

“AÑO DE LA UNIDAD , LA PAZ Y EL DESARROLLO”

San Juan, 05 de SETIEMBRE del 2023

**OFICIO N° 311 -2023-GRL-GRS-L/30.17.05.04**

Sr.

**CD. BEDER MORI PEREZ**

DIRECTOR DE LA OFICINA DE CALIDAD EN SALUD,  
GERESA – LORETO

Presente.-

Atención: **CD. FREDY LUIS WONG PEREZ**  
Responsable de los Componentes de Acreditación y Auditoria

Asunto.- **ENVIO DE PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION  
IPRESS I-3 CARDOZO.**



Es grato dirigirme a Ud. para saludarle cordialmente y al mismo tiempo hacerle llegar a su Despacho el Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Ipress I-3 Cardozo.

Sin otro particular me suscribo de Ud. no sin antes expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
ACLAS CARDOZO  
**CD. BRAYAN WILLIAM PEZO RIOS**  
COP N° 38625  
GERENTE

Cc.  
Archivo  
BPR/Am



**GERESA**  
GERENCIA REGIONAL  
DE SALUD LORETO



**“AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO”**

San Juan 04 de Setiembre 2023

**OFICIO 001 E.P. S**

DE : OBSTA: EMILY PULUCHE SALAS  
RESP. CALIDAD IPRESS 1-3 CARDOZO

PARA : C.D. BRAYAN WILLIAM PEZO RIOS  
GERENTE IPRESS 1-3 CARDOZO

**ASUNTO: Remito Plan de Autoevaluación para la Acreditación de la Ipress 1-3 Cardozo**

---

Es grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y por medio del presente remito Plan de Autoevaluación para la Acreditaciones la IPRESS 1-3 CARDOZO. Lo que hago de su conocimiento para los fines pertinentes.

Si otro en particular me suscribo de usted no sin antes reiterarle las muestras de mi estimada persona .

Atentamente:

  
Emily Puluche Salas  
OBSTETRA  
C.O.P. 30353



Archivo  
EPS/CALIDAD

**“AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO”**

# **PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN IPRESS 1-3 CARDOZO**



**MR BELEN**

**IQUITOS – PERÚ**

**2023**



## ÍNDICE

- I. INTRODUCCIÓN
- II. JUSTIFICACIÓN
- III. ALCANCE
- IV. BASE LEGAL
- V. OBJETIVOS
- VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN
- VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
- VIII. EQUIPO DE EVALUACIÓN
- IX. ANEXOS





## PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2023 IPRESS 1- 3 CARDOZO

### I. INTRODUCCIÓN:

Uno de los objetivos de Políticas de Salud en el Perú es mejorar el acceso de la población a una Atención Integral de calidad con énfasis en la población más vulnerable siendo en la actualidad una necesidad de los Servicio de Salud el evidenciar que su desempeño es una variable que permanentemente está evolucionando hacia la mejora continua. En ese contexto mejorar la calidad de los servicios de Salud no es una acción del momento, es un proceso permanente. Requiere del compromiso total de los agentes que Intervienen, siendo esta sostenible en el tiempo. En ese sentido, en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud a través de la Dirección de la calidad en Salud, ha desarrollado una propuesta técnica de acreditación de los Servicios de Salud en el Perú, herramienta que permite llevar a cabo la Acreditación de los hospitales del país. comparando el desempeño de la prestación de la salud con una serie de estándares óptimos, promoviendo la mejora continua de los procesos, contribuyendo a garantizar la calidad de atención que se presta en los Establecimientos de Salud

En el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, la acreditación es uno de los procesos más importantes del componente de Garantía y Mejoramiento de la Calidad. En ese sentido, el Ministerio de Salud a través de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, desarrollan una propuesta técnica de Acreditación de Servicios de Salud que tiene sus pilares en un accionar de mejora continua en el corto, mediano y largo plazo.

