruz Carrasco	Medico	Asistencial
				Servicio Obstetricia	Obst. Jina Georgina Chávez Rodríguez	Obstetra	Asistencial
				Departamento de Enfermería	Lic. Brumilda Moreno Pérez	Enfermera	Jefe de Enfermeras
				Departamento de Enfermería	Lic. Yanina Bravo Peña	Enfermera	Asistencial
	Aplicación del MP: Atención extramural	NA	NA				
	Aplicación del MP: Atención de Hospitalización	7	26	Servicio Pediatría	Lic. Graciela Ascue Menzala	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Pediatría
				Oficina De Docencia e Investigación	MC Franklin Miranda Solís	Medico	Jefe Oficina Invest. Docencia y Capacitación
				Servicio Farmacia	QF Charito Miluska Meza García	Q. Farmacéutico	Qf. Jefe Farmacia
				Servicio Neurocirugía	Lic. Pilar Achahui Peña	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Neurocirugía
				Departamento de Enfermería	Lic. María Delfina Garayar Esquivel	Enfermera	Sup. Cons. Externos Dpto Enfermería
				Estadística e Informática	Ing. Milagros Fuentes Vargas	Ing. Informática	Asistente de Estadística e Informática
	Aplicación del MP: Atención de Emergencia	3	14	Servicio de Medicina	MC Norma Meléndez Sequeiros	Medico	Asistencial
				Oficina de Gestión de la Calidad	Lic. Dina Medrano Contreras	Enfermera	Resp. Información para la Calidad OGC
				Servicio Centro Quirúrgico	Lic. Carmen Cahua Olivarez	Enfermera	Asistencial
				Departamento de Enfermería	Lic. Janet Chaparro Velásquez	Enfermera	Sup. Hospitalización Dpto Enfermería
				Servicio Obstetricia	Obst. Cristaly santos Escalante	Obstetra	Asistencial
	Aplicación del MP: Atención Quirúrgica	4	24	Oficina de Gestión de la Calidad	MC. María Verónica Álvarez Solís	Medico	Resp. De Auditoria OGC
				Servicio Cirugía Especialidades	MC Edly Callalli Mattos	Medico	Asistencial
				Departamento de Enfermería	Lic. Brumilda Moreno Pérez	Enfermera	Jefe Enf. Del Departamento De Enfermería
				Servicio Centro Quirúrgico	Lic. Carmen Cahua Olivarez	Enfermera	Asistencial
				Departamento de Enfermería	Lic. Yanina Bravo Peña	Enfermera	Asistencial
	Aplicación del MP: Docencia e Investigación	2	15	Servicio de Medicina	MC Norma Meléndez Sequeiros	Medico	Asistencial
				Oficina de Gestión de la Calidad	MC. María Verónica Álvarez Solís	Medico	Resp. De Auditoria OGC
				Servicio Pediatría	MC. Estefani Santa Cruz Carrasco	Medico	Asistencial

