



INFORME N° 247 -2025-GRH-GRDS-DIRESA-HHVM/OEGC-RPCP

A : Méd. Annie Giovanna IBAZETA VALDIVIESO
Directora Ejecutiva del Hospital Regional Hermilio Valdizán

DE : Lic. Enf. Rocio del Pilar CRESPO PERAUNA
Jefa de la Oficina Ejecutiva de Gestión de la Calidad

ASUNTO : Remito Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2025

ATENCIÓN : Dirección Regional de Salud Huánuco – Coordinadora de Gestión de la Calidad

FECHA : Huánuco, 11 de abril del 2025

Es grato dirigirme a Ud. para saludarla cordialmente y a la vez remitir a su despacho el Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2025, aprobado mediante R.D. N° 320-2025-HRHVM-DE-DA-UP, el cual tiene por objetivo desarrollar el proceso de evaluación interna, mediante la aplicación de metodologías y criterios establecidos y conocer el grado de cumplimiento de los estándares de acreditación, de acuerdo a la R.M. N° 270-2009/MINSA, que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

Asimismo, dicho plan es en cumplimiento del Criterio 1 del Compromiso de Mejora de la Ficha Técnica N° 46: Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de Calidad en la atención de salud, el cual fue debidamente publicado en nuestra web institucional el 11 de abril del presente año, pudiendo acceder a él a través del siguiente link: <https://hrhvm.gob.pe/>

En ese sentido, solicito a su despacho se sirva remitir con documento oficial el Plan de Autoevaluación 2025 a la DIRESA Huánuco – Coordinadora de Gestión de la Calidad en Salud, para su conocimiento y fines pertinentes.

Adjunto:

- RD y Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2025, donde se anexan las RD de Conformación del Equipo de Evaluadores Internos y Equipo de Acreditación 2025
- Matriz Consolidado Fase de Autoevaluación 2025 – PAES
- Matriz de cumplimiento u Hoja de chequeo de autoevaluación
- Captura de pantalla de publicación de documentos a la página web institucional

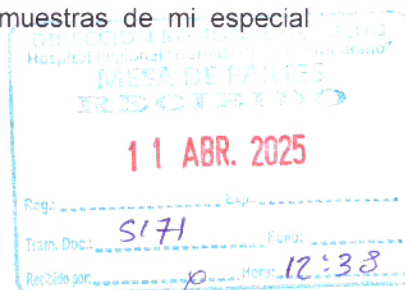
Sin otro en particular me suscribo de Usted, manifestándole las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL HUANUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano" Nivel II-2

Lic. Enf. Rocio Del Pilar Crespo Perauna
JEFE DE LA OFICINA EJECUTIVA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
C.E.P. 51400

RPCP/JPCA
Hco. 11.04.25
C.c. Archivo



Sistema Gestión Digital	
Registro	5784368
Expediente	3429563
Folios	21



Resolución Directoral

Huánuco, 10 de abril

del 2025

VISTO:

El Memorándum N° 498-2025-GRH-GRDS-DIRESA-HRHVM-DE, de fecha 04 de abril de 2025; la Dirección Ejecutiva autoriza proyectar la Resolución Directoral para la aprobación del Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano" de Huánuco, para el Ejercicio Presupuestal del año 2025;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar, de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007-MINSA, se aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGFSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o Servicios Médicos de Apoyo, según sea su nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprobó la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de apoyo", teniendo como objetivo "Promocionar elementos metodológicos para uniformizar los procedimientos para la autoevaluación y evaluación externa;

Que, mediante Decreto Supremo N° 022-2024-SA, se estableció criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2025 para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado, la misma que en su Ficha Técnica N° 46 Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de Calidad en la atención de salud, contiene el ítem cálculo de porcentaje de cumplimiento, Criterio 1: Los establecimientos de salud, cuentan con Plan de Autoevaluación 2025, según esquema establecido en la Guía Técnica del Evaluador, aprobado con Acto Resolutivo o documento Oficial;

Que, mediante Informe N° 203-2025-GRH-GRDS-DIRESA-HHVM/OEGC-RPCP, de fecha 01 de abril de 2025, emitido por la Jefe de la Oficina Ejecutiva de Gestión de la Calidad, se presenta el documento técnico "Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2025, elaborado por el Equipo de Evaluadores Internos Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano, reconocido mediante R.D. N° 271-2025-HRHVM-DE-DA-UP; y de acuerdo a los criterios a cumplirse del compromiso de mejora Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de Calidad en la atención de salud, para el presente año, solicita a la Dirección Ejecutiva la aprobación del Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano" de Huánuco, para el periodo 2025;

Que mediante Ordenanza Regional N° 016-2015-CR-GRH, aprueban las Modificaciones del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano" de Huánuco, artículo 9°, literal e) faculta al Director Ejecutivo a expedir Resoluciones Directorales sobre asuntos de su competencia, Ley N° 27444 del Procedimiento Administrativo General y su texto único ordenado (TUO), aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, Ley N° 31638, Ley N° 32185, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año 2025;

...///





Resolución Directoral

Huánuco, 10 de abril

del 2025

///...

