



PERÚ Ministerio de Salud



GERESA – LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

GERENCIA 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 - 2025”**

YURIMAGUAS - PERÚ
FEBRERO 2025

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2025



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



M.C. ANDRES ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
Director Ejecutivo

M.C. PEDRO TONY CAMEL VALERO
Director Adjunto



Lic. Adm. DARWIL PINEDO TORRES
Director Administrativo

C.P.C. WILGER SAAVEDRA ARMAS
Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico y Presupuesto



C.P.C. ALICIA BRILLY AMASIFUEN ROBLEDO
Jefe de la Unidad de Logística

C.P.C. DORIS CONSUELO SÁNCHEZ MORI
Jefe de la Unidad de Recursos Humanos



Elaborado por:

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



- **LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA**
Jefa de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad
- **C.D. GILMER MANUEL ASENCIO 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	9
VIII.	Cronograma de Actividades	10
IX.	Presupuesto	10
X.	Anexos	11





HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud desarrolla e impulsa el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, esfuerzo de gran envergadura que tiene sus pilares en un accionar de mejora continua en el corto, mediano y largo plazo, la Gestión de la Calidad ha venido avanzando en la mejora de los procesos y procedimientos en salud, despliega valiosas iniciativas, las cuales son producto del esfuerzo conjunto de directivos, funcionarios y trabajadores de todos los niveles del sistema de salud.



En este proceso de fortalecer e institucionalizar la gestión de la calidad, la Acreditación, se convierte en una importante herramienta para la sostenibilidad; con ella se obtiene un compromiso claro de las organizaciones de salud por mejorar la calidad de atención al usuario, garantizando un entorno seguro y trabajando sistemáticamente en la reducción de riesgos, tanto para los usuarios como el personal, contribuyendo a obtener servicios de salud con un enfoque humano y social.



La **Autoevaluación** dentro del proceso de Acreditación, abarca todos niveles de complejidad de la prestación de los servicios de salud, y esta a su vez debe ser capaz de reflejar el esfuerzo del prestador, orientado a mejorar la capacidad operativa y se reconoce explícitamente como un valor en la cultura organizacional de las instituciones de salud.



La **Acreditación** como proceso de evaluación periódica, se basa en la comparación del desempeño del prestador de salud, aplicando una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, orientados 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; este proceso se desarrolla en el marco de la descentralización, con funciones, responsabilidades y roles explícitos que aseguren compromisos, integridad y autonomía, que posibilite la sostenibilidad del proceso en el tiempo, sobre la base de estándares previamente definidos por la Autoridad Sanitaria, contenidos en el Listado de Estándares de Acreditación y que enfocan esta nueva propuesta en el Marco de la Gestión por Procesos.



II. JUSTIFICACIÓN

La séptima política de Calidad en Salud, indica que las IPRESS tenemos la responsabilidad de cumplir con las normas y estándares de Infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de la atención, a fin de mejorar la calidad de la atención al usuario. En este contexto, los indicadores y compromisos de mejora propuestos por el Ministerio de Salud (MINSa) mediante Decreto Supremo N.º 022-2024-SA que define el listado de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2025, adquieren un papel central como marco de referencia para medir el desempeño de las instituciones y promover la mejora continua.



La Autoevaluación se presenta como una herramienta fundamental para identificar fortalezas, oportunidades de mejora y áreas críticas que exigen intervención prioritaria. Este proceso no solo impulsa el cumplimiento de estándares de calidad, sino que también alinea los esfuerzos de las instituciones de salud con las metas estratégicas nacionales. Entre estas metas destacan la reducción de brechas en el acceso a los servicios, la optimización de los recursos, la mejora en los indicadores de salud pública y el fortalecimiento de la participación ciudadana en la gestión sanitaria.

El Proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, se encuentra establecida en la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02, aprobada con R.M. N° 456-2007/MINSA, la cual proporciona pautas para ejecutar este proceso, como parte importante del componente de Garantía y Mejora de la Calidad establecida en el Plan de Gestión de la Calidad en Salud. A partir de la implementación de este proceso, Gestión de la Calidad ha tenido avances significativos en la mejora de los procesos y procedimientos en salud, que buscan la satisfacción del usuario externo, posicionando la calidad en salud como un derecho ciudadano.

La Autoevaluación constituye la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de Acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento continuo de la calidad, es el camino hacia la Acreditación, lo que hace imprescindible su desarrollo, a efectos de diagnosticar las limitaciones o debilidades de todo el sistema institucional, que va a permitir planificar y ejecutar acciones de mejora, mediante la aplicación de estándares previamente definidos, las cuales se encuentran agrupados en macro procesos.

