

## Resolución Directoral

Nº 754.....2022-DIRESA-OGESS-BM/DG

Expediente Nº 023-2022-463591

Tarapoto 31.....de Mayo.....del 2022

Visto: Oficio N° 04372/2022-O.RR.HH-RED SALUD LAMAS-CAPACITACION de fecha 14 de Marzo del 2022, expediente con Numero de Registro 023-2022567401;

### CONSIDERANDO:

Que, mediante el documento del visto, la Directora de la Red de Salud Lamas, remite para el reconocimiento resolutivo del denominado "**PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACION DEL PROCESO DE ACREDITACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE SALUD LAMAS, AÑO 2022**";

Que, el sistema de gestión de la calidad en salud, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, establece que la acreditación es un proceso y pilar importante del componente de la garantía y mejora de la calidad, el cual al implantarse contribuirá en mejorar el desempeño, de tal manera que la atención prestada sea la más efectiva y segura posible;

Que, la evaluación de la calidad consiste en realizar una valoración para establecer las fortalezas y debilidades en la gestión, examinar la calidad de los servicios que brinda y buscar las mejoras posibles de realizar en función de estándares previamente establecidos;

Que, la autoevaluación es el inicio de un conjunto de acciones que cursa por el camino del mejoramiento continuo del proceso y se orienta hacia la acreditación de los establecimientos de salud, siendo imprescindible su desarrollo a efecto de diagnosticar las limitaciones o debilidades que permitan alcanzar un establecimiento que cumpla con estándares de calidad aceptables;

Que, el objetivo del presente plan es garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos que prestan servicios de salud según su nivel de complejidad, cuenten con recursos y capacidades para brindar prestaciones con calidad;

Por las razones expuestas y con la visación del Director de Recursos Humanos, Director de Planificación, Gestión Financiera y Administración, el Responsable de la Oficina de Asesoría Legal, de la Unidad ejecutora N°400, OGESS/BM;

En uso de las atribuciones conferidas mediante Ordenanza Regional N° 023-2018-GRSM/CR que modifica el Reglamento de Organización y Funciones del Gobierno Regional de San Martín, la Resolución Directoral Regional N°137-2018-GRSM/DIRES-SM/OPPS, que aprueba el Manual de Operaciones de las Oficinas de Gestión de Servicios de Salud – OGESS y la resolución Directoral Regional N° 116-2022-GRSM/DIRESA/DG de fecha 01 de Abril 2022, que Encarga a la Directora de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Bajo Mayo;

### SE RESUELVE:

**ARTICULO UNICO.-** Aprobar el "**PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACION DEL PROCESO DE ACREDITACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE SALUD LAMAS, AÑO 2022**", de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Bajo Mayo.....

Regístrese y comuníquese,



DIRESA SAN MARTÍN  
OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD BAJO MAYO

.....  
LIC. ENF. PATRICIA LISETT QUEVEDO PÉREZ  
- DIRECTORA (E)



**"PLAN DE AUTOEVALUACION DEL PROCESO DE  
ACREDITACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD RED  
DE SALUD LAMAS 2022"**



## I. INTRODUCCIÓN:

El sistema de gestión de la calidad en salud aprobado mediante la R: M.N°519-2006/MINSA, establece la Acreditación, como un proceso y pilar importante del componente de la garantía y Mejora de la Calidad, el cual al implantarse contribuirá en mejorar el desempeño, de tal manera que la atención prestada sea la más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario.

El proceso de acreditación se inicia en el país en junio de 1993, cuando el Ministerio de Salud nombra la Comisión Interinstitucional sectorial para la Acreditación de Hospitales. Esta comisión elaboró la Guía y el Manual para la Acreditación de Hospitales que fueron aprobados por Resolución Ministerial el año 1996.

Actualmente la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02, aprobada con R.M.N° 456-2007/MINSA, es la que regula el proceso de acreditación, siendo uno de los primeros pasos para la Autoevaluación que tiene que ser aplicada bajo un plan cumpliendo un conjunto de pautas que permitan avanzar progresivamente y de manera firme hacia este objetivo.

La acreditación en los establecimientos de salud promueve acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de salud. Está basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

El escaso desempeño del proceso de acreditación en nuestro país, fue ocasionado por las propias condiciones del sector salud, por la falta de incentivos económico-financieros y de mercado, por los escasos recursos para impulsar el proceso, el mismo que no garantizaba mayores ventajas comparativas en relación con quienes no acreditaban.

Sin embargo, el reto planteado lo constituye un nuevo proceso de acreditación que se desarrollara 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.

El proceso de acreditación de establecimientos de salud está compuesto por una serie de órganos funcionales con independencia y autonomía administrativa que asume responsabilidades exclusivas y compartidas en relación a la acreditación.

La acreditación se basa en el principio básico de comparar una institución contra una serie de estándares previamente establecidos y que definen los principios generales de lo que se considera el desempeño ideal que debe tener una institución en un momento dado y en unas condiciones específicas. Es así que la Acreditación se puede constituir en un excelente mecanismo para desencadenar procesos de mejoramiento continuo.





## II.- JUSTIFICACION

La evaluación de calidad consiste en realiza una valoración para establecer las fortalezas y debilidades en la gestión, examinar la calidad de los servicios que brinda y buscar las mejoras posibles de realizar en función de estándares previamente establecidos.

La Autoevaluación es inicio de un conjunto de acciones de acciones que cursa por el camino del mejoramiento continuo de proceso y se orienta hacia la acreditación de los establecimientos de salud, siendo imprescindible su desarrollo a efecto de diagnosticar las limitaciones o debilidades que permitan alcanzar un establecimiento que cumpla con estándares de calidad aceptables.