A lo dispuesto por el Director Ejecutivo del Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano" de Huánuco, a propuesta de la Oficina Ejecutiva de Gestión de la Calidad, con el V°B° del Jefe de la Oficina Ejecutiva de Administración, el Jefe de la Unidad de Personal y de la Oficina Ejecutiva de Asesoría Jurídica;



SE RESUELVE:

- Artículo 1°** APROBAR el PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN del Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano" de Huánuco para el periodo 2025, por las consideraciones expuestas y que consta de (13) páginas que, en anexo adjunto, forman parte de la presente Resolución.
- Artículo 2°** ENCARGAR a la Oficina Ejecutiva de Gestión de la Calidad y al Equipo de Evaluadores Internos 2025, el monitoreo, seguimiento, ejecución y evaluación en el cumplimiento de la aplicación del presente documento normativo.
- Artículo 3°** DISPONER a la Unidad de Estadística e Informática efectúe la publicación de la presente resolución en la página web institucional.
- Artículo 4°** TRANSCRIBIR la presente Resolución al Gobierno Regional Huánuco, Dirección Regional de Salud, Interesados y demás unidades orgánicas para su conocimiento y fines que estime conveniente.



REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE;

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano" Nive. II-Z
Med. Annie Giovanna Ibazeta Valdivieso
CMP 080385
DIRECTOR EJECUTIVO



**HOSPITAL REGIONAL
“HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO”
DE HUÁNUCO**

**OFICINA EJECUTIVA DE
GESTIÓN DE LA CALIDAD**

**EQUIPO DE
EVALUADORES INTERNOS**

**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA
LA ACREDITACIÓN 2025**



**HUÁNUCO – PERÚ
2025**

INDICE

- I. INTRODUCCION
- II. JUSTIFICACIÓN
- III. OBJETIVOS
 - 3.1. GENERAL
 - 3.2. ESPECÍFICOS
- IV. ALCANCE
- V. BASE LEGAL
- VI. METODOLOGIA DE EVALUACIÓN
- VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN A Y B
- VIII. EQUIPO DE EVALUACIÓN
- IX. ANEXOS



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO 2025

I. INTRODUCCIÓN.

El Sistema de Gestión de la calidad en Salud aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, establece la Acreditación, como un proceso y pilar importante del componente de la Garantía y Mejora de la calidad; su implementación contribuye a mejorar el desempeño institucional, de manera que la atención prestada sea efectiva, eficaz y orientada siempre a la seguridad y satisfacción del usuario.

La Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02, aprobada con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, regula el proceso de acreditación, siendo uno de los primeros pasos la Autoevaluación, la cual tiene que ser aplicada bajo un plan, cumpliendo un conjunto de pautas que permitan avanzar progresivamente y de manera firme para el logro de los objetivos.

El proceso de acreditación es único, y sus estándares son diferenciados, de aplicación única y específica a nivel nacional y regional, teniendo como propósito promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención. La fase inicial de este proceso es la autoevaluación. Asimismo, se conformó un Equipo de Evaluadores Internos, quienes harán uso del listado de Estándares de Acreditación para realizar la evaluación interna, a fin de determinar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento, que facilite al hospital superar sus deficiencias a través de un plan de mejoramiento.

En este marco, el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano (HRHVM), ha conformado oficialmente sus Equipos de trabajo: Equipo de Acreditación 2025 y Equipo de Evaluadores Internos 2025. Este último ha elaborado el presente Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2025 y direcciona los procesos a seguir en cumplimiento de la Norma Técnica de Acreditación, Manual de Estándares de Acreditación y Guía del Evaluador, socializando las herramientas para la obtención de datos. En el año 2024, se obtuvo como resultado de la ejecución del proceso de autoevaluación, el 68% en el cumplimiento de los estándares de acreditación.

II. JUSTIFICACIÓN

La Autoevaluación es inicio de un conjunto de acciones que cursa por el camino del mejoramiento continuo de proceso y se orienta hacia la acreditación, siendo imprescindible su desarrollo a efecto de diagnosticar las limitaciones o debilidades que permitan alcanzar que un establecimiento cumpla con estándares de calidad aceptables. La NTS está diseñada en el marco de la descentralización de la salud, aseguramiento universal y categorización de IPRESS, para efectivizar el proceso y mejorar la calidad de los servicios, recursos y tecnología a través de la generación de una cultura de calidad, sensible a las necesidades de los usuarios externos e internos.

En este contexto, la implementación de la norma es relevante, para seguir el camino a la recategorización del hospital, mejorar el desempeño y brindar atención general especializada y garantizar la seguridad del paciente con niveles óptimos de aceptabilidad de parte de los prestadores, y garantizar los recursos para la prestación de servicios.

El proceso de acreditación abarca a todos los niveles de complejidad. Asimismo, la acreditación busca estandarizar las condiciones de entrega de la prestación de la salud. El HRHVM en estos dos últimos años ha implementado experiencias que han abordado el tema de mejora de la calidad en los servicios de salud en el contexto de la pandemia, el traslado a la nueva infraestructura del hospital ha generado cambios sustanciales, sin embargo aún se observa limitaciones en la implementación de procesos en el marco de gestión de calidad, que permita un cambio significativo en la satisfacción de los usuarios y la capacidad de respuesta como hospital referencial de



la región Huánuco y regiones aledañas, como desarrollo de una gestión hospitalaria moderna basado en la calidad, la acreditación es una herramienta para la mejora institucional, que genera una respuesta positiva del reconocimiento a la gestión de calidad.

El presente documento responde expresamente al proceso de autoevaluación para la acreditación, camino a la recategorización en respuesta a las necesidades institucionales como de los usuarios, de mejorar la calidad de atención en el Hospital.

