



## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 1265 -2023-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 23 de mayo de 2023.

VISTO: El Memorando N° 2644-2023-DIRESA-OGESS-AM/D, de fecha 23 de mayo de 2023; Oficio N° 1504-2023-UNGETS-R., de fecha 22 de mayo de 2022; Oficio N° 765-2023-D/H.II-1-R, de fecha 16 de mayo de 2023; conteniendo el documento técnico denominado "PLAN DE AUTOEVALUACION 2023, HOSPITAL II-1 RIOJA";

### CONSIDERANDO:

Que, conforme a la Ordenanza Regional N°021 – 2017 – GRSM/CR, de fecha 13 de octubre del 2017 que aprueba el nuevo Reglamento de Organizaciones y Funciones del Gobierno Regional de San Martín modificado mediante Ordenanza Regional N°023-2018-GRSM/CR, de fecha 10 de setiembre del 2018, que resuelve APROBAR la modificación del Reglamento de Organización Funciones - ROF del Gobierno Regional de San Martín; en los términos de la Nota Informativa N°173-2018-GRSM/GRPyP emitido por la Gerencia Regional de Planeamiento y Presupuesto del Gobierno Regional de San Martín en la que indica en el Artículo 201° numeral 201.1 que las Oficinas de Gestión de Servicios de Salud - OGESS son Órganos desconcentrados de la Dirección Regional de Salud responsables de la gestión sanitaria territorial, la provisión de servicios de salud y de asegurar los servicios de apoyo requeridos por los establecimientos de salud del I y II nivel de atención que conforman la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) del ámbito de su responsabilidad. Todo ello con el objetivo de asegurar las atenciones de salud en función a las necesidades de la población, así como de proponer e implementar en su ámbito políticas, normas y procesos relacionados a la salud. Las Oficinas de Gestión de Servicios de Salud – OGESS son UGIPRES;

Que, el artículo 9º de la Constitución Política del Perú señala que, el Estado determina la Política Nacional de Salud y que corresponde al Poder Ejecutivo normar y supervisar su aplicación, así como diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora;

Que, la Ley N°26842, Ley General de Salud, establece en el numeral VI del título preliminar que "Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garantice una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad"; en ese mismo orden el artículo N°123 de la precitada ley, modificada por la Única Disposición Complementaria Modificatoria del Decreto Legislativo N°1161, ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud , establece que el Ministerio de Salud es la autoridad de salud a nivel Nacional. Como organismo del Poder ejecutivo tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política de salud y actúa como la máxima autoridad normativa en materia de salud;

Que, mediante Decreto Supremo N°013-2006-S.A, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", *los cuales establecen los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;*

Que, mediante Decreto Supremo N°023-2005-SA se aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud" que tiene por objeto "*Definir y establecer la*





## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 1265 -2023-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 23 de mayo de 2023.



organización del Ministerio de Salud para ejercer las competencias de rectoría sectorial en el Marco de la Ley N°27657-Ley del Ministerio de Salud y sus Funciones”;

Que, mediante Resolución Ministerial N°768-2001-SA/DM, se aprueba el “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud” que tiene como objetivo “Estandarizar y establecer los procedimientos de la unidad de Gestión de la Calidad y designar a los responsables de la ejecución y monitoreo de desempeños de los procedimientos”;

Que, con Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA, se aprueba las “normas de elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud”, el cual tiene como finalidad “Fortalecer la rectoría sectorial del Ministerio de Salud ordenando la producción normativa de la función de regulación que cumple como Autoridad Nacional de Salud a través de sus Direcciones u Oficinas Generales”;



Que, mediante Resolución Directoral Regional N°137-2018-GRSM/DIRESA-SM/OPPS, se aprueba el Manual de Operaciones de las Oficinas de Gestión de Servicios de Salud – OGESS, estableciendo en su artículo 15° las atribuciones y responsabilidades del Director General de la OGESS, entre las cuales se encuentran, la de emitir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia, aprobar los planes y documentos de gestión internos;