## III.- FINALIDAD

La finalidad, es garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los prestadores de salud cuentan con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, según su nivel de complejidad, contribuyendo así mitigar las fallas atribuibles a los servicios de salud. De esta manera se busca que los prestadores de salud opten por una entrega estandarizada de servicios de salud, que permita una mayor satisfacción de los usuarios y la construcción de una cultura de calidad en salud.

Para tal fin en el marco del Lineamiento de Política del Sector el Ministerio de Salud a través de la R.M N° 456-2017/MINSA, Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de SALUD Y Servicios Médicos de Apoyo mediante NTS N° 050-2007-MINSA/DGSP, brindando las pautas técnicas y Metodológicas para realizar el proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud la misma que está contemplada por la RM N° 270-2009/MINSA, Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo estos documentos tienen por finalidad:

1. Contribuir a garantizar a los usuarios y al Sistema de Salud que los establecimientos de salud o Servicios Médicos de Apoyo cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base de estándares nacionales previamente definidos y,
2. Uniformizar el desarrollo de las evaluaciones en los diferentes establecimientos buscando lograr una mayor objetividad en la aplicación de los criterios de evaluación para cada uno de los macros procesos gerenciales asistenciales y de apoyo en este contexto se elabora el presente Plan para su implementación.

## IV.-OBJETIVOS:

### 2.1 Objetivo General:

Garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos que prestan servicios de salud, según su nivel de complejidad, cuentan con recursos y capacidades para brindar prestaciones con calidad.

### 2.2 Objetivos Específicos:

1. Brindar garantías claras a los usuarios de los servicios de salud que las decisiones clínicas, no clínicas y preventivo-promocionales se manejen con atributos de calidad y se entregan a completa satisfacción de los usuarios, teniendo en cuenta los aspectos de multiculturalidad existentes en el país.



2. Promover una cultura de calidad en todos los establecimientos prestadores de salud del país a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación para la acreditación de establecimientos de salud.
3. Dotar a los usuarios de instrumentos para la comparación entre los diferentes establecimientos de salud.

**V.- BASE LEGAL:**

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud"
- Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud"
- D.S. N° 023-2005-SA, que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud"
- Ley N° 27813, "Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud"
- Ley N° 27867, "Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales"
- Ley N° 27444, "Ley General de Procedimientos Administrativos"
- R.M. N° 768-2001-SA/DM, "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"

**VI.- AMBITO DE APLICACIÓN:**



El presente Plan tiene como ámbito de aplicación en el Hospital II-E Lamas, y Establecimientos de Salud I-4, I-3, I-2 y I-1. A continuación se detalla los establecimientos de salud priorizados por cada Microred de salud según nivel de categorías.

RED DE SALUD	MICRO RED DE SALUD	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CATEGORIA
LAMAS	HOSPITAL LAMAS	H-R LAMAS	II-E
		P.S PAMASHTO	I-2
	TABALOSOS	C.S.TABALOSOS	I-4
		P.S PINTO RECODO	I-1
	PONGO DE CAYNARACHI	C.S PONGO DE CAYNARACHI	I-4
		P.S ALIANZA	I-2
	BARRANQUITA	C.S BARRANQUITA	I-3
		P.S SANTIAGO DE BORJA	I-1
	CUÑUMBUQUE	C.S CUÑUMBUQUE	I-3
		P.S ZÁPATERO	I-1
	PACAYZAPA	C.SPACAYAZAPA	I-3
		P.S BETANIA	I-1

**VII.- ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN:**

Las estrategias para implementar el Plan de Acreditación de los Establecimientos de Salud, son las siguientes:

1. Generar compromisos políticos en el nivel regional y local para la mejora del desempeño de los servicios de salud.
2. Involucrar y motivar al personal en la nueva filosofía, procesos, herramientas y técnicas necesarias para el cambio y la mejora de la calidad.
3. Se priorizara establecimientos de nivel II-2, II-1, II-E, I-4, I-3 para la acreditación.
4. Seguimiento a las Redes y Micro Redes de Salud en las acciones de evaluación de cada fase del proceso de acreditación.

5. Promover la investigación operativa que apoye la toma óptima de decisiones en los servicios, y la planificación de sus actividades para el mejoramiento continuo.
6. Generar una base de datos específica sobre el desempeño de los servicios de salud, la satisfacción de los usuarios entre otros que podrá ser consultada por funcionarios, el sector académico y el público en general.
7. Establecer mecanismos de incentivos para el personal de salud, que recompense el mejor desempeño del establecimiento.
8. Equipo de Acreditación en Redes y micro redes reconocidos (R.D.) con capacidades fortalecidas.
9. Establecimientos de Salud realizan su autoevaluación de los macro procesos que expresan las oportunidades de mejora priorizados en las micro redes.
10. Brindar y alcanzar a los usuarios externos los estándares de calidad para la selección de establecimientos de salud o servicio médico de apoyo, que aspiran por acreditarse.

#### VIII.- DISPOSICIONES GENERALES:

1. El proceso de acreditación comprende dos fases: autoevaluación y evaluación externa.
2. El proceso de acreditación para el primer nivel de atención comprende una Microred.
3. La evaluación para la acreditación se realizara en base a estándares previamente definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional y contenidos en el Listado de estándares de Acreditación.
4. El proceso de acreditación debe ser llevado a cabo con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad para los solicitantes.

#### IX.- PRINCIPIOS:

El proceso de acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo se orientara por los siguientes principios:

- **Universalidad:** La acreditación es un proceso en el cual el total de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben demostrar a la sociedad niveles óptimos de calidad.
- **Unidad:** La acreditación es un proceso único en el país y se maneja por los distintos niveles de Autoridad Sanitaria según competencias y funciones.
- **Gradualidad:** El modelo para la a acreditación debe someterse a ajustes periódicos que expresen una adecuada interrelación entre los diversos agentes del sistema de salud y orientarse hacia niveles mayores de exigencia.
- **Confidencialidad:** La información del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo que tiene acceso el equipo evaluador es de absoluta reserva. Es de dominio público tras la calificación final aprobatoria.