III. OBJETIVOS

3.1. General

Desarrollar el proceso de Autoevaluación para la Acreditación, mediante la aplicación de metodologías y criterios establecidos según la norma correspondiente y conocer el grado de cumplimiento de los estándares de acreditación para el año 2025 del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.

3.2. Específicos

- Priorizar los macroprocesos del Listado de Estándares Nacionales para fortalecer a los órganos a través de la identificación y socialización de los problemas y necesidad que conllevarán a la elaboración de los Planes de Mejora para la acreditación.
- Fortalecer las capacidades de los evaluadores internos en acreditación.
- Continuar con la autoevaluación, primera fase y punto de partida para la acreditación.
- Aplicar la Guía de Categorización (NTS N° 021-2011-MINSA).
- Emitir el informe y las recomendaciones para ser abordados con un proyecto o plan de mejoramiento.
- Conocer el grado de cumplimiento de los estándares correspondientes a los 21 macroprocesos.

IV. ALCANCE

El alcance de la aplicación del Manual de Estándares de Acreditación abarca a todos los servicios que ejercen alguna función contenida en los macroprocesos. Se aplicará el instrumento de autoevaluación y categorización.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, "Ley general de Salud" y sus modificaciones.
- Ley N° 27657, "Ley 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° 27815, "Ley del Código de Ética de la Función Pública".
- Ley N° 27658, "Ley de Modernización de la Gestión del Estado".
- Ley N° 27444, "Ley General de Procedimientos Administrativos".
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad"
- R.M N° 527-2011/MINSA. Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios médicos de apoyo.
- R.M. N° 727-2009/MINSA "Política Nacional de Calidad en Salud.
- R.M. N° 519-2006/MINSA DT "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- R.M. N° 703-2006/ MINSA "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de



- Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo".
Resolución Ministerial N° 456-2007/ MINSA, aprueba la NTS N° 050-INSA/DGSP-V.02.

VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

La autoevaluación se realizará a partir del mes de agosto del presente año, verificando y adaptando los criterios técnicos a la realidad actual del Hospital Regional Hermilio Valdizán. El equipo evaluador interno trabajará en estrecha coordinación con la Oficina Ejecutiva de Gestión de la Calidad, jefaturas de Departamentos, Servicios y Unidades orgánicas, coordinadores responsables de programas los estratégicos y el comité de mejora continua para la implementación de procesos, planes y proyectos de mejora.

Se seguirán los siguientes pasos:

1. Comunicación de inicio y duración de la autoevaluación a la DIRESA Huánuco.
2. Identificación de macro procesos y criterios para cada servicio
3. Designación de responsables y fechas de evaluación por cada macro proceso.
4. Desarrollo de la autoevaluación.
5. Análisis de las debilidades de la organización frente al estándar.
6. Definir acciones de mejoramiento para las debilidades.
7. Calificación de estándar por consenso del equipo evaluador
8. Elaboración del informe final.
9. Seguimiento de la implementación de las recomendaciones.

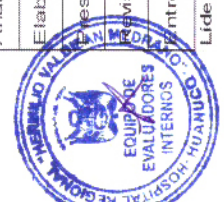
Los procesos que no logren el 85% de cumplimiento, se les brindara apoyo y asesoría para identificar los problemas y necesidades que con llevaran a la elaboración de Proyectos de Mejora, el mismo que será socializado con las recomendaciones brindadas, se entregara las observaciones y correcciones a los jefes de departamento, servicios y oficinas del Hospital, para contribuir a la elaboración de proyectos de Mejora.

VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN – A

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	ABRIL							AGOSTO																SEPTIEMBRE							
		1	2	3	4	7	8		4	5	6	7	8	11	12	13	14	15	18	19	20	21	22	25	26	27	28	29	1	2	3	4
Reuniones del equipo evaluador para elaboración del Plan y designación del evaluador líder	Equipo de Evaluadores Internos / OEGC	X																														
Designación de responsables por cada macroproceso	Equipo de Evaluadores Internos / OEGC	X																														
Presentación del Plan a la Dirección	Equipo de Evaluadores Internos / OEGC			X																												
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del Listado de Estándares de Acreditación	Equipo de Evaluadores Internos / OEGC						X																									
Presentación del Plan a Jefes de departamentos, servicios, unidades y oficinas	Equipo de Evaluadores Internos / OEGC						X																									
Macroprocesos																																
Direccionamiento	Enf. Rocio Crespo							X																								
Gestión de Recursos Humanos	Enf. Rocio Crespo							X																								
Gestión de la Calidad	Enf. Alejandrina Ramirez								X																							
Manejo del Riesgo de la Atención	Enf. Maria E. Medina								X																							
Emergencias y Desastres	CD. Marcela Ortega									X																						
Control de la Gestión y Prestación	Nut. Evelyn Encinas											X																				
Atención Ambulatoria	Enf. Antonio Herrera												X																			
Atención de Hospitalización	Enf. Rocio Crespo									X																						
Atención de Emergencias	CD. Marcela Ortega													X																		
Atención Quirúrgica	Enf. Isabel Pacheco															X																
Docencia e Investigación	Enf. Elva Chuquityauri																X															
Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	CD. Juan Gayoso																	X														
Admisión y Alta	Obst. Melsy Allaga																		X													
Referencia y Contrareferencia	Asist. Rossana Velez										X																					
Gestión de Medicamentos	Psic. Rossana Chávez																				X											
Gestión de la Información	Psic. Lizeth Martín																			X												
Esterilización, Lavandería y Limpieza	Enf. Diza Berrios																						X									
Manejo del Riesgo Social	Enf. Ricardo Lucano																							X								
Manejo de Nutrición de pacientes	Enf. Rocio Crespo																							X								
Gestión de Insumos y Materiales	Q.F. Deyi Zanabria																								X							
Gestión de Equipos e Infraestructura	TM Lucy Mendoza																						X									
Procesamiento de datos	Oficina Ejecutiva de Gestión de la Calidad																									X						
Análisis de Resultados	Oficina Ejecutiva de Gestión de la Calidad																										X					
Elaboración del Informe Preliminar	Oficina Ejecutiva de Gestión de la Calidad																											X				
Presentación del Informe Preliminar	Oficina Ejecutiva de Gestión de la Calidad																												X			
Revisión y corrección del Informe	Oficina Ejecutiva de Gestión de la Calidad																													X		
Entrega del Informe Técnico	Oficina Ejecutiva de Gestión de la Calidad																														X	