La Acreditación en Salud es el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Administrativas de Riesgos Laborales y las instituciones.

A partir de su elaboración e implementación, desde hace seis años, la gestión de la calidad ha venido avanzando en la mejorar de los procesos y procedimientos en salud, que busquen la satisfacción de los usuarios, posicionando la calidad en salud como un derecho ciudadano.

### II. JUSTIFICACIÓN:

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 e 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 o social.

En este contexto, la acreditación es un proceso por el cual una entidad es evaluada respecto a la organización de su atención sanitaria para determinar si cumple con una serie de requisitos diseñados para mejorar la calidad de atención. Implica la implementación y evaluación periódica de una serie de estándares previamente definidos, los que han sido agrupados según macroprocesos.

### III. OBJETIVO GENERAL:

- Promover las actividades de autoevaluación para alcanzar la acreditación de La Ipress 1-3 Cardozo Micro Red Belén.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Organizar y planificar el proceso de autoevaluación.
- Realizar el proceso de autoevaluación y evaluar el nivel de cumplimiento de los criterios del listado de estándares de acreditación que corresponden a la Ipress 1-3 Cardozo.
- Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación y
- desarrollar acciones de mejora basados en las debilidades detectadas durante el proceso de autoevaluación

### IV. ALCANCE:

El presente Plan de Autoevaluación es de aplicación para la Ipress 1-3 CARDOZO Micro Red Belén

Nº	CATEGORIA	IPRESS
	1.3	Cardozo

### V. BASE LEGAL:

- Ley N° 26790 – “Ley de Modernización de la Seguridad Social”.
- Ley N° 26842 – “Ley General de Salud”.
- Ley N° 27657 – “ Ley del Ministerio de Salud”.
- Ley N° 27783 – “Ley de Bases de la Descentralización”.
- Ley N° 27783 – “Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.





- Ley N° 27806 – “Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud”.
- Ley N° 27867 – “Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27972 – “Ley Orgánica de Municipalidades”.
- Resolución Ministerial 703 – 2006/MINSA del 26 de julio del 2006.
- NTS N° 050 – MINSA/DGSP – V.01: “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- D.S. N° 023-2005-SA “Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud”.
- D.S. N° 013-2006-SA “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- Resolución Presidencial N° 026-CND-P-2005, que aprueba el “Plan de Transferencia Sectorial del quinquenio 2005-2009”.
- R.M. N° 1263-2004/MINSA “Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud”.
- R.M. N° 519-2006/MINSA aprueba el documento técnico del “Sistema de Gestión de Calidad en Salud”..

## VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:

La Autoevaluación, lo realizará el equipo de evaluadores internos de la Ipress 1-3 Cardozo, quienes aplicaran el listado de estándares según categoría de las IPRESS, mediante, la observación, entrevistas, encuestas, revisión, auditorías, verificación, muestras, visitándose todos los servicios de los diferentes establecimientos de la jurisdicción de la micro red:

1. Conformación del Comité de Acreditación.
2. Conformación del Comité de Evaluadores internos.
3. Reunión para la elaboración del plan.
4. Identificación de macro procesos para cada servicio.
5. Conformación del equipo y responsables por cada macro proceso.
6. Comunican a la instancia superior el inicio de la Autoevaluación.
7. Desarrollo de la auto evaluación.
8. Elaboración del informe final.

En el proceso de autoevaluación se realizarán coordinaciones permanentes con el equipo evaluador y los trabajadores de los diferentes servicios de los establecimientos de salud.



Con el análisis de los resultados de la actividad, obteniendo propuestas de mejora continua. El proceso de autoevaluación se realizará en coordinación permanente con el Equipo evaluador de Ipress, sin interferir con la atención a los usuarios.

Los estándares de acreditación contienen atributos relacionados a los procesos internos y de servicios que brindan las IPRESS 1-3 Cardozo referencias, normativas y criterios de evaluación en función a los macro procesos por categorías de las IPRESS.