#### X.- DEFINICIONES OPERATIVAS

- **Acreditación:** Proceso de evaluación periódica que tiene el propósito de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud; y que está basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores clave de la atención de la salud.
- **Atención de salud:** La atención de salud se define como el conjunto de servicios que se prestan a la persona, familia y comunidad, así como de las actividades, procedimientos e





intervenciones asistenciales en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

- **Atributos:** Características o propiedades de calidad que identifican al servicio de salud y que permiten caracterizarlo en niveles deseados.
- **Constancia de Acreditación:** Documento emitido por el ente correspondiente, que da fe de que el establecimiento de salud cumple con el nivel predeterminado para brindar una atención en salud de calidad.
- **Criterios de evaluación:** Elementos referenciales que determinan el nivel del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.
- **Establecimientos prestadores de salud:** Aquellos establecimientos públicos o privados, cualquiera sea su denominación y categoría, que realizan actividades de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a promover, mantener o restablecer el estado de salud de las personas, familia y comunidad.
- **Estándar:** Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.
- **Estándar de estructura:** Nivel deseado sobre aspectos organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asignada, asistencial, rehabilitadora o de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- **Estándar de proceso:** Nivel deseado sobre todos los pasos a realizar para desarrollar la labor asistencial, rehabilitadora o de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- **Estándar de resultado:** Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado resultado en salud.
- **Estándares genéricos:** Niveles de desempeño deseado definido de manera amplia, abarcando los diferentes componentes de la prestación.
- **Estándares específicos:** Niveles de desempeño deseado definido de manera concreta sobre aspectos propios de la realidad sanitaria diferenciada por nivel de complejidad, naturaleza jurídica y prioridades territoriales.
- **Eventos adversos:** Lesión, complicación, incidente o un resultado no deseado e inesperado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.
- **Autoevaluación:** Fase inicial del proceso de acreditación, en el cual los establecimientos de salud, que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del manual de estándares y realizan una evaluación interna para determinar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento, culminando en un plan de mejoramiento que facilite a la organización superar sus deficiencias y poder calificar a la segunda fase.
- **Evaluación por pares:** Segunda fase del proceso de acreditación de establecimientos de salud, cuya finalidad es contar con la opinión de evaluadores internos de otros





establecimientos de salud, considerados pares, por su afinidad en la capacidad resolutive y en la naturaleza jurídica, como condición para calificar a la tercera fase. Su importancia viene condicionada por la eliminación del sesgo del auto evaluador, y por la mayor disponibilidad de evaluadores con competencias similares, quienes corroboran o desestiman los resultados de la autoevaluación.

- Evaluación externa especializada: Tercera fase del proceso de acreditación, está orientada a garantizar que las dos fases anteriores fueron realizadas con idoneidad, y por lo tanto, expide o niega la opinión de conformidad según escalas preestablecidas. Es una fase necesaria para acceder a la Resolución Ministerial/Presidencial otorgada por el Ministerio de Salud/Gobiernos Regionales, para lo cual los Evaluadores Externos emiten un informe técnico de carácter institucional.
- Indicador: Instrumento que permite medir un aspecto de la prestación sanitaria y compararlo con un nivel previamente definido.
- Informe Técnico de la Autoevaluación: Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y que sirve para precisar los hallazgos, las recomendaciones, la puntuación y la necesidad de elaboración de planes de inversión y/o proyectos de mejoramiento continuo.
- Informe Técnico de la Evaluación por Pares: Documento que contiene los resultados de la evaluación por pares, que se realiza a partir de la revisión del último informe de autoevaluación, y que sirve para precisar los hallazgos, las recomendaciones, la puntuación y la opinión de la calificación.
- Informe Técnico de la Evaluación Externa Especializada: Documento que contiene los resultados de la evaluación externa especializada, a cargo de evaluadores externos y sirve para precisar los hallazgos, las recomendaciones, la puntuación y la opinión de la calificación para la acreditación.
- Manual de Estándares de Acreditación: Documento técnico que contiene los estándares, atributos relacionados, referencias normativas y criterios de evaluación en función de los macro procesos que se realizan en todo establecimiento prestador de salud y que sirve como instrumento para las evaluaciones.
- Guía del evaluador: Documento técnico que describe la metodología de las diversas fases de evaluación para la aplicación de los criterios de evaluación con la finalidad de garantizar una total objetividad.



## XI-ORGANIZACIÓN PARA LA ACREDITACION

- **Equipos de evaluadores Internos**: Son profesionales de la salud y/o técnicos asistenciales y administrativos. Debe estar compuesto por un mínimo de 5 evaluadores: Evaluadores médicos (2), enfermera (1), evaluadores con experiencia en procesos de apoyo (2).