Líder del Equipo de Evaluadores: Lic. Enf. Ika Calixto Natividad

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN – B

Responsable por Sub-equipos	MACROPROCESOS	EQUIPOS DE EVALUADORES INTERNOS	AGOSTO																									RESPONSABLES / EVALUADOS	
			4	5	6	7	8	11	12	13	14	15	18	19	20	21	22	25	26	27									
Enf. Rocio Crespo	Direccionamiento	Enf. Diza Berrios - Psic. Lizeth Martin	X																									Econ. Yoni Iglesias Espinoza	
Enf. Rocio Crespo	Gestión de Recursos Humanos	Psic. Rossana Chávez - Obst. Diana Nolasco		X	X																							Adm. Napoleon Gamarra	
Enf. Alejandrina Ramirez	Gestión de la Calidad	Asist. Rossana Velez - Q.F. Deyvi Zanabria							X																			Enf. Rocio del Pilar Crespo Perauna	
Enf. Maria E. Medina	Manejo del Riesgo de la Atención	Enf. Elcira Espinoza - Enf. Mario Calero/ Enf. Yessica Balvin - Enf. Ida Calixto		X	X	X	X																					Enf. Ricardo Lucano / Enf. Diza Berrios / Enf. Elcira Espinoza / Med. Veronica Avila / Ing.A. Daniel Calvo	
CD. Marcela Ortega	Emergencias y Desastres	TM. Lucy Mendoza - Enf. Juber Vigilio							X																			Enf. Roger Rios Cieza	
Nut. Evelyn Encinas	Control de la Gestión y Prestación	Asist. Rossana Velez - Enf. Alejandrina Ramirez								X																		Obst. Gummy Rosales / Enf. Crespo	
Enf. Antonio Herrera	Atención Ambulatoria	Enf. Elva Chuquiyauri - CD. Juan Gayoso										X																Enf. Alejandrina Ramirez	
Enf. Rocio Crespo	Atención de Hospitalización	Enf. Nidia Rosales - Enf. Tania Trujillo / Enf. Mario Calero - Enf. Maria E. Medina / Enf. Silvana Castro - Enf. Isabel Pacheco / Enf. Alejandrina Ramirez - Enf. Gina Rodriguez								X	X	X	X															Enf. Diza Berrios / Medicina -Pediatría - Cirugía -UCI Adulto- Neonatología - Ginecología - Centro Obstetrico.	
CD. Marcela Ortega	Atención de Emergencias	Obst. Zulema Oscátegui - Enf. Sonia Alencio												X														Med. Ronald Gamarra	
Enf. Isabel Pacheco	Atención Quirúrgica	Enf. Maria E. Medina- Enf. Juber Vigilio												X														Med. Aaron Rodríguez	
Enf. Elva Chuquiyauri	Docencia e Investigación	Obst. Melsy Aliaga - Enf. Sonia Alencio											X															Enf. Luz Reynaga	
CD. Juan Gayoso	Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	Enf. Ida Calixto -Obst. Sara Morales												X	X	X												Med. Mirko de la Cruz / TM. Lucy Mendoza / Med. Eddie Santamaria	
Obst. Melsy Aliaga	Admisión y Alta	Psic. Lizeth Martin - Ing. Franf Sanchez															X											Ing. Daniel Espinoza Ramirez	
Asist. Rossana Velez	Referencia y Contrareferencia	Enf. Alejandrina Ramirez - Nut. Evelyn Encinas						X																				Obst. Gummy Rosales	
Psic. Rossana Chávez	Gestión de Medicamentos	Enf. Gina Rodriguez - CD. Marcela Ortega																X										Q.F. Deyvi Zanabria Ravichagua	
Psic. Lizeth Martin	Gestión de la Información	Ing. Frank Sanchez - Obst. Sara Morales																X										Ing. Daniel Espinoza Ramirez	
Enf. Diza Berrios	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	Enf. Juan Apolinario - Enf. Yecenia Salinas																										Enf. Silvana Castro / TAP. Noé Ortega	
Enf. Ricardo Lucano	Manejo del Riesgo Social	Enf. Antonia Herrera - Enf. Sonia Alencia																										Asist. Soc. Rossana Velez de Villa	
Enf. Rocio Crespo	Manejo de Nutrición de pacientes	Enf. Isabel Pacheco - Enf. Ricardo Lucano																										Nut. Liliana Rodriguez	
Enf. Deyvi Zanabria	Gestión de Insumos y Materiales	Enf. Elva Chuquiyauri - Enf. Ida Calixto																										X	C.P.C. Adriana Palacios
TM. Lucy Mendoza	Gestión de Equipos e Infraestructura	Ing. Florell Villanueva - Obst. Sara Morales																										TAP. Noé Ortega Principe	

Lider del Equipo de Evaluadores: Lic. Enf. Ida Calixto Natividad.