Que, con Resolución Directoral N°904-2022-DIRESA-OGESS-AM/D, de fecha 18 de abril de 2022, que en su artículo Primero aprueba “Conformar el Equipo de Acreditación de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo-2022, en su Artículo Segundo aprueba “Conformar el Equipo de Evaluadores Internos de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo-2022”, en su Artículo Tercero aprueba “Plan de Autoevaluación de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo-2022”



Que, el presente documento denominado “PLAN DE AUTOEVALUACION 2023, HOSPITAL II-1 RIOJA”; tiene como objetivo General “Desarrollar la primera fase del proceso de Acreditación, mediante la aplicación y promoción de la metodología y criterios establecidos según la normativa vigente, con la participación del director y el equipo de gestión del Hospital II – 1 Rioja, obteniendo macro procesos con visibilidad del desempeño eficaz y cumplimiento de estándares de calidad”;

Que, mediante Oficio N° 765-2023-D/H.II-1-R, de fecha 16 de mayo de 2023, el director del Hospital II-1 Rioja, remite al Jefe de Unidad de Gestión Territorial Rioja el “PLAN DE AUTOEVALUACION 2023, HOSPITAL II-1 RIOJA”; para su aprobación mediante resolución;

Que, mediante Oficio N° 1504-2023-J-UNGETS-R, de fecha 22 de mayo de 2023, la Jefe de la Unidad de Gestión Territorial de salud Rioja, solicita al Director de la OGESS ALTO MAYO, la aprobación mediante acto resolutivo de el “PLAN DE AUTOEVALUACION 2023, HOSPITAL II-1 RIOJA”;

Que, mediante Memorando N° 2644-2023-DIRESA-OGESS-AM/D, de fecha 23 de mayo de 2023, el Director de la OGESS ALTO MAYO autoriza al Jefe de la Oficina de Asesoría Legal, autoriza la proyección de la Resolución Directoral con la finalidad de aprobar el “PLAN DE AUTOEVALUACION 2023, HOSPITAL II-1 RIOJA”;



**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN  
OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MAYO**

"Año de la Unidad, La Paz Y El Desarrollo"

Exp. N° 012-2023 481765



**RESOLUCIÓN DIRECTORAL**

**N° 1265 -2023-DIRESA-OGESS-AM/D.**

Moyobamba, 23 de mayo de 2023.



Que, con el propósito de proseguir las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta pertinente atender lo solicitado;

Por las razones expuestas y con el visto bueno del Jefe de la Oficina de Asesoría Legal, el Director de Planificación, Gestión Financiera y Administración; y en uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Directoral Regional N° 508-2020-GRSM-DIRESA/DG, de fecha 19 de noviembre de 2020;

**SE RESUELVE:**



**Artículo 1°.- APROBAR EL "PLAN DE AUTOEVALUACION 2023, HOSPITAL II-1 RIOJA";** el mismo que es anexo adjunto, que en un total de trece (13) páginas que forma parte integrante de la presente resolución;

**Artículo 2°.- Notificar** el presente acto resolutivo a las instancias administrativas correspondientes e interesados, para su cumplimiento conforme a Ley;

Regístrese, comuníquese y cúmplase;



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
OGESS U.E. 401 SALUD - ALTO MAYO

*[Handwritten Signature]*  
C.D. Luis Martín Borda Pinedo  
DIRECTOR



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

HOSPITAL II - 1  
RIOJA

**PLAN DE  
AUTOEVALUACIÓN  
2023, HOSPITAL II-1  
RIOJA**

OFICINA DE GESTION,  
DESARROLLO Y CALIDAD



**MÉD. CARLOS ERWIN CHAVEZ VASQUEZ**  
Director General

**Elaboración:**

Lic. Auner Navarro Quintos  
Responsable de la Unidad de Garantía de la Calidad en Salud y Seguridad del paciente.

**Equipo Técnico de la Oficina de Gestión, Desarrollo y Calidad**

**Méd. Zadith M. Flores González**  
Jefa de la Oficina de Gestión, Desarrollo y Calidad

**Obs. Giovanna Rojas Yucra**  
Responsable de la Unidad de Mejora Continua de la Calidad en Salud

**Obs. Enma J. Sánchez Peralta**  
Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario



## I. INTRODUCCIÓN

Los recursos humanos son un factor determinante para la atención sanitaria y deben estar formados, así como distribuidos, en armonía con las necesidades de salud de las comunidades esto se plantea con la calidad en las prestaciones de los servicios de salud siendo uno de pilares importantes del componente de garantía y mejora de la calidad, el cual al implementarse contribuirá a mejorar el desempeño eficaz orientada siempre a la satisfacción del usuario.