- **Equipo de Acreditación:** Unidad funcional designado oficialmente, contara con un coordinador elegido por sus miembros.
- **Comisión Nacional Sectorial:** Gestiona el proceso de evaluación externa en el ámbito nacional. MINSA (2), ESSALUD (1), PNP (1 N), Sociedad Civil (1), ACP (1).
- **Comisión Regional Sectorial:** Gestiona el proceso de evaluación externa en el ámbito regional. DIRESA (2), ESASLUD (1), PNP (1), Sociedad Civil (1), ACP (1).
- **Evaluadores Externos:** Son seleccionados por la CNSA y DCS. Conformaran un Listado Único de Evaluadores.
- **Unidad Orgánica de Calidad:** Dirección de Calidad en salud/DIRESAs/DISAS/Red/Microrred/EESS/SMA

## XII.-FASES DE LA ACREDITACION.

- **AUTOEVALUACION:** Inicio del proceso, está a cargo de un equipo de evaluadores internos, el cual se conforma mediante un proceso de selección:
  - a. La fase de autoevaluación se realizara mínimo una vez al año.
  - b. Los establecimientos de salud, públicos y privados podrán realizar la autoevaluación las veces necesarias en un año, con la finalidad de verificar el cumplimiento de las recomendaciones del Informe Técnico de Autoevaluación y lograr el nivel aprobatorio mínimo para poder someterse a una evaluación externa.
- **EVALUACION EXTERNA:** Proceso de evaluación, a cargo de un equipo de evaluadores externos seleccionados, la evaluación externa es de carácter voluntario y deberá ser realizada en plazo no mayor a 12 meses de la última autoevaluación con calificación aprobatoria.



## XIII.- RESULTADOS DE LA EVALUACION:

- Los resultados de la evaluación para la acreditación se calificaran como sigue:
  1. **Acreditado:** Calificación igual o mayor 85% del cumplimiento de los estándares.  
\*Aprueba con el 85%
  2. **No Acreditado:** menos del 85% del cumplimiento de los estándares.  
  
No Aprobado/No Acreditado
    - 70 a 84.9 % a 6 meses nueva evaluación
    - 50 a 69.9 % a 9 meses nueva evaluación
    - Menor 50% autoevaluación.

## XIV.- METODOLOGIA DE EVALUACION

El evaluador trabajara en estrecha coordinación con los coordinadores responsables de programas como evaluados y consecutivos implementadores de los procesos y proyectos de mejora.

Se seguirán los siguientes pasos:

- Identificación de macro procesos para cada servicio
- Conformación del equipo, fecha y responsables de cada macro proceso

- Desarrollo de la Autoevaluación
- Redacción de las debilidades de la organización frente al estándar.
- Definir acciones de mejoramiento para debilidades.
- Calificación de estándar por consenso del equipo evaluador
- Elaboración del Informe final.

#### XV.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

N°	Actividad Presupuestal	Unid. De medida	Programación de Actividades			
			I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM
1	Elaboración del Plan de Acreditación 2021 y aprobación, incluidos los Establecimientos de Salud nivel I-3, I-4 Y Hospital II-E Lamas.	Comité de autoevaluación		1		
2	Conformación de los equipos de autoevaluación	Jefe de Microredes		1		
3	Capacitación a los equipos evaluadores	OGC			1	
4	Elaboración del cronograma de realización de la autoevaluación	Comité de autoevaluación			1	
5	Difusión el cronograma a todas las unidades involucradas	Comité de autoevaluación			1	
6	Autoevaluación	Comité de autoevaluación			1	
7	Elaboración del informe técnico de la autoevaluación	Comité de autoevaluación				1
8	Presentación del informe final a la dirección	Comité de autoevaluación				1
9	Difusión de resultados	Comité de autoevaluación				1
10	Procedimiento de retroalimentación a las jefaturas, coordinadores.	Comité de autoevaluación				1



#### XVI.- RECURSOS E INSTRUMENTOS

- Evaluadores Internos seleccionados y capacitados.
- Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP- SP-V.02 Norma Técnica de salud para la Acreditación de establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Listado de estándares de acreditación de establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo.
- Guía de evaluadores para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- Hoja de registro de datos para la evaluación
- Aplicativo informático para el registro y procesamiento de resultados.

**XVII.- RESPONSABILIDADES:**

El equipo de gestión, los equipos responsables de cada macro procesos, los evaluadores internos y el personal que laboran en los establecimientos de nivel I-3, I-4 y Hospital II-E lama, son responsables del cumplimiento de los dispuesto en el presente Plan.



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

tram: 023-2022 358698  
Lamas, 15 de setiembre del 2022

OFICIO N° 1448 /2022- O. RR-HH-RED-SALUD-LAMAS-CALIDAD

SEÑOR:  
MED. CIRUJ. SERGIO FRANCISCO MORENO AREVALO  
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD SAN MARTIN

MOYOBAMBA. -

ASUNTO : INICIO DE AUTOEVALUACION

ATENCION : COORDINADORA GESTION DE LA CALIDAD-DIRESA-SM

Mediante el presente tengo el agrado de dirigirme a Usted, para saludarle cordialmente y al mismo tiempo Comunicarle el inicio de la autoevaluación de los establecimientos de salud que conforma la red de salud Lamas, adjunto cronograma de autoevaluación:

**CRONOGRAMA DE INICIO Y APLICACIÓN DE LA ENCUESTA SERQUAL.**

IPRESS	CATEGORIA	FECHA DE INICIO
C.S CUÑUMBUQUE	I-3	12-10-2022
P.S ZAPATERO	I-1	13-10-2022
C.S BARRANQUITA	I-3	14-10-2022
P.S SANTIAGO DE BORJA	I-1	15-10-2002
C.S PACAYZAPA	I-3	17-10-2022
P.S BETANIA	I-1	18-10-2022
C.S TABALOSOS	I-4	19-10-2022
P.S PINTO RECODO01-1	I-2	20-10-2022
C.S PONGO DE CAYNARACHI	I-4	21-10-2022
P.S ALIANZA	I-1	24-10-2022
HOSPITAL	II-E	19-10-2022
P.S PAMASHTO	I-2	20-10-2022

Sin otro particular al respecto, propicia es la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