VIII. EQUIPO DE EVALUACIÓN

8.1. Conformación del Equipo de Evaluadores Internos para la aplicación de los macroprocesos

El Equipo de Evaluadores Internos 2025 se encuentra conformado por un grupo de trabajadores quienes realizaron la evaluación interna los años 2023 y 2024, asignándoles para el presente año continuar con el desarrollo del mismo proceso por contar con experiencia y conocimiento en la autoevaluación. El Equipo de Evaluadores Internos del hospital, se encuentra reconocido con R.D. N° 271-2025-HRHVM-DE-DA-UP, designando como Evaluador Líder a la Lic. Enf. Ida Calixto Natividad, quien es miembro del Equipo Técnico de la Oficina Ejecutiva de Gestión de la Calidad.

UNIDADES	CARGO
Lic. Enf. Ida CALIXTO NATIVIDAD	Líder
Lic. Enf. Rocio del Pilar CRESPO PERAUNA	Integrante
Lic. Enf. Mario Miguel CALERO TARAZONA	Integrante
C.D. Marcela Deysi ORTEGA ITURRI	Integrante
Obst. Dora Narvit Zulema OSCÁTEGUI TORRES	Integrante
Lic. Enf. Ricardo Elías LUCANO ROJAS	Integrante
Obst. Diana NOLAZCO BRAVO	Integrante
Lic. Enf. Alejandrina Úrsula RAMÍREZ GODOY	Integrante
Lic. Enf. Tania TRUJILLO JARA	Integrante
Lic. Enf. Isabel María PACHECO CALERO	Integrante
Lic. Enf. Diza BERRÍOS ESTEBAN	Integrante
Lic. Enf. Sonia ATENCIO ARCE	Integrante
Lic. Enf. Juan Javier APOLINARIO VACAS	Integrante
Lic. Enf. Gina Jessy RODRIGUEZ VILLARREAL	Integrante
Lic. Enf. Jubert VIGILIO VILLEGAS	Integrante
Lic. Enf. Antonio HERRERA ESTEBAN	Integrante
Lic. Enf. Nidia Victoria ROSALES CÓRDOVA	Integrante
Lic. Enf. Yecenia Victoria SALINAS ACUÑA	Integrante
Lic. Enf. Yessica Greche BALVIN ALARCON	Integrante
Lic. Enf. Elcira ESPINOZA ARÓSTEGUI	Integrante
Mg. Nut. Evelyn Lizeth ENCINAS BARRIONUEVO	Integrante
C.D Juan David Sergio GAYOSO RIVERA	Integrante
Obst. Sara Luz MORALES PADILLA	Integrante
Asist. Soc. Rossana Leonor VELEZ DE VILLA SANTANA	Integrante
Obst. Melsi ALIAGA VICTORIO	Integrante
Lic. Enf. Silvana Constanza CASTRO MARTÍNEZ	Integrante
Lic. Enf. Elva Nonata CHUQUIYAURI CARBAJAL	Integrante
Lic. Enf. María Elena MEDINA PADILLA	Integrante
Psic. Rossana Artimisa CHÁVEZ FIRMA	Integrante
Psic. Lizeth Rocio MARTÍN MEDINA	Integrante
T.M. Lucy Elizabeth MENDOZA VILCA	Integrante
Q.F. Deyvi Joel ZANABRIA RAVICHAGUA	Integrante
Ing. Frank Smit SÁNCHEZ LOYOLA	Integrante



8.2. Conformación del Equipo de Acreditación

El Equipo de Acreditación 2025 se encuentra conformado y reconocido mediante R.D. N° 290-2025-HRHVM-DE-DA-UP, y se encuentra integrado por las siguientes jefaturas:

UNIDADES	CARGO
Director Ejecutivo del HRHVM	Presidente
Jefe de la Oficina Ejecutiva de Gestión de la Calidad	Integrante
Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	Integrante
Jefe de la Oficina Ejecutiva de Administración	Integrante
Jefe de la Oficina Ejecutiva de Epidemiología y Saneamiento Ambiental	Integrante
Jefe del Departamento de Farmacia	Integrante
Jefe del Departamento de Medicina	Integrante
Jefe del Departamento de Cirugía	Integrante
Jefe del Departamento de Pediatría	Integrante
Jefe del Departamento de Emergencias y Cuidados Intensivos	Integrante
Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico	Integrante
Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia	Integrante
Jefe del Departamento de Enfermería	Integrante
Jefe del Departamento de Patología Clínica	Integrante
Jefe del Departamento de Diagnóstico por Imágenes	Integrante
Jefe del Departamento de Nutrición y Dietética	Integrante
Jefe de la Unidad de Seguros	Integrante
Jefe del Servicio de Consultorios Externos	Integrante
Responsable del RENIPRESS	Integrante
Responsable de la Cartera de Servicios	Integrante