Los procesos de autoevaluación integran algunos criterios comunes como la participación de la institución, el planeamiento, fortalezas y debilidades identificadas en todos los servicios, según El Sistema de Gestión de la Calidad aprobado mediante R.M. 519-2006/MINSA con la finalidad de fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud. Este mecanismo de gestión y evaluación de la calidad de los servicios de salud va dirigido a comprobar si la entidad prestadora cumple con estándares superiores que brindan seguridad en la atención en salud y que generen ciclos de mejoramiento continuo. De esta manera se puede resumir este proceso incluye nociones comunes como, mecanismo de evaluación de la calidad, busca de seguridad en la atención, cumplimiento de altos estándares y mejoramiento continuo de los procesos. La concepción más general que sustentan los sistemas de evaluación y acreditación es que la autoevaluación, la evaluación externa y la acreditación constituyen un sistema integral que se reconoce como la gestión para el mejoramiento continuo de la calidad. La autoevaluación es un proceso participativo interno que busca mejorar la calidad, su objetivo es obtener la acreditación, esto debe ajustarse a criterios y estándares establecidos por norma.

El Hospital II-1 Rioja realiza procesos de autoevaluación de manera permanente y continua con integralidad para garantizar resultados confiables y válidos teniendo como fin principal la mejora y la elevación de la cultura de la calidad en



este contexto, la institución viene desarrollando acciones de revisión, discusión y análisis de la norma técnica de acreditación y de su instrumento obteniendo aportes importantes. El mencionado proceso contempla la autoevaluación como una de sus fases, para lo cual es necesario seleccionar y nombrar el Equipo de Acreditación según Norma Técnica de Salud N°050-MINSA-DGSP-V.02 (Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo). El presente plan de trabajo, incluye los aspectos organizativos, la selección y constitución de un equipo de profesionales evaluadores internos, la ejecución propiamente de la autoevaluación según los criterios y estándares establecidos en la norma.

## II. JUSTIFICACIÓN

La calidad en el sector salud tiene que estar enfocada en el paciente, logrando mantener la satisfacción de las necesidades explícitas de sus usuarios, respetando sus decisiones, cultura, contexto social y su estructura de necesidades específicas. La importancia del sistema de Gestión de calidad en las instituciones que prestan servicios de salud se basa en la planeación estratégica, mejoramiento continuo y en los requisitos normativos de los diferentes entes de control para asegurar una atención en salud que esté acorde con las necesidades de los usuarios.

La Acreditación es un proceso de evaluación periódica que compara el desempeño del prestador de salud con una serie de estándares orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención, siendo imprescindible su desarrollo a efecto de diagnosticar las limitaciones o debilidades que permitan alcanzar un establecimiento que cumpla con estándares de calidad aceptables. Este proceso se inicia con la Autoevaluación, también conocida como evaluación interna a cargo del equipo de evaluadores internos, esta fase se debe realizar



mínimo una vez al año, hasta alcanzar el nivel aprobatorio mínimo para poder someternos a una evaluación externa y así lograr la acreditación.

En el Hospital 11-1 Rioja se ha implementado experiencias en temas de acreditación junto a procesos como la auditoria de la calidad de atención, el mejoramiento continuo de la calidad, la seguridad del paciente, la evaluación de tecnología sanitaria y el abordaje del clima organizacional para potenciar los efectos y alcanzar los resultados esperados. En la norma técnica de acreditación, se establece que el equipo de evaluadores internos debe de elaborar el Plan de Autoevaluación. El presente plan corresponde al cumplimiento de la Norma Técnica citada.

### **III. OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL**

- Desarrollar la primera fase del proceso de Acreditación, mediante la aplicación y promoción de la metodología y criterios establecidos según la normativa vigente, con la participación del director y el equipo de gestión del Hospital 11-1 Rioja, obteniendo macro procesos con visibilidad del desempeño eficaz y cumplimiento de estándares de calidad.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Fortalecer la gestión de los responsables de las unidades y macro procesos en la propuesta y el logro de la mejora continua de la calidad.
- Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación y desarrollar acciones de mejora basados en las debilidades detectadas durante el proceso.