REGION SAN MARTIN  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD

Lic. Est. Mariángela Ludiana Bustamante Tineo  
DIRECTORA RED DE SALUD LAMAS

## Resolución Directoral

N° 1182 2022-DIRESA-OGESS-BM/DG Expediente N° 023-2022800448

Tarapoto 09 de Agosto del 2022

Visto: el Oficio N° 1029-2022-OGESS-BM-DE-RED-SALUD-LAMAS/ORRH de fecha 30 de Junio de 2022; expediente con Numero de Registro 023-2022511757;

### CONSIDERANDO:

Que, mediante Memorando N° 281-J-MRT-2022, de fecha 07 de Junio de 2022, la Jefe de la Micro Red de Salud Tabalosos, comunica la conformación del "EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS PARA LA ACREDITACION 2022, MICRO RED DE SALUD TABALOSOS";

Que, en atención a la referencia anterior, la Directora de la Red de Salud Lamas solicita se proyecte el acto resolutorio reconociendo al "EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS PARA LA ACREDITACION 2022, MICRO RED DE SALUD TABALOSOS";

Que, la evaluación de la calidad consiste en realizar una valoración para establecer las fortalezas y debilidades en la gestión, examinar la calidad de los servicios que brinda y buscar las mejoras posibles de realizar en función de estándares previamente establecidos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 105-2021/MINSA de fecha 28 de Enero del 2021, se aprueba la Directiva Administrativa N° 304-MINSA/2021/DGOS "Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del Cumplimiento de los Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora de los Servicios alcanzados en el año 2021, para la entrega económica establecida en el artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153"

Por las razones expuestas y con la visación del Director de Recursos Humanos, Director de Planificación, Gestión Financiera y Administración, el Responsable de la Oficina de Asesoría Legal, de la Unidad ejecutora N°400, OGESS/BM;

En uso de las atribuciones conferidas mediante Ordenanza Regional N° 023-2018-GRSM/CR que modifica el Reglamento de Organización y Funciones del Gobierno Regional de San Martín, la Resolución Directoral Regional N°137-2018-GRSM/DIRES-SM/OPPS, que aprueba el Manual de Operaciones de las Oficinas de Gestión de Servicios de Salud – OGESS y la Resolución Directoral Regional N° 360-2022-GRSM/DIRESA/DG de fecha 30 de Mayo de 2022, que designa al Director de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Bajo Mayo;

### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO 1°.- APROBAR** la conformación del "EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS PARA LA ACREDITACION 2022, MICRO RED DE SALUD TABALOSOS", Red de Salud Lamas, el mismo que estará integrado por los siguientes miembros:.....

<u>NOMBRES Y APELLIDOS</u>	<u>CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA ENTIDAD</u>
MAGALY RIMARACHIN BECERRA	MEDICO CIRUJANO
JOSHI ANTONY BLAZ LADERA	MEDICO CIRUJANO
MARCELO ALONSO RIOS PEREA	OBSTERA
KATERINE GARCIA DIAZ	LICENCIADA EN ENFERMERIA
ALEX JIM HUAMAN CAMIZAN	CIRUJANO DENTISTA

## Resolución Directoral

Nº 1182 2022-DIRESA-OGESS-BM/DG Expediente Nº 023-2022 800448

Tarapoto 09 de Agosto del 2022



**ARTICULO 2°.-** Los miembros integrantes del presente Equipo, cumplirán sus actividades de acuerdo a lo establecido en la parte considerativa de la presente resolución.....

**ARTICULO 3°.-** Notifíquese la presente resolución a los miembros a que se refiere el artículo 1° del presente acto resolutivo.....

Regístrese y comuníquese.



DIRESA SAN MARTÍN  
OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD BAJO MAYO  
  
M.C. AUGUSTO CHRISTIAN NOLASCO AGUIRRE  
DIRECTOR

## Resolución Directoral

Nº 1186 2022-DIRESA-OGESS-BM/DG

Expediente Nº 023.2022.745573

Tarapoto 09 de Agosto del 2022

Visto: el Oficio N° 892-2022-OGESS-BM-DE-RED-SALUD-LAMAS/CALIDAD de fecha 07 de Junio de 2022; expediente con Numero de Registro 023-2022826375;

### CONSIDERANDO:

Que, mediante documento del visto, la Directora de la Red de Salud Lamas solicita se proyecte el acto resolutivo reconociendo al "EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS PARA LA ACREDITACION 2022, MICRO RED DE SALUD BARRANQUITA";

Que, la evaluación de la calidad consiste en realizar una valoración para establecer las fortalezas y debilidades en la gestión, examinar la calidad de los servicios que brinda y buscar las mejoras posibles de realizar en función de estándares previamente establecidos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 105-2021/MINSA de fecha 28 de Enero del 2021, se aprueba la Directiva Administrativa N° 304-MINSA/2021/DGOS "Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del Cumplimiento de los Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora de los Servicios alcanzados en el año 2021, para la entrega económica establecida en el artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153"

Por las razones expuestas y con la visación del Director de Recursos Humanos, Director de Planificación, Gestión Financiera y Administración, el Responsable de la Oficina de Asesoría Legal, de la Unidad ejecutora N°400, OGESS/BM;

En uso de las atribuciones conferidas mediante Ordenanza Regional N° 023-2018-GRSMCR que modifica el Reglamento de Organización y Funciones del Gobierno Regional de San Martín, la Resolución Directoral Regional N°137-2018-GRSM/DIRES-SM/OPPS, que aprueba el Manual de Operaciones de las Oficinas de Gestión de Servicios de Salud – OGESS y la Resolución Directoral Regional N° 360-2022-GRSM/DIRESADG de fecha 30 de Mayo de 2022, que designa al Director de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Bajo Mayo;

### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO 1°.- APROBAR** la conformación del "EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS PARA LA ACREDITACION 2022, MICRO RED DE SALUD BARRANQUITA", Red de Salud Lamas, el mismo que estará integrado por los siguientes miembros:.....