El equipo trabajará en estrecha coordinación con la Dirección de Calidad de la GERESA Loreto.

<b>Composición de Listado de Estándares por Categorías</b>			
<b>Categoría</b>	<b>Macro Procesos</b>	<b>Estándares</b>	<b>Criterios</b>
I-1	17	38	113
I-2	17	45	132
I-3	18	52	196
I-4	19	60	254
II-1	20	68	328
II-2	21	72	341
III-1	21	72	342

**RESUMEN DE ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

<b>Nº</b>	<b>Macroprocesos</b>	<b>Estándares</b>	<b>Criterios de Evaluación</b>
1	Direccionamiento	2	11
2	Gestión de Recursos Humanos	4	11
3	Gestión de la Calidad	3	22
4	Manejo de Riesgos de Atención	8	22
5	Emergencia y Desastres	3	21
6	Control de Gestión y Prestación	2	15
7	Asistencia Ambulatoria	4	17
8	Atención Extramural	4	13
9	Atención de Hospitalización	7	26
10	Atención de Emergencia	3	14
11	Atención Quirúrgica	4	24
12	Docencia e Investigación	2	15
13	Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	3	11
14	Admisión y Alta	4	16
15	Referencia y Contrarreferencia	4	13
16	Gestión de Medicamentos	3	15
17	Gestión de Información	3	14
18	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	17
19	Manejo del Riesgo Social	2	6
20	Manejo de Nutrición de Pacientes	2	10
21	Gestión de Insumos y Materiales	2	8
22	Gestión de Equipos e Infraestructura	2	12
	<b>TOTAL</b>	<b>76</b>	<b>361</b>





**Macro procesos que NO aplican según la Categoría y Naturaleza Jurídica de los Establecimientos de Salud**

Nº	Tipo de EESS (Por categorías y naturaleza judicial)	Macro procesos que no aplican
1	I-1	Atención de la Hospitalización Atención Quirúrgica Docencia e Investigación Apoyo Diagnóstico y Tratamiento Manejo de Nutrición de Pacientes
2	I-2	
3	I-3	Atención de Hospitalización Atención Quirúrgica Docencia e Investigación Manejo de Nutrición de Pacientes
4	I-4	Atención Quirúrgica Docencia e Investigación Manejo de Nutrición de Pacientes
5	II-1	Atención Extramural
6	II-2	
7	III-1	
8	Clinicas Privadas	Atención Extramural Docencia de Investigación Manejo de Riesgo Social
9	Hospitales EsSALUD, FFAA y Policiales	Atención Extramural Manejo del Riesgo Social

**VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:**



Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLES	MESES											
			EN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC
1	Elaboración Plan	Resp. Calidad	x											
2	Aprobacion del Plan	Calidad	x											
3	Presentacion difusion Plan	Resp. Calidad	x											
4	Plan incluido PSL	Gerencia	x											
5	Designacion auditores	Gerencia	x											
6	Elaboracion cronograma	Resp. Calidad	x											
7	Difusion cronograma	seso. Calidad	x											
8	Informar inicio autoevaluacion	Resp. Calidad	x						x					
9	Autoevaluacion	Auditores	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
10	Elaboracion de informe	Resp. Calidad							x					x
11	Difusión de resultados	Resp. Calidad							x					x

**VIII. ANEXOS:**

- Conformación del Comité de Acreditación.
- Conformación del Comité de Evaluadores internos.
- Plan de Auditoria
- Identificación de macro procesos para cada servicio.

  
Emily Pulyché Salas  
OBSTETRA  
C.O.P. 30353

“AÑO DE LA UNIDAD , LA PAZ Y EL DESARROLLO”

San Juan, 13 de MARZO del 2023

**OFICIO N° 096 -2023-GRL-DRS-L/30.17.05.04**

Sr.