IX. ANEXOS

- Resolución Directoral que aprueba la Conformación del Equipo de Evaluadores Internos 2025
- Resolución directoral que aprueba la Conformación del Equipo de Acreditación 2025
- Anexo N° 02: Hoja de Registros de Datos para Autoevaluación
- Anexo N° 04: Hoja de Recomendaciones





Resolución Directoral

Huánuco, 27 de mayo del 2025

VISTO:

El Memorándum N° 397-2025-HCO-HRHVM-DE, de fecha 14 de marzo de 2025; la Dirección Ejecutiva autoriza proyectar la Resolución Directoral para la Conformación del Equipo de Evaluadores Internos del Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano" de Huánuco, para el periodo presupuestal del año 2025;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar, de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", con el objeto de establecer los principios, normas, metodología y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de la atención de los servicios de salud;

Que, con Resolución Ministerial N° 456-2002/MINSA, aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02, Norma Técnica Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, con la finalidad de contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.

Que, con Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, con el objetivo de brindar elementos conceptuales sobre el proceso de acreditación;

Que, mediante Decreto Supremo N° 022-2024-SA, se estableció criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2025 para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado, la misma que en su Ficha Técnica N° 46 "Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de Calidad en la atención de salud", contiene el ítem Logro Esperado y cálculo de porcentaje de cumplimiento, Criterio 1: Los EESS, cuentan con Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos, designados formalmente con Acto Resolutivo o documento Oficial y son publicado en la Web Institucional;

Que mediante Ordenanza Regional N° 016-2015-CR-GRH, aprueban las Modificaciones del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano" de Huánuco, artículo 9°, literal e) faculta al Director Ejecutivo a expedir Resoluciones Directorales sobre asuntos de su competencia, Ley N° 27444 del Procedimiento Administrativo General y su texto único ordenado (TUO), aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, Ley N° 32185, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año 2025;

Que, mediante Informe N° 135-2025-GRH-GRDS-DIRESA-HHVM/OEGC-RPCP, de fecha 12 de marzo de 2025, emitido por la jefatura de la Oficina Ejecutiva de Gestión de la Calidad, solicita la Conformación del Equipo de Evaluadores Internos 2025, con resolución directoral;

A lo dispuesto por el Director Ejecutivo del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, a propuesta de la Oficina Ejecutiva de Gestión de la Calidad, con Opinión Favorable de la Oficina Ejecutiva de Administración y visto bueno de Oficina Ejecutiva de Asesoría Legal;

...///





Resolución Directoral

Huánuco, 27 de marzo del 2025

///...

SE RESUELVE:

Artículo 1° APROBAR la CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS 2025 del "Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano", el mismo que estará integrado por:

EQUIPO EVALUADOR INTERNO 2025	CARGO
Lic. Enf. Ida CALIXTO NATIVIDAD	Líder
Lic. Enf. Rocio del Pilar CRESPO PERAUNA	Integrante
Lic. Enf. Mario Miguel CALERO TARAZONA	Integrante
C.D. Marcela Deysi ORTEGA ITURRI	Integrante
Obst. Dora Narvit Zulema OSCÁTEGUI TORRES	Integrante
Lic. Enf. Ricardo Elias LUCANO ROJAS	Integrante
Obst. Diana NOLAZCO BRAVO	Integrante
Lic. Enf. Alejandrina Úrsula RAMÍREZ GODOY	Integrante
Lic. Enf. Tania TRUJILLO JARA	Integrante
Lic. Enf. Isabel Maria PACHECO CALERO	Integrante
Lic. Enf. Diza BERRIOS ESTEBAN	Integrante
Lic. Enf. Sonia ATENCIO ARCE	Integrante
Lic. Enf. Juan Javier APOLINARIO VACAS	Integrante
Lic. Enf. Gina Jessy RODRIGUEZ VILLARREAL	Integrante
Lic. Enf. Jubert VIGILIO VILLEGAS	Integrante
Lic. Enf. Antonio HERRERA ESTEBAN	Integrante
Lic. Enf. Nidia Victoria ROSALES CÓRDOVA	Integrante
Lic. Enf. Yecenia Victoria SALINAS ACUÑA	Integrante
Lic. Enf. Yessica Greche BALVIN ALARCON	Integrante
Lic. Enf. Elcira ESPINOZA ARÓSTEGUI	Integrante
Mg. Nut. Evelyn Lizeth ENCINAS BARRIONUEVO	Integrante
C.D. Juan David Sergio GAYOSO RIVERA	Integrante
Obst. Sara Luz MORALES PADILLA	Integrante
Asist. Soc. Rossana Leonor VELEZ DE VILLA SANTANA	Integrante
Obst. Melsy ALIAGA VICTORIO	Integrante
Lic. Enf. Silvana Constanza CASTRO MARTÍNEZ	Integrante
Lic. Enf. Elva Nonata CHUQUIYAURI CARBAJAL	Integrante
Lic. Enf. María Elena MEDINA PADILLA	Integrante
Psic. Rossana Artimisa CHÁVEZ FIRMA	Integrante
Psic. Lizeth Rocío MARTÍN MEDINA	Integrante
T.M. Lucy Elizabeth MENDOZA VILCA	Integrante
Q.F. Deyvi Joel ZANABRIA RAVICHAGUA	Integrante
Ing. Floreli Eliana VILLANUEVA SANTIAGO	Integrante
Ing. Frank Smit SÁNCHEZ LOYOLA	Integrante

Artículo 2° ENCARGAR a la Unidad de Estadística e Informática efectúe la publicación de la presente resolución a través de la página web institucional.