DE APOYO	Aplicación del MP: Apoyo al diagnóstico y tratamiento	3	11	Departamento de Enfermería	Lic. María Delfina Garayar Esquivel	Enfermera	Sup. Cons. Externos Dpto Enfermería
				Servicio Infectología	Lic. Yanina Bravo Peña	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Infectología
				Servicio de Medicina	MC Norma Meléndez Sequeiros	Medico	Asistencial
				Oficina de Gestión de la Calidad	MC. María Verónica Álvarez Solís	Medico	Resp. De Auditoria OGC
				Servicio Pediatría	MC. Estefani Santa Cruz Carrasco	Medico	Asistencial
	Aplicación del MP: Admisión y Alta	4	16	Departamento de Enfermería	Lic. María Delfina Garayar Esquivel	Enfermera	Sup. Cons. Externos Dpto Enfermería
				Servicio Infectología	Lic. Yanina Bravo Peña	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Infectología
				Oficina de Gestión de la Calidad	MC Rubén Darío Fernández Alata	Medico	Evaluador Líder y Resp. Autoevaluación OGC
				Servicio Neurocirugía	Lic. Pilar Achahui Peña	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Neurocirugía
				Servicio Infectología	Lic. Yanina Bravo Peña	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Infectología
	Aplicación del MP: Referencia y Contrarreferencia	3	10	Servicio de Hematología	Lic. Guadalupe Álvarez Huallpayunca	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Hematología
				Servicio Cirugía Especialidades	Lic. Magda Yoni Cuaresma Sánchez	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Cirugía Especialidades
				Oficina de Gestión de la Calidad	MC Rubén Darío Fernández Alata	Medico	Evaluador Líder y Resp. Autoevaluación OGC
				Servicio Neurocirugía	Lic. Pilar Achahui Peña	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Neurocirugía
				Servicio Infectología	Lic. Yanina Bravo Peña	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Infectología
	Aplicación del MP: Gestión de Medicamentos	3	15	Servicio de Hematología	Lic. Guadalupe Álvarez Huallpayunca	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Hematología
				Servicio Cirugía Especialidades	Lic. Magda Yoni Cuaresma Sánchez	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Cirugía Especialidades
				Oficina de Gestión de la Calidad	Lic. Dina Medrano Contreras	Enfermera	Resp. Información para la Calidad OGC
				Servicio Obstetricia	Obst. Jina Georgina Chávez Rodriguez	Obstetra	Asistencial
				Departamento De Enfermería	Lic. Janet Chaparro Velásquez	Enfermera	Sup. Hospitalización Dpto Enfermería
	Aplicación del MP: Gestión de la Información	3	14	Servicio Neonatología	Lic. Nieves Honor Rudas	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Neonatología
				Servicio Farmacia	QF. Charito Miluska Meza García	Q. Farmacéutico	Jefe de Farmacia
				Oficina de Gestión de la Calidad	Lic. Dina Medrano Contreras	Enfermera	Resp. Información para la Calidad OGC
				Servicio Obstetricia	Obst. Jina Georgina Chávez Rodriguez	Obstetra	Asistencial
				Departamento De Enfermería	Lic. Janet Chaparro Velásquez	Enfermera	Sup. Hospitalización Dpto Enfermería
	Aplicación del MP: descontaminación, esterilización, lavandería y limpieza	4	17	Servicio Neonatología	Lic. Nieves Honor Rudas	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Neonatología
				Servicio Farmacia	QF. Charito Miluska Meza García	Q. Farmacéutico	Jefe De Farmacia
				Oficina de Gestión de la Calidad	Lic. Dina Medrano Contreras	Enfermera	Resp. Información para la Calidad OGC
				Servicio Obstetricia	Obst. Jina Georgina Chávez Rodriguez	Obstetra	Asistencial
				Departamento De Enfermería	Lic. Janet Chaparro Velásquez	Enfermera	Sup. Hospitalización Dpto Enfermería
	Aplicación del MP: Manejo del riesgo social	2	6	Servicio Neonatología	Lic. Nieves Honor Rudas	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Neonatología
				Servicio Farmacia	QF. Charito Miluska Meza García	Q. Farmacéutico	Jefe De Farmacia
				Oficina de Gestión de la Calidad	MC. María Verónica Álvarez Solís	Medico	Resp. De Auditoria OGC
				Servicio Obstetricia	Obst. Cristaly santos Escalante	Obstetra	Asistencial
				Servicio Medicina	Lic. Liz Guadalupe Mendoza Callalli	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Medicina
	Aplicación del MP: Manejo de nutrición de pacientes	2	10	Servicio Centro Quirúrgico	Lic. Carmen Cahua Olivarez	Enfermera	Asistencial
				Departamento De Enfermería	Lic. Brumilda Moreno Pérez	Enfermera	Jefe Enf. Del Departamento de Enfermería
				Oficina de Gestión de la Calidad	MC. María Verónica Álvarez Solís	Medico	Resp. De Auditoria OGC
				Servicio Obstetricia	Obst. Cristaly santos Escalante	Obstetra	Asistencial
				Servicio Medicina	Lic. Liz Guadalupe Mendoza Callalli	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Medicina
				Servicio Centro Quirúrgico	Lic. Carmen Cahua Olivarez	Enfermera	Asistencial



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

HOSPITAL ANTONIO LORENA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”.

	Aplicación del MP: gestión de insumos y materiales	2	8	Departamento De Enfermería	Lic. Brumilda Moreno Pérez	Enfermera	Jefe Enf. Del Departamento de Enfermería
				Oficina de Gestión de la Calidad	MC. María Verónica Álvarez Solís	Medico	Resp. De Auditoria OGC
				Servicio Obstetricia	Obst. Cristaly santos Escalante	Obstetra	Asistencial
				Servicio Medicina	Lic. Liz Guadalupe Mendoza Callalli	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Medicina
				Servicio Centro Quirúrgico	Lic. Carmen Cahua Olivarez	Enfermera	Asistencial
	Aplicación del MP: Gestión de Equipos e Infraestructura	2	12	Departamento De Enfermería	Lic. Brumilda Moreno Pérez	Enfermera	Jefe Enf. Del Departamento de Enfermería
				Oficina de Gestión de la Calidad	MC. María Verónica Álvarez Solís	Medico	Resp. De Auditoria OGC
				Servicio Obstetricia	Obst. Cristaly santos Escalante	Obstetra	Asistencial
				Servicio Medicina	Lic. Liz Guadalupe Mendoza Callalli	Enfermera	Jefe Enf. Servicio Medicina
				Servicio Centro Quirúrgico	Lic. Carmen Cahua Olivarez	Enfermera	Asistencial
				Departamento De Enfermería	Lic. Brumilda Moreno Pérez	Enfermera	Jefe Enf. Del Departamento de Enfermería