**MC. JOSE ANTONIO SALINAS MORALES**  
GERENTE REGIONAL DE SALUD.  
GERESA – LORETO

Atención.- DIRECCION DE CALIDAD.  
Geresal-Loreto

Presente.-

Asunto.- ENVIO DE PLAN DE AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS.  
IPRESS I-3 CARDOZO.

**CARGO**

GOBIERNO REGIONAL DEL LOROZO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
TRAMITE N° 004079

13 MAR 2023

Exp. N°: 004079  
Folio: 125  
Fecha: 13/03/23

Es grato dirigirme a Ud. para saludarle cordialmente y al mismo tiempo hacerle llegar EL PLAN DE AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS, conformado por Un Comité de Auditoria Médica y un Comité de Auditoria en Salud.

Se adjunta:

- Memo N°049-2023-GRL-GRS-L/30.17.05.04-Comité de Auditoria Medica
- Memo N°050-2023-GRL-GRS-L/30.17.05.04-Comité de Auditoria en Salud.

Sin otro particular me suscribo de Ud. no sin antes expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

Gobierno Regional de Loreto  
Gerencia Regional de Salud Loreto  
C.D. BRUNO JOSE SALINAS MORALES  
GERENTE

Cc.  
Archivo  
BPR/Am

**ACLAS C.S CARDOZO**  
Calle Quiñones #300 – San Juan Teléfono (065) 266440



**IPRESS: 1-3 CARDOZO**

**PLAN DE AUDITORÍA DE HISTORIAS CLÍNICAS**

**IQUITOS – FEBRERO**

## 1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA ACTIVIDAD

### 1.1. Datos Generales

1. Sede : MICRO RED BEEN
2. Lugar : IPRESS 1-3 CARDOZO
3. Periodo de Ejecución : MARZO – DICIEMBRE
4. Responsable : OBSTA: EMILY PULUCHE SALAS

### 1.2. Descripción de la actividad:

La presente actividad de auditoría, se llevará a cabo en la Ipress 1-3 CARDOZO, en las diferentes áreas que brindan el servicio asistencial (Obstetricia, Enfermería, Psicología, Nutrición, Medicina, Odontología), se auditarán historias clínicas de la atención en todas las áreas ya nombradas. El equipo auditor estará conformado por profesionales Responsables de cada Area de Servicio. La actividad se realizará en 03 días y contará con la presencia de los profesionales. Se procederá a revisar cada una de las historias clínicas identificando vacíos y falta de datos en la atención. Luego se realizará un informe a los involucrados dando las recomendaciones respectivas.

## 2. JUSTIFICACIÓN:

El Ministerio de Salud viene desarrollando diversas actividades relacionadas a la promoción de la calidad de los servicios y auditoría; ello incluye el desarrollo de protocolos y sistemas de supervisión de manuales de visitas domiciliarias y sistemas de auditoría, los cuales son utilizados temporalmente, llegando a institucionalizarse en las direcciones de salud y los establecimientos. La auditoría es definida como el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención medica incluyendo los Procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el uso de recursos y resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente.

La historia clínica es un documento básico que nos permite una recolección ordenada de datos de identidad, síntomas, signos y otros elementos que permitan al médico plantear un diagnóstico clínico, sindrómico o nosológico. El estudio de calidad de llenado de las historias clínicas es una forma de auditoría médica, siendo reconocida como instrumento para la mejora de los estándares de atención, y tener una función educativa para los profesionales de la salud, debiendo ser concebida como un ciclo continuo para la garantía y mejoramiento de la calidad en la práctica profesional. La revisión nos permite promover el acercamiento al uso de protocolos e intervenciones educacionales.

La participación en la auditoría es probablemente la manera más efectiva que permite a médicos y equipos multidisciplinarios de atención en salud monitorizar y mejorar la calidad de atención que brindan a sus pacientes. El presente Plan de auditoría de historias clínicas está dirigido a evaluar la calidad del llenado o registro de datos en las historias clínicas de la consulta externa en atención a la gestante, permitiendo identificar los errores o vacíos frecuentes para el proceso de mejoramiento continuo.