Artículo 3° ENCARGAR a la Oficina Ejecutiva de Gestión de la Calidad responsabilidad de supervisar el cumplimiento.

Artículo 4° TRANSCRIBIR la presente Resolución al Gobierno Regional Huánuco, Dirección Regional de Salud, Interesados, demás unidades orgánicas para su conocimiento y demás fines.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE;

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano" Nivel II-2
Meli. Annie Giovanna Ibañez Valdivieso
CMP 080385
DIRECTOR EJECUTIVO



Resolución Directoral

Huánuco, 31 de marzo del 2025.

VISTO:

El Memorándum N° 410-2025-GRH-GRDS-DIRESA-HRHVM-DE, de fecha 14 de marzo de 2025, por el cual la Dirección Ejecutiva **AUTORIZA** proyectar la Resolución Directoral para la Conformación del Equipo de Acreditación del Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano" de Huánuco, para el periodo presupuestal del año 2025;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", con el objeto de establecer los principios, normas, metodología y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de la atención de los servicios de salud;

Que, con Resolución Ministerial N° 456-2002/MINSA, aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02, Norma Técnica Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, con la finalidad de contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.

Que, con Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, con el objetivo de brindar elementos conceptuales sobre el proceso de acreditación;

Que, mediante Decreto Supremo N° 036-2023-SA, se estableció criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2024 para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado, la misma que en su Ficha Técnica N° 44 "Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de Calidad en la atención de salud", contiene el ítem Logro Esperado y cálculo de porcentaje de cumplimiento, Criterio 1: Los EEES, cuentan con Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos, designados formalmente con Acto Resolutivo o documento Oficial y son publicado en la Web Institucional;

Que, mediante Informe N° 134-2025-GRH-GRDS-DIRESA-HHVM/OEGC-RPCP, de fecha 12 de marzo de 2025, la Oficina Ejecutiva de Gestión de la Calidad, solicita la conformación del Equipo de Acreditación 2025, acción administrativa que deberá ser formalizado mediante acto administrativo;

Que, mediante Ordenanza Regional N° 016-2015-CR-GRH, aprueban las modificaciones del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano" de Huánuco, artículo 9°, literal e) faculta al Director Ejecutivo a expedir Resoluciones Directorales sobre asuntos de su competencia, Resolución Directoral N° 003-2024-GRH-DIRESA, Ley N° 27444 del Procedimiento Administrativo General y su texto único ordenado (TUO), aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, Ley N° 32185, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año 2025;

...../

////...

Estando a lo dispuesto por el Director Ejecutivo del Hospital Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco, a propuesta de la Oficina Ejecutiva de Gestión de la Calidad, con el visto bueno de la Oficina Ejecutiva de Administración, Unidad de Personal y la Oficina Ejecutiva de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo 1° APROBAR la **CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE ACREDITACIÓN DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL DEL AÑO 2025** del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco, el mismo que estará integrado por los Jefaturas de Departamentos y Servicios:

UNIDADES	CARGO
Director Ejecutivo del HRHVM	Presidente
Jefe de la Oficina Ejecutiva de Gestión de la Calidad	Integrante
Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	Integrante
Jefe de la Oficina Ejecutiva de Administración	Integrante
Jefe de la Oficina Ejecutiva de Epidemiología y Saneamiento Ambiental	Integrante
Jefe del Departamento de Farmacia	Integrante
Jefe del Departamento de Medicina	Integrante
Jefe del Departamento de Cirugía	Integrante
Jefe del Departamento de Pediatría	Integrante
Jefe del Departamento de Emergencias y Cuidados Intensivos	Integrante
Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico	Integrante
Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia	Integrante
Jefe del Departamento de Enfermería	Integrante
Jefe del Departamento de Patología Clínica	Integrante
Jefe del Departamento de Diagnóstico por Imágenes	Integrante
Jefe del Departamento de Nutrición y Dietética	Integrante
Jefe de la Unidad de Seguros	Integrante
Jefe del Servicio de Consultorios Externos	Integrante
Responsable del RENIPRESS	Integrante
Responsable de la Cartera de Servicios	Integrante

Artículo 2° ENCARGAR, al Equipo en referencia actuar en todos los casos que sean de su competencia, a partir de la presente Resolución, debiendo cumplir con lo encomendado en adición a sus funciones sin irrogar gastos adicionales a la entidad.

Artículo 3° DISPONER, que la Unidad de Estadística e Informática efectúe la publicación de la presente Resolución en la página web institucional.

Artículo 4° TRANSCRIBIR la presente Resolución al Gobierno Regional Huánuco, Dirección Regional de Salud, Interesados y demás unidades orgánicas para su conocimiento y fines que estime conveniente.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE;

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano Nivel II.1

Med. Annie Giovanna Ibañez Valdivieso
CMP 080185
DIRECTOR EJECUTIVO

Anexo N° 2: Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación

Establecimiento de Salud :

Macroproceso: _____

Evaluador(es): _____

Fecha : _____

Servicios evaluados :

Participantes de la evaluación:

Código del Estándar: _____

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



Anexo N° 4: Hoja de Recomendaciones

Evaluador(es) :

Fecha : _____

Servicios evaluados :