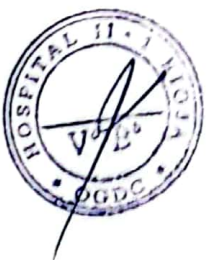
- Realizar el proceso de autoevaluación y verificar el nivel de cumplimiento de los criterios de los estándares de acreditación que corresponden al establecimiento.
- Ejecutar la autoevaluación con los criterios y estándares establecidos según norma mediante la identificación de los problemas y necesidades de las diferentes unidades orgánicas que contribuirán a la elaboración de proyectos de mejora.
- Verificar el alcance de los criterios de evaluación en relación a todas las funciones de la institución para brindar los servicios de salud con calidad.

#### **IV. ALCANCE**

El presente Plan de Acreditación es de alcance a todas las unidades orgánicas y funcionales que conforman el Hospital II- Rioja, evaluándose todos los macro procesos de Acreditación, según listado de estándares de acreditación

#### **V. BASE LEGAL**

- Decreto Legislativo N°1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- Decreto Supremo N°013-2006-S. A, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo"
- Ley N° 26842, "Ley General de Salud" y sus modificatorias
- Resolución Ministerial N°1263-2004/MINSA, "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura en el Hospitales del Ministerio de Salud"



- **Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA, "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"**
- **Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"**
- **Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud."**

## **VI. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN**

El equipo de Evaluadores Internos del Hospital II-1 Rioja utilizarán diversas técnicas de verificación que les permitirán evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación.

### **Verificación/Revisión de documentos:**

Una de las fuentes a las que se pueda recurrir para obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, observación directa de procesos, entrevistas y auditorías de registros médicos.

### **Observación:**

Permite seguir la manera como se desarrollan los procesos en la práctica. Se observa a las personas como al entorno, constará de visita de las instalaciones por el equipo evaluador, visita a los diferentes servicios verificando los estándares señalados, el proceso de ejecución de la autoevaluación se hará con la presencia de los integrantes del equipo evaluador interno.

**Realizar el proceso de Autoevaluación y verificar el nivel de cumplimiento de los criterios del Listado de Estándares de Acreditación que corresponden a un establecimiento II-1**

1. Difusión del Plan de Autoevaluación.



## PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2023, HOSPITAL II-1 RIOJA

2. Reunión de análisis de las fuentes de verificación de los criterios de acreditación con el equipo de Evaluadores Internos y Responsables de Macro procesos.

3. Aplicación de estándares de Acreditación.

**Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación y desarrollar acciones de mejora basada en las debilidades durante el proceso de autoevaluación.**

1. Procesamiento de datos y análisis de resultados.

2. Elaboración del informe del proceso de autoevaluación.

3. Actividades para analizar los resultados de la Autoevaluación generando productos en la Oficina de Gestión de la Calidad.

**Entrevistas:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación. El equipo de acreditación y el evaluador líder será responsable del monitoreo y supervisión.

**Muestras:** Técnica que permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.

**Encuestas:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.

**Auditorías:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

Los estándares de acreditación contienen atributos relacionados a los procesos internos y de servicios que brinda el Hospital II-1 Rioja, referencias, normativas y criterios de evaluación según macro procesos.



## PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2023, HOSPITAL II-1 RIOJA

Las fuentes auditables dependerán de las normas que regulan los procesos del MINSA, las normas legales sectoriales que regulan los procesos institucionales y las normas internas del Hospital II-1 Rioja. Para el desarrollo de la metodología se realizará la aprobación del Plan de Acreditación, conformación del equipo multidisciplinario, elaboración de reuniones, sensibilización del equipo de gestión hospitalaria, entrega de informes mensuales, socialización de resultados y levantamientos de observación en caso de no obtener el puntaje aprobatorio.



# VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN A

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Reuniones del equipo evaluador para elaboración del Plan y delegación del evaluador líder	LIC. AUNER NAVARRO QUINTOS											
Delegación de responsables por cada macroproceso	DRA. ZADITH M. FLORES GONZÁLEZ											
Presentación del Plan a Dirección	LIC. AUNER NAVARRO QUINTOS											
Reunión de trabajo con el equipo evaluador; análisis final del Listado de Estándares de Acreditación.	DRA. ZADITH M. FLORES GONZÁLEZ											
Presentación del Plan a OCESS - AM	LIC. AUNER NAVARRO QUINTOS											
<b>MACROPROCESOS</b>												
DIRECCIONAMIENTO												
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS												
GESTIÓN DE CALIDAD												
MANEJO DE RIESGO DE ATENCIÓN												
GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	1 M.C. CARLOS ERWIN CHAVEZ VASQUEZ											
CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN												
ATENCIÓN AMBULATORIA												
ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN												
ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	2 C.D. DIANA CAROLINA TORREJON ESPEJO											
ATENCIÓN QUIRÚRGICA												
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO												
ADMISIÓN Y ALTA												
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	3 ING. JHON A. ZAGACETA DAZA											
GESTIÓN DE MEDICAMENTOS												
GESTIÓN DE MEDICAMENTOS												
DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN.												
MANEJO DE RIESGO SOCIAL												
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA												
GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES	4 ING. ESTRELLA MURRIETA VILLALOBOS											
GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA												





### IX. CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE ACREDITACIÓN

Que, con la finalidad de establecer y continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnicos administrativos a nivel institucional, así como para alcanzar objetivos y metas programadas, se conforma el Comité de Acreditación del Hospital II-1 Rioja.

NOMBRE	CARGO	D.N. I
M. C. CARLOS ERWIN CHAVÉZ VÁSQUEZ	DIRECTOR GENERAL	41520195
MED. ESP. ADM. SALUD/MED. AUD. ZADITH M. FLORES GONZÁLEZ	RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN, DESARROLLO Y CALIDAD	41627748
LIC.ADM. LALO ROMAN NUÑEZ LACHOS	ADMINISTRADOR	42467962
LIC.ENF. MIGUEL ÁNGEL PÉREZ HEREDIA	JEFE DEL SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA	70047932
MED. CIRUJANO OMAR H. SILVA AMAYA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	18172037
MED. PATRICIA BOCANEGRA LIMA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA	41744729
LIC. ENF. IMER MONTEZA FERNÁNDEZ	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	71066725
ING. SIST. JHON ALEXANDER ZAGACETA DAZA	JEFE DE LA OFICINA DE INFORMÁTICA, COMUNICACIONES Y ESTADÍSTICA.	42463390
MED. ANESTESIOLOGA GABRIELA ROJAS VÁSQUEZ	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CENTRO QUIRÚRGICO	41778644



X. CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE EVALUADORES INTERNOS

NOMBRE	CARGO	D.N.I
M.C. ELMER TORO SILVA	JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	74041106
MED. ESP. ADM. SALUD/MED. AUD. ZADITH M. FLORES GONZÁLEZ	RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN, DESARROLLO Y CALIDAD	41627748
LIC. AUNER NAVARRO QUINTOS	RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE GARANTIA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	73587504
LIC.ENF. MIGUEL ÁNGEL PÉREZ HEREDIA	JEFE DEL SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA	70047932
Q.F. DAMEL VARGAS INGA	JEFE DEL SERVICIO DE FARMACÍA	43819471
OBSTA. KATHYANA SALDAÑA RAMIREZ	JEFA DE OBSTETRAS	6786720
MED. ANESTESIOLOGA GABRIELA ROJAS VÁSQUEZ	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CENTRO QUIRÚRGICO	41778644



MINISTERIO DE SALUD  
 OGESSAITO MAYO  
 HOSPITAL II-1 RIOJA  
 Lic. Enf. Auner Navarro Quintos  
 MED. ESP. ADM. SALUD / AUD. CALIDAD Y MEJORA DE LA CALIDAD  
 RESP. UNIDAD DE G.

MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL II-1 RIOJA  
 ZADITH M. FLORES GONZALEZ  
 MED. ESP. ADM. SALUD / AUD. CALIDAD Y MEJORA DE LA CALIDAD  
 C.M.P. 05.3055 (RNA A07973)  
 RÉFATURA OGDC