<u>NOMBRES Y APELLIDOS</u>	<u>CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA ENTIDAD</u>
JESUS ELIAS ATOCHE PONTE	MEDICO CIRUJANO
FABIOLA TORRES PINEDO	LICENCIADO EN ENFERMERIA
CARMEN GARCIA SAAVEDRA	OBSTETRA
MARGUITH CHUMBE SALAS	TECNICO EN ENFERMERIA

**ARTICULO 2°.-** Los miembros integrantes del presente Equipo, cumplirán sus actividades de acuerdo a lo establecido en la parte considerativa de la presente resolución.....

**ARTICULO 3°.-** Notifíquese la presente resolución a los miembros a que se refiere el artículo 1° del presente acto resolutivo.....

Regístrese y comuníquese,



DIRESA SAN MARTÍN  
OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD BAJO MAYO  
*[Signature]*  
M.C. AUGUSTO CRISTIAN NOLASCO AGUIRRE  
DIRECTOR

## Resolución Directoral

Nº 1187.....2022-DIRESA-OGESS-BM/DG Expediente Nº 023-2022820993

Tarapoto 09.....de Agosto.....del 2022

Visto: el Oficio N° 902-2022-OGESS-BM-DE-RED-SALUD-LAMAS/OSEÑOR de fecha 07 de Junio de 2022; expediente con Numero de Registro 023-2022898139;

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante Memorando Múltiple N° 0011-2022-RRHH-II-E-LAMAS, de fecha 20 de Mayo del 2022, el Director del Hospital II-E Lamas, comunica la conformación del "EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DEL HOSPITAL II-E-LAMAS";

Que, en atención a la referencia anterior, la Directora de la Red de Salud Lamas solicita se proyecte el acto resolutorio reconociendo el "EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DEL HOSPITAL II-E-LAMAS"

Que, la evaluación de la calidad consiste en realizar una valoración para establecer las fortalezas y debilidades en la gestión, examinar la calidad de los servicios que brinda y buscar las mejoras posibles de realizar en función de estándares previamente establecidos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 105-2021/MINSA de fecha 28 de Enero del 2021, se aprueba la Directiva Administrativa N° 304-MINSA/2021/DGOS "Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del Cumplimiento de los Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora de los Servicios alcanzados en el año 2021, para la entrega económica establecida en el artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153"

Por las razones expuestas y con la visación del Director de Recursos Humanos, Director de Planificación, Gestión Financiera y Administración, el Responsable de la Oficina de Asesoría Legal, de la Unidad ejecutora N°400, OGESS/BM;

En uso de las atribuciones conferidas mediante Ordenanza Regional N° 023-2018-GRSM/CR que modifica el Reglamento de Organización y Funciones del Gobierno Regional de San Martín, la Resolución Directoral Regional N°137-2018-GRSM/DIRES-SM/OPPS, que aprueba el Manual de Operaciones de las Oficinas de Gestión de Servicios de Salud - OGESS y la Resolución Directoral Regional N° 360-2022-GRSM/DIRESA/DG de fecha 30 de Mayo de 2022, que designa al Director de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Bajo Mayo;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.- APROBAR** la conformación del "EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DEL HOSPITAL II-E-LAMAS", el mismo que estará integrado por los siguientes miembros:.....

<u>NOMBRES Y APELLIDOS</u>	<u>CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA ENTIDAD</u>
WILLIAM PACHECO LEZAMA	MEDICO PSIQUIATRA
GINO ANTONY RODRIGUEZ LOPEZ	MEDICO CIRUJANO
CARLOS ANDRES RAVAROCCHI QUIROZ	QUIMICO FARMACEUTICO
MARILU CALBIN SAAVEDRA	OBSTETRA
CHRISTIAN PINEDO HIDALGO	LICENCIADA EN ENFERMERIA



## Resolución Directoral

Nº 1187 2022-DIRESA-OGESS-BM/DG

Expediente Nº 023-2022-8-20993

Tarapoto 09 de Agosto del 2022

ROCIO DEL CARMEN SAAVEDRA PANDURO

TECNICO EN ENFERMERIA

LUPE REATEGUI RAMIREZ

TECNICO EN ENFERMERIA



**ARTICULO 2°.-** Los miembros integrantes del presente Equipo, cumplirán sus actividades de acuerdo a lo establecido en la parte considerativa de la presente resolución.....

**ARTICULO 3°.-** Notifíquese la presente resolución a los miembros a que se refiere el artículo 1° del presente acto resolutivo.....

Regístrese y comuníquese.



**DIRESA SAN MARTIN**  
OFICINA DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD BAJO MAYO  
**M.C. AUGUSTO CHRISTIAN NOLASCO AGUIRRE**  
DIRECTOR

*Resolución Directoral*

Nº 1189 2022-DIRESA-OGESS-BM/DG

Expediente Nº 023-2022066998

Tarapoto 09 de Agosto del 2022

Visto; el Oficio N° 892-2022-OGESS-BM-DE-RED-SALUD-LAMAS/CALIDAD de fecha 07 de Junio de 2022; expediente con Numero de Registro 023-2022826375;

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante documento del visto, la Directora de la Red de Salud Lamas solicita se proyecte el acto resolutivo reconociendo al "EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS PARA LA ACREDITACION 2022, MICRO RED DE SALUD PACAYZAPA";

Que, la evaluación de la calidad consiste en realizar una valoración para establecer las fortalezas y debilidades en la gestión, examinar la calidad de los servicios que brinda y buscar las mejoras posibles de realizar en función de estándares previamente establecidos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 105-2021/MINSA de fecha 28 de Enero del 2021, se aprueba la Directiva Administrativa N° 304-MINSA/2021/DGOS "Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del Cumplimiento de los Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora de los Servicios alcanzados en el año 2021, para la entrega económica establecida en el artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153"