Macroproceso	Observaciones	Recomendaciones





MATRIZ DE CUMPLIMIENTO DE AUTOEVALUACIÓN 2025- HOSPITALES

AUTOEVALUACIÓN-FICHA N° 46					
CRITERIOS	FECHAS DE ENTREGA A DIRESA	DETALLES	HRHVM	HMICSF	HTM
CRITERIO 1	11 DE ABRIL 2025	<u>EQUIPO DE ACREDITACIÓN</u> (Designación del Coordinador) y <u>EVALUADORES INTERNOS</u>	EQUIPO DE ACREDITACIÓN: R.D. N° 271-2025-HRHVM-DE-DA-UP, de fecha 27 de marzo del 2025 (Se determina al presidente o coordinador del equipo) EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS: R.D. N° 290-2025-HRHVM-DE-OEA-UP, de fecha 31 de marzo 2025 (Se determina al evaluador líder)		
		<u>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</u> según esquema establecido en la Guía técnica del evaluador	PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2025: R.D. N° 320-2025-DE-DA-UP, de fecha 10 de abril del 2025		
		<u>EQUIPO y PLAN APROBADO CON RESOL.DIRECTORAL - Previa validación por DIRESA</u>	Conforme		
		<u>PUBLICADO EN WEB MÁXIMO HASTA EL 05 DE ABRIL</u>	Publicación en página web el 11 de abril del 2025		
		<u>INFORME QUE INCLUYE MATRIZ CONSOLIDADA PREESTABLECIDA</u>	Informe N° 2025-GRH-GRDS-DIRESA-HHVM/OEGC-RPCP de fecha 11/04/2025		
CRITERIO 2 (1 y 2 = 20%)	08 DE AGOSTO 2025	<u>COMUNICAN FORMALMENTE INICIO</u> DE AUTOEVALUACIÓN (FECHA DE INICIO Y FIN)			
		<u>INFORME QUE INCLUYE MATRIZ CONSOLIDADA PREESTABLECIDA</u>			
CRITERIO 3 (50%)	05 DE DICIEMBRE 2025	<u>INFORME TÉCNICO CONSOLIDADO</u> DE AUTOEVALUACIÓN según el esquema establecido en la Guía técnica del evaluador.			
		Incluye reporte de resultados semaforizados y hoja de registro de datos de Autoevaluación , con resultado de autoevaluación mínimo esperado según categoría			
		<u>MATRIZ CONSOLIDADA</u> que registra los resultados de autoevaluación que cumplieron las acciones 1,2 y 3.			
		<u>LINK DE ACCESO A LOS REPORTES</u> Subir el Excel de Semaforización de su IPRESS según Informe Técnico en un Drive.			
CRITERIO 4 (20%)		Resultado de autoevaluación alcanzado en el 2024	68%	81%	77%
		RESULTADO DE AUTOEVALUACIÓN 2025 (5% más del año pasado)	75%	86%	82%
CRITERIO 5 (10%)		Los establecimientos de salud, cuentan con Informe Técnico de Autoevaluación 2025 , según lo mencionado en acción 3 y han aprobado la Autoevaluación (resultado igual o mayor a 85%)			



MATRIZ CONSOLIDADO FASE AUTOEVALUACIÓN 2025 - PAES
HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZÁN



DOCUMENTOS SUSTENTO (indicar fecha de entrega)						
N° TOTAL EESS	N° ORDEN	DENOMINACIÓN DE LA EESS	CATEGORIA	RED	MICRORED	FECHA DE INICIO Y TÉRMINO DE AUTOEVALUACIÓN
1		HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZÁN	II-2	NINGUNA	NINGUNA	
PUNTAJE OBTENIDO						
PENDIENTE						
Criterio 1						
Conformación del Equipo Acreditación con R.D. N° 290-2025-HR/HVM-DE-DA-UP, de fecha 31 de marzo del 2025.						
Conformación del Equipo Evaluador Institucional con R.D. N° 271-2025-HR/HVM-DE-OEA-UP, de fecha 27 de marzo del 2025.						
Remitido con Informe N° 247-2025-GRH-GRDS-DIRESA-HVM/OEGC-RPCP de fecha 11/04/2025 y Oficio N°-2025-GR-DRS-HR/HVM-HCO-DE con fecha de recepción 11/04/2025.						
Publicación de las RD de Conformación de Equipo Acreditación y Conformación del Equipo de Evaluadores Internos 2025 en la página web institucional, a través del siguiente link: https://hrhvm.gob.pe/ (fecha de publicación: 11/04/2024)						
Cuenta con Plan de Autoevaluación 2025, con esquema establecido en la Guía Técnica del Evaluador, y aprobado mediante R.D. N° 320-2025-HR/HVM-DE-OEA-UP, de fecha 10/04/2025.						
Remitido con Informe N° 247-2025-GRH-GRDS-DIRESA-HVM/OEGC-RPCP de fecha 11/04/2025 y Oficio N°-2025-GR-DRS-HR/HVM-HCO-DE con fecha de recepción/04/2025.						
Publicado en página web institucional a través del siguiente link: https://hrhvm.gob.pe/ Fecha de publicación 11/04/2025						
Criterio 2						
PENDIENTE						
Criterio 3						
PENDIENTE						
Criterio 4						
PENDIENTE						
Criterio 5						
PENDIENTE						



CAPTURA DE PANTALLA DE LA PUBLICACIÓN EN LA PÁGINA WEB DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2025 Y EQUIPOS DE ACREDITACIÓN Y EVALUADORES INTERNOS

Link de acceso: <https://hrhvm.gob.pe/>