## 3 OBJETIVOS GENERALES, ESPECÍFICOS Y METAS DEL TALLER:

### b) OBJETIVO GENERAL:

- Fortalecer la calidad en la atención en todos los Servicios de Atención, mediante un correcto registro de datos en la historia clínica, cumpliendo los estándares de atención.

### c) OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los errores o vacíos de información existentes en las historias clínicas atendidas.
- Reforzar los conocimientos a los profesionales que brindan atención.

- Mejorar los diagnósticos, terapéutica en la atención de salud de las pacientes.
- Realizar propuestas de mejora continua de acuerdo a los resultados obtenidos, pudiendo ser evaluados el proceso de mejoramiento durante el año en curso.

**d) METAS:**

- Auditar al 30% de historias clínicas de las diferentes áreas de atención (Medicina, Obstetricia, Enfermería, Psicología, Nutrición, etc.) de pacientes nuevos del mes de abril a Julio.
- Constitución del Comité de Auditoría en Salud
- Constitución del Comité de Auditoría Médica

**4. MODALIDAD Y SISTEMÁTICA DE INTERVENCIÓN:**

- Al iniciarse la actividad se realizará la reunión con los responsables de las diferentes áreas, el equipo auditor y los auditados de la Ipress 1-3 Cardozo, darán a conocer los procesos de la auditoría de registro de Historias Clínicas, ya que dicha actividad se realiza trimestral durante el año.
- Posteriormente se realiza la revisión de las Historias Clínicas por el equipo auditor tomándose 5 historias clínicas por servicio.
- Culminada la revisión se realizará la evaluación de los resultados obtenidos y las propuestas de Mejora en el registro.
- Se socializa con el personal auditado dando a conocer los resultados obtenidos, asumiendo compromisos de mejora de acuerdo a las observaciones.
- El personal facilitador apoyará durante el proceso por iniciarse la actividad ya que posteriormente se realizará la revisión de las Historias Clínicas por el equipo auditor.

**5. INSTANCIA, ÓRGANO Y PERSONAS RESPONSABLES:**

a) Instancia: Responsable de Calidad.

b) Órgano y Responsables: Gerencia, Administrador, Comité Auditor

**6. CALENDARIO, CRONOGRAMA Y FECHA DE REALIZACIÓN:**

Descripción	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Presentación del Plan de trabajo	x									
Desarrollo de la actividad	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Presentación del Informe				x			x			x

**7. RESULTADOS ESPERADOS:**

- Historias Clínicas con llenado correcto.
- Historias clínicas mejoradas que cumplan con los criterios establecidos por la estrategia.
- Personal profesional con reforzamiento en el llenado de historias clínicas.

**8. INDICADORES:**

- Profesionales responsables que cumplen con el correcto llenado de historias clínicas en la atención a la gestante nueva y de alto riesgo.
- Auditoría realizada.



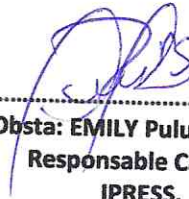
**9. FUENTES DE VERIFICACIÓN:**

- a) Informe de resultados de Auditoría.
- b) Fotografías.
- c) Acta de Compromiso del equipo de auditores y auditados.
- d) Memorándum de comité Auditor



46610489

.....  
**C.D. Brayam William Pezo Rios**  
**Gerente IPRESS**

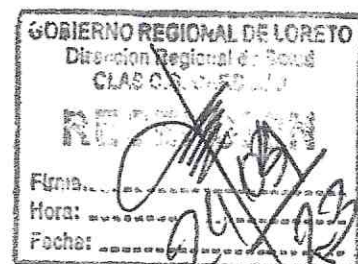


.....  
**Obsta: EMILY Puluche Salas**  
**Responsable Calidad**  
**IPRESS.**

# PLAN DE APLICACIÓN DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN AL USUARIO EXTERNO IPRESS 1-3 CARDOZO

## 1.1. Datos Generales

1. Sede : Iquitos – Ámbito del Proyecto.
2. Lugar : IPRESS 1-3 CARDOZO
3. Periodo de Ejecución : MAYO 2023
4. Responsable : Obsta: Emily Puluche Salas