Por las razones expuestas y con la visación del Director de Recursos Humanos, Director de Planificación, Gestión Financiera y Administración, el Responsable de la Oficina de Asesoría Legal, de la Unidad ejecutora N°400, OGESS/BM;

En uso de las atribuciones conferidas mediante Ordenanza Regional N° 023-2018-GRSM/CR que modifica el Reglamento de Organización y Funciones del Gobierno Regional de San Martín, la Resolución Directoral Regional N°137-2018-GRSM/DIRES-SM/OPPS, que aprueba el Manual de Operaciones de las Oficinas de Gestión de Servicios de Salud – OGESS y la Resolución Directoral Regional N° 360-2022-GRSM/DIRESADG de fecha 30 de Mayo de 2022, que designa al Director de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Bajo Mayo;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.- APROBAR** la conformación del "EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS PARA LA ACREDITACION 2022, MICRO RED DE SALUD PACAYZAPA", Red de Salud Lamas, el mismo que estará integrado por los siguientes miembros:.....

<u>NOMBRES Y APELLIDOS</u>	<u>CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA ENTIDAD</u>
LICY TELLO GARCIA	LICENCIADA EN ENFERMERIA
CONSUELO DELGADO CARRANZA	TECNICO EN ENFERMERIA
ANA MARIA FASABI RODRIGUEZ	OBSTETRA
EVER DEL CASTILLO TENORIO	TECNICO EN ENFERMERIA

**ARTICULO 2°.-** Los miembros integrantes del presente Equipo, cumplirán sus actividades de acuerdo a lo establecido en la parte considerativa de la presente resolución.....

**ARTICULO 3°.-** Notifíquese la presente resolución a los miembros a que se refiere el artículo 1° del presente acto resolutivo.....

Regístrese y comuníquese,



DIRESA SAN MARTIN  
OFICINA DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD BAJO MAYO  
M.C. AUGUSTO CHRISTIAN NOLASCO AGUIRRE  
DIRECTOR

*Resolución Directoral*

Nº 1190 2022-DIRESA-OGESS-BM/DG Expediente Nº 023-2022 450323  
 Tarapoto 09 de Agosto del 2022

Visto: el Oficio N° 892-2022-OGESS-BM-DE-RED-SALUD-LAMAS/CALIDAD de fecha 07 de Junio de 2022; expediente con Numero de Registro 023-2022826375;

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante documento del visto, la Directora de la Red de Salud Lamas solicita se proyecte el acto resolutorio reconociendo al "EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS PARA LA ACREDITACION 2022, MICRO RED DE SALUD PONGO DE CAYNARACHI";

Que, la evaluación de la calidad consiste en realizar una valoración para establecer las fortalezas y debilidades en la gestión, examinar la calidad de los servicios que brinda y buscar las mejoras posibles de realizar en función de estándares previamente establecidos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 105-2021/MINSA de fecha 28 de Enero del 2021, se aprueba la Directiva Administrativa N° 304-MINSA/2021/DGOS "Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del Cumplimiento de los Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora de los Servicios alcanzados en el año 2021, para la entrega económica establecida en el artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153"

Por las razones expuestas y con la visación del Director de Recursos Humanos, Director de Planificación, Gestión Financiera y Administración, el Responsable de la Oficina de Asesoría Legal, de la Unidad ejecutora N°400, OGESS/BM;

En uso de las atribuciones conferidas mediante Ordenanza Regional N° 023-2018-GRSM/CR que modifica el Reglamento de Organización y Funciones del Gobierno Regional de San Martín, la Resolución Directoral Regional N°137-2018-GRSM/DIRES-SM/OPPS, que aprueba el Manual de Operaciones de las Oficinas de Gestión de Servicios de Salud – OGESS y la Resolución Directoral Regional N° 360-2022-GRSM/DIRESADG de fecha 30 de Mayo de 2022, que designa al Director de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Bajo Mayo;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.- APROBAR** la conformación del "EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS PARA LA ACREDITACION 2022, MICRO RED DE SALUD PONGO DE CAYNARACHI, de Salud Lamas, el mismo que estará integrado por los siguientes miembros:.....

<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA ENTIDAD</b>
EDWIN RAYMUNDO PERALTA UGARTE	MEDICO CIRUJANO
JILBER VIENA GUERRA	OBSTETRA
ISIS SUSANA DIAZ MOZO	LICENCIADA EN ENFERMERIA
SAUL SANCHEZ SAAVEDRA	TECNICO EN LABORATORIO

**ARTICULO 2°.-** Los miembros integrantes del presente Equipo, cumplirán sus actividades de acuerdo a lo establecido en la parte considerativa de la presente resolución.....

**ARTICULO 3°.-** Notifíquese la presente resolución a los miembros a que se refiere el artículo 1° del presente acto resolutorio.....

Regístrese y comuníquese,

  
 DIRECCION GENERAL  
 OFICINA DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD BAJO MAYO  
 M.C. AUGUSTO CHRISTIAN NOLASCO AGUIRRE  
 DIRECTOR

## Resolución Directoral

Nº 1185 2022-DIRESA-OGESS-BM/DG Expediente Nº 023-2022 018069  
Tarapoto 09 de Agosto del 2022

**Visto:** el Oficio Nº 892-2022-OGESS-BM-DE-RED-SALUD-LAMAS/CALIDAD de fecha 07 de Junio de 2022; expediente con Numero de Registro 023-2022826375;

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante documento del visto, la Directora de la Red de Salud Lamas solicita se proyecte el acto resolutorio reconociendo al "EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS PARA LA ACREDITACION 2022, MICRO RED DE SALUD CUÑUMBUQUE";