En el 2024, el puntaje obtenido en el Proceso de Autoevaluación fue del 75%. Aunque el puntaje es desaprobatorio ($\leq 85\%$), se ha evidenciado un ligero aumento del puntaje en relación al año 2023. Por ello, la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en coordinación con la Dirección Ejecutiva, ha visto necesario desarrollar este proceso de Autoevaluación, a fin de continuar con la mejora de los procesos, con miras a alcanzar la Acreditación que, con su nueva infraestructura, pretende convertirse en una Institución de Salud modelo en Gestión de la Calidad.

III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la funcionabilidad hospitalaria, mediante la Autoevaluación, cumpliendo 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, unidades y áreas asistenciales y administrativas 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° 011-2025-GRL-GRSL/30.37.03.01, que aprueba la conformación del Equipo de Acreditación 2024 del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.





- Resolución Directoral N° 010-2025-GRL-GRSL/30.37.03.01, que aprueba la conformación del Equipo de Evaluadores Internos 2024 del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.
- Resolución Directoral N° 048-2025-GRL-GRSL/30.37.03.01, que aprueba el Plan Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad año 2025 del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.



VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

El Proceso de Autoevaluación 2025 del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas lo desarrollará el Equipo de Autoevaluación, con el apoyo técnico de la Unidad Funcional 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° 011-2025-GRL-GRSL/30.37.03.01 de fecha 07 de enero del 2025 se conforma el **Equipo de Acreditación 2025** 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 | SECRETARIO |
| • DIRECTOR ADMINISTRATIVO | MIEMBRO |
| • JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO | MIEMBRO |
| • JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE RIESGOS | MIEMBRO |
| • JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA | MIEMBRO |
| • JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA | MIEMBRO |
| • JEFE DE LA UNIDAD DE MANTENIMIENTO | MIEMBRO |
| • JEFE DE LA UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL | MIEMBRO |
| • JEFE DE LA UNIDAD DE CAPACITACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN | MIEMBRO |



Asimismo, el Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas cuenta con un **Equipo Institucional de Evaluadores Internos 2025** aprobado mediante Resolución Directoral N° 010-2025-GRL-GRSL/30.37.03.01 de fecha 07 de enero del 2025 el cual está conformado por los siguientes profesionales:



- LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA DE FLORES PRESIDENTE
- C.D. GILMER MANUEL ASECIO ORTIZ COORDINADOR
- M.C. KATHERINE CAROL SANDOVAL SORIA MIEMBRO
- LIC. ENF. SAMMER CAROLEYNE HERRERA QUISPE MIEMBRO
- LIC. ENF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO MIEMBRO
- LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO MIEMBRO
- LIC. ENF. EDUARDO DEL ÁGUILA VASQUEZ MIEMBRO
- PS. HUMBERTO CASTILLA CABELLO MIEMBRO
- Q.F. LLAJHAIRA ELIZABETH VASQUEZ GATICA MIEMBRO
- OBST. JEAN NEIL HERNÁNDEZ ANGULO 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 2025.

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
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

C.D. GILMER MANUEL ASECIO ORTIZ
COP. N° 40338
EQUIPO TÉCNICO GESTIÓN DE LA CALIDAD



"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

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

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN 2025 - A

ACTIVIDADES	Enero	Febrero	Junio					Julio				
			12	13	14	16 al 20	23 al 27	1 al 5	7 al 11	14	15	
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 Gerencias 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 2025 - B

ACTIVIDADES	Responsable	Junio					Julio									
		16	17	18	19	20	24	24	27	26	27	1	2	3	4	5
1	Direccionamiento (DIR) LIC. ENF. GRETTY 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 ASENCIO ORTIZ	X	X	X	X	X										
5	Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD) C.D. GILMER MANUEL ASENCIO ORTIZ	X	X	X	X	X										
6	Control de la Gestión y Prestación (CGP) LIC. ENF. SAMMER HERRERA QUISPE	X	X	X	X	X										
7	Atención Ambulatoria (ATA) M.C. KATHERINE CAROL SANDOVAL SORIA						X	X	X	X	X					
9	Atención de Hospitalización (ATH) M.C. KATHERINE CAROL SANDOVAL SORIA LIC. ENF. SAMMER HERRERA QUISPE						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) PS. HUMBERTO CASTILLA CABELLO						X	X	X	X	X					
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. VICENTE VALENTIN MARIANO						X	X	X	X	X					
15	Referencia y Contrareferencia (RCR) C.D. GILMER MANUEL ASENCIO ORTIZ						X	X	X	X	X					
16	Gestión de Medicamentos (GMD) LIC. ENF. EDUARDO DEL ÁGUILA VASQUEZ											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) PS. HUMBERTO CASTILLA CABELLO											X	X	X	X	X
20	Nutrición y Dietética (NYD) LIC. ENF. EDUARDO DEL ÁGUILA VASQUEZ											X	X	X	X	X
21	Gestión de Insumos y Materiales (GIM) Q.F. LLAJHAI RA ELIZABETH VASQUEZ GATICA											X	X	X	X	X
22	Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF) Q.F. LLAJHAI RA ELIZABETH VASQUEZ GATICA											X	X	X	X	X