## 1.2. Descripción de la actividad:

Las Encuestas de Satisfacción al Usuario Externo se desarrollarán según cronograma establecido; previa reunión de coordinación con el jefe del Establecimiento y reunión con el equipo técnico de gestión.- El personal que aplicará las encuestas serán los jefes de áreas de la ipress tomando 10 encuestas por día por el encuestador; posteriormente se procesarán los datos y se realizará un informe final.

## JUSTIFICACIÓN:

La Gestión del cuidado implica un proceso en el cuál el personal de salud moviliza una serie de recursos humanos y del entorno; con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que vive experiencias relacionadas con la alteración de la salud y percibe de manera constante la interacción personal de salud Entorno – Paciente.

La práctica de medir la satisfacción del paciente (Usuario Externo) se ha convertido en un medio de valoración general de los servicios de salud; por ello está verificación debe ser válida y confiable para permitir a partir de ella generalizar los resultados. Los servicios Sanitarios son de calidad cuando carecen de deficiencia y satisfacen las necesidades del Usuario como son: Equidad, Fiabilidad, Efectividad, buen trato, respeto, información continua y confortabilidad.

En el Marco del Sistema de Gestión de la calidad en salud la Dirección Regional de salud (DIRESA LORETO), con apoyo de AECID a través del proyecto: Fortalecimiento Institucional del sector Salud en Loreto – Perú; ha considerado importante la aplicación de Encuestas de Usuario Externo en los establecimientos de salud; con la finalidad de recoger información sobre las percepciones que tienen los pacientes de los prestadores de los servicios de salud; constituye uno de los factores.

El conocimiento y la comprensión del nivel de satisfacción del “Usuario o cliente Externo”, constituye un factor fundamental en la gestión y desarrollo de los ciclos de mejora continua que deberán implementarse a continuación debido a las implicancias que guarda con los temas de comportamiento Organizacional ; cultura de calidad, relaciones interpersonales, que conlleva entre otros aspectos al éxito en la obtención de los resultados de la calidad de la atención en particular de la calidad humana.

## 1. OBJETIVOS GENERALES, ESPECÍFICOS Y METAS DEL TALLER:

### a) OBJETIVO GENERAL:

- Conocer las percepciones de los Usuarios Externos; en relación a los servicios de salud prestados por los usuarios internos en el establecimiento de salud.

### b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Capacitar al Equipo de Encuestadores.
- Aplicar encuestas de satisfacción al Usuario Externo en los establecimientos de salud.

- Capacitar al Equipo de Encuestadores.
- Aplicar encuestas de satisfacción al Usuario Externo en los establecimientos de salud.
- Procesar y Analizarla Información
- Documentar Información.
- Promover proyectos de Mejora Continua.

**c) METAS:**

Aplicación de Encuesta al Usuario Externo.

**3. MODALIDAD Y SISTEMÁTICA DE INTERVENCIÓN:**

La actividad se realizará mediante encuestas a los usuarios externos de la Ipress 1-3 Cardozo .

**4. INSTANCIA, ÓRGANO Y PERSONAS RESPONSABLES:**

**a) Órgano y Responsables:**

**1.- Obsetra: Emily Puluche Salas**  
**Responsable de Gestión de calidad Ipress 1-3 Cardozo**

**5. CALENDARIO, CRONOGRAMA Y FECHA DE REALIZACIÓN:**

Descripción	Inicio
Presentación del Plan de trabajo	26/04/2023
Preparación del taller	29/04/2023
Desarrollo de la Actividad	02/05/2023
Presentación del Informe de taller	15/06/2023

**6. PERSONAL PARTICIPANTE, Encuestadores y Usuarios Externos:**

- a) Encuestadores:**  
 2 Técnicos de Enfermería
- b) Usuarios Externos:**  
 30 Usuarios encuestados.