Que, la evaluación de la calidad consiste en realizar una valoración para establecer las fortalezas y debilidades en la gestión, examinar la calidad de los servicios que brinda y buscar las mejoras posibles de realizar en función de estándares previamente establecidos;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 105-2021/MINSA de fecha 28 de Enero del 2021, se aprueba la Directiva Administrativa Nº 304-MINSA/2021/DGOS "Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del Cumplimiento de los Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora de los Servicios alcanzados en el año 2021, para la entrega económica establecida en el artículo 15° del Decreto Legislativo Nº 1153"

Por las razones expuestas y con la visación del Director de Recursos Humanos, Director de Planificación, Gestión Financiera y Administración, el Responsable de la Oficina de Asesoría Legal, de la Unidad ejecutora Nº400, OGESS/BM;

En uso de las atribuciones conferidas mediante Ordenanza Regional Nº 023-2018-GRSM/CR que modifica el Reglamento de Organización y Funciones del Gobierno Regional de San Martín, la Resolución Directoral Regional Nº137-2018-GRSM/DIRES-SM/OPPS, que aprueba el Manual de Operaciones de las Oficinas de Gestión de Servicios de Salud – OGESS y la Resolución Directoral Regional Nº 360-2022-GRSM/DIRESA/DG de fecha 30 de Mayo de 2022, que designa al Director de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Bajo Mayo;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.- APROBAR** la conformación del "EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS PARA LA ACREDITACION 2022, MICRO RED DE SALUD CUÑUMBUQUE", Red de Salud Lamas, el mismo que estará integrado por los siguientes miembros:.....

<u>NOMBRES Y APELLIDOS</u>	<u>CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA ENTIDAD</u>
PAOLA MARIZEL ROJAS MARIN	OBSTETRA
AURIALIZ AMASIFUEN SANCHEZ	MEDICO CIRUJANO
CLAIRE AREVALO PIÑA	OBSTETRA
ROSARIO CAJAHUANCA HUAMAN	LICENCIADA EN ENFERMERIA
CARLOS CRUZ GARCIA MACEDO	TECNICO EN ENFERMERIA

**ARTICULO 2°.-** Los miembros integrantes del presente Equipo, cumplirán sus actividades de acuerdo a lo establecido en la parte considerativa de la presente resolución.....

**ARTICULO 3°.-** Notifíquese la presente resolución a los miembros a que se refiere el artículo 1° del presente acto resolutorio.....

Regístrese y comuníquese,



DIRESA SAN MARTÍN  
OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD BAJO MAYO  
M.C. AUGUSTO CHRISTIAN NOLASCO AGUIRRE  
DIRECTOR

*Resolución Directoral*

Nº 1278.....2022-DIRESA-OGESS-BM/DG Expediente Nº 023-2022-724995  
Tarapoto 17 de Agosto del 2022

Visto; el Oficio N° 892-2022-OGESS-BM-DE-RED-SALUD-LAMAS/CALIDAD de fecha 07 de Junio de 2022; expediente con Numero de Registro 023-2022826375;

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante documento del visto, la Directora de la Red de Salud Lamas solicita se proyecte el acto resolutive reconociendo al **"EQUIPO DE ACREDITACION 2022 DE LA RED DE SALUD LAMAS"**;

Que, la evaluación de la calidad consiste en realizar una valoración para establecer las fortalezas y debilidades en la gestión, examinar la calidad de los servicios que brinda y buscar las mejoras posibles de realizar en función de estándares previamente establecidos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 105-2021/MINSA de fecha 28 de Enero del 2021, se aprueba la Directiva Administrativa N° 304-MINSA/2021/DGOS "Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del Cumplimiento de los Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora de los Servicios alcanzados en el año 2021, para la entrega económica establecida en el artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153"

Por las razones expuestas y con la visación del Director de Recursos Humanos, Director de Planificación, Gestión Financiera y Administración, el Responsable de la Oficina de Asesoría Legal, de la Unidad ejecutora N°400, OGESS/BM;

En uso de las atribuciones conferidas mediante Ordenanza Regional N° 023-2018-GRSM/CR que modifica el Reglamento de Organización y Funciones del Gobierno Regional de San Martín, la Resolución Directoral Regional N°137-2018-GRSM/DIRES-SM/OPPS, que aprueba el Manual de Operaciones de las Oficinas de Gestión de Servicios de Salud – OGESS y la Resolución Directoral Regional N° 360-2022-GRSM/DIRESADG de fecha 30 de Mayo de 2022, que designa al Director de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Bajo Mayo;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.- APROBAR** la conformación del **"EQUIPO DE ACREDITACION 2022 DE LA RED DE SALUD LAMAS"**, el mismo que estará integrado por los siguientes miembros:.....

<u>NOMBRES Y APELLIDOS</u>	<u>CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA ENTIDAD</u>
ANGELA ASUNCION AREVALO AREVALO	LICENCIADA EN NUTRICION
JHESSEE GHEY REATEGUI FLORES	OBSTETRA
ANA CECILIA AREVALO DEL AGUILA	LICENCIADA EN ENFERMERIA
MANUELA RODRIGUEZ DAVILA	OBSTETRA
ELI INGA SINARAHUA	TECNICO EN ENFERMERIA

**ARTICULO 2°.-** Los miembros integrantes del presente Equipo, cumplirán sus actividades de acuerdo a lo establecido en la parte considerativa de la presente resolución.....

**ARTICULO 3°.-** Notifíquese la presente resolución a los miembros a que se refiere el artículo 1° del presente acto resolutive.....

Regístrese y comuníquese,



**DIRESA SAN MARTÍN**  
OFICINA DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD BAJO MAYO  
.....  
**M.C. AUGUSTO CHRISTIAN NOLASCO AGUIRRE**  
**DIRECTOR**