**7. BENEFICIARIO INVOLUCRADOS**

Usuarios Externos de la Ipress 1-3 Cardozo

**10. RECURSOS NECESARIOS, MATERIALES Y MEDIOS DE APOYO**

- a) Recursos necesarios y materiales.**
- Lapiceros
  - Lápices
  - Papel bond
  - Tablero de Madera
  - Fotocopia
- b) Materiales de apoyo**
- Equipos: de cómputo

**11. RESULTADOS ESPERADOS:**

Establecimiento de Salud priorizado con información sobre la percepción de los Usuario Externos y Sensibilizados en implementar proyectos de mejora continua de calidad, a partir de las brechas identificadas.

  
 Emily Puluche Salas





"AÑO DE LA UNIDAD. LA PAZ Y EL DESARROLLO"

San Juan, 20 de Febrero del 2023.

**MEMO(M) N° 050 - 2023-GRL-GRS-L/30.17.05.04.**

DE : C.D. BRAYAN WILLIAM PEZO RIOS  
GERENTE C.S. CARDOZO

PARA : MC. MARCO JUNIORS PEREZ CURTO  
Lic. Enf. NIDIA DANITZA RUIZ VASQUEZ  
Obst. DAVID ISIDRO CESPEDES  
CD. MARIA EJINETTI DIAZ PEÑA  
Psi. ACELA GUERRA GUIMARAES

Asunto : COMITÉ DE AUDITORIA EN SALUD

Por medio del presente se le hace de su conocimiento que a partir de la fecha formara parte del COMITÉ DE AUDITORIA EN SALUD, teniendo como responsable directo a la encargada de la Estrategia de Calidad. Bajo Responsabilidad.

Sin otro me suscribo de Ud. agradeciendo la atención que brinde a la presente.

Atentamente

M.C. Marco J. Perez Curto  
MEDICO CIRUJANO  
C.M.P. 072355

05231513  
20-2-23

Archivo  
BPR/am

GOBIERNO REGIONAL DE TACNA  
SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD  
C.D. BRAYAN WILLIAM PEZO RIOS  
GERENTE

Handwritten signature  
20/02/23

Licenciada en Enfermería  
C.E.B. N° 9144

Handwritten signature  
20/2/2023



"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

**CARGO**

San Juan, 20 de Febrero del 2023.

**MEMO(M) N° 049 - 2023-GRL-GRS-L/30.17.05.04**

DE : C.D. BRAYAN WILLIAM PEZO RIOS  
GERENTE C.S. CARDOZO

PARA : MC. MARCO JUNIORS PEREZ CURTO  
Lic.Enf. NIDIA DANITZA RUIZ VASQUEZ  
Obst. KAREN ZULEYKA SAAVEDRA OLORTEGUI

Asunto : COMITÉ DE AUDITORIA MEDICA

Por medio del presente se le hace de su conocimiento que a partir de la fecha formara parte del COMITÉ DE AUDITORIA MEDICA, teniendo como responsable directo a la encargada de la Estrategia de Calidad. Bajo Responsabilidad.

Sin otro me suscribo de Ud. agradeciendo la atención que brinde a la presente.

Atentamente

Archivo  
BPR/am

Gobierno Regional de Loreto  
Gerencia Regional de Salud Loreto  
C.D. BRAYAN WILLIAM PEZO RIOS  
GERENTE

*[Handwritten Signature]*  
20/02/23

M.C. Marco J. Perez Curto  
MEDICO CIRUJANO  
C.M.P. 072395

*[Handwritten Signature]*  
Nidia Danitza Ruiz Vasquez  
Especialista en Enfermería  
C.E.P. N° 91548