



## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

### N° 2313 -2022-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 03 de noviembre de 2022.

**VISTO:** El Memorando N°5646-2022-DIRESA-OGESS-AM/D, de fecha 25 de octubre de 2022; Nota de Coordinación N°952-2022-DIRESA-OGESS-AM/DHR, de fecha 24 de octubre de 2022;

**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 9° 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, Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA, se aprueba la “Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo”, como guía de referencia nacional de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector que pertenecen a los niveles I, II y la categoría III-1 en el ámbito nacional incluyendo a los servicios prestados por terceros”;





## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 2313 -2022-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 03 de noviembre de 2022.

Que, mediante Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, se aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”, que tiene como objetivo “Establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud”

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, el presente documento denominado “**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN CORRESPONDIENTE AL AÑO 2022-HOSPITAL II-TRIOJA**” tiene como objetivo “Desarrollar como primera fase del proceso de Acreditación, mediante la aplicación y promoción de la metodología y criterios establecidos según normativa vigente, con la participación de Director y equipo de Gestión del Hospital II-1Rioja, obteniendo macro procesos con visibilidad del desempeño eficaz y cumplimiento de estándares de la calidad”.

Que, mediante Nota de Coordinación N°952-2022-DIRESA-OGESS-AM/DHR, de fecha 24 de octubre de 2022, la Directora del Hospital II-1Rioja, remite al Director de la OGESS ALTO MAYO el “**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN CORRESPONDIENTE AL AÑO 2022-HOSPITAL II-1RIOJA**”;

Que, mediante Memorando N°5646-2022-DIRESA-OGESS-AM/D, de fecha 25 de octubre de 2022, el Director de la OGESS ALTO MAYO autoriza al Jefe de la Oficina de Asesoría Legal la proyección mediante Acto Resolutivo del “**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN CORRESPONDIENTE AL AÑO 2022 - HOSPITAL II-1RIOJA**”;

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;





## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 2313 -2022-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 03 de noviembre de 2022.

**SE RESUELVE:**

Artículo 1°. - **APROBAR EL “PLAN DE AUTOEVALUACIÓN CORRESPONDIENTE AL AÑO 2022- HOSPITAL II-TRIOJA”** el mismo que es anexo adjunto, que en un total de (10) páginas 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 SAN MARTÍN  
U.E. 401 - SALUD ALTO MAYO - OGESS  
**M.C. Valdo E. Alcántara Escudé**  
DIRECTOR

**“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL “**

# **PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2022**



**HOSPITAL II-1 RIOJA**

**UNIDAD DE GESTIÓN, DESARROLLO Y CALIDAD**



## PLAN DE AUTOEVALUACIÓN HOSPITAL II-1 RIOJA

### 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 auditorias 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.
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.



**VI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN A**

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	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 OGESS - AM	LIC. AUNER NAVARRO QUINTOS											
<b>MACROPROCESOS</b>												
DIRECCIONAMIENTO												
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS												
GESTIÓN DE CALIDAD												
MANEJO DE RIESGO DE ATENCIÓN	1 M.C. JUANITA M. L. VERGARA PEÑA											
GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES												
CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN												
ATENCIÓN AMBULATORIA												
ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	2 M.C. YANALY PÉREZ ALTAMIRANO											
ATENCIÓN DE EMERGENCIAS												
ATENCIÓN QUIRÚRGICA												
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO												
ADMISIÓN Y ALTA												
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA												
GESTIÓN DE MEDICAMENTOS	3 ING. JHON A. ZAGACETA DAZA											
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												

LÍDER DEL EQUIPO DE EVALUADORES: DRA. JUANITA VERGARA





### VIII. 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	TELÉFONO
M. C. JUANITA MILAGROS LEONOR VERGARA PEÑA	DIRECTORA GENERAL	44965544	969277263
MED. ESP. ADM. SALUD/MED. AUD. ZADITH M. FLORES GONZÁLEZ	RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN, DESARROLLO Y CALIDAD	41627748	970926722
C.P.C. OSCAR E. RODRÍGUEZ PÉREZ	ADMINISTRADOR	41449821	972992511
M.C YORKY SALDAÑA TIMAYA	JEFE DEL SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA	47469390	957699402
MÉD. GINECO-OBSTETRA SAMUEL CHICANA ASPAJO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRÍCIA	06786720	942622816
MED. CIRUJANO OMAR H. SILVA AMAYA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	18172037	948867070
MED. DERMATÓLOGO JONATHAN R. FLORES RIVERA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA	41744729	903425125
LIC. ENF. SILVIA LLANQUECHA ÑAUPA	JEFA DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA	29710444	943413561
ING. SIST. JHON ALEXANDER ZAGACETA DAZA	JEFE DE LA OFICINA DE INFORMÁTICA, COMUNICACIONES Y ESTADÍSTICA.	42463390	975728149
MED. ANESTESIÓLOGA GABRIELA ROJAS VÁSQUEZ	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CENTRO QUIRÚRGICO	41778644	981678626



**IX. CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE EVALUADORES INTERNOS**

NOMBRE	CARGO	D.N. I	TELÉFONO
M.C. YANALY PÉREZ ALTAMIRANO	JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	74041106	950910143
MED. ESP. ADM. SALUD/MED. AUD. ZADITH M. FLORES GONZÁLEZ	RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN, DESARROLLO Y CALIDAD	41627748	970926722
M.C YORKY SALDAÑA TIMAY	JEFE DEL SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA	47469390	957699402
Q.F. BEYMER TUESTA GRANDEZ	JEFE DEL SERVICIO DE FARMACÍA	45313088	979262425
OBSTA. EMMA RUIZ CABRERA	JEFA DE OBSTETRAS	06786720	942496610
MED. ANESTESIÓLOGA GABRIELA ROJAS VÁSQUEZ	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CENTRO QUIRÚRGICO	41778644	981678626

**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.

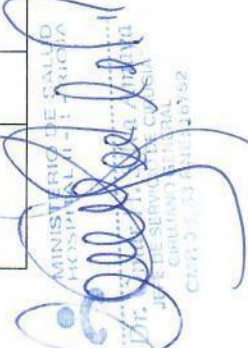
**Auditorías:**

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.

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.

  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
 MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL II-1 RIOJA  
 Med. Ciruj. Yanaly Vergara Peña  
 DIRECTORA HOSPITAL II-1 RIOJA

  
 MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL II-1 RIOJA  
 Lic. Comp. Sist. Informat. Gabriela Díaz  
 LICENCIADA EN SISTEMAS DE SALUD  
 CIR-158521

  
 Med. Anestesiólogo  
 CMP 55142 RNE 35566

REGIÓN SAN MARTÍN  
 MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL II-1 RIOJA  
 Lic. Comp. Sist. Informat. Gabriela Díaz  
 LICENCIADA EN SISTEMAS DE SALUD  
 CIR-158521

  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
 MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL II-1 RIOJA  
 Lic. Oscar Enrique Rodríguez Pérez  
 ADMINISTRADOR HOSPITAL II-1 RIOJA

REGIÓN SAN MARTÍN  
 MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL II-1 RIOJA  
 Lic. Comp. Sist. Informat. Gabriela Díaz  
 LICENCIADA EN SISTEMAS DE SALUD  
 CIR-158521

  
 MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL II-1 RIOJA  
 ZADITH M. FLORES GONZÁLEZ  
 MED. ESP. ADM. SALUD / OBSTETRA  
 CMP 053055 RNA 407973  
 JEFATURA OGDC

  
 ANGUELA PEREZ HEREDIA  
 LICENCIADA EN ENFERMERIA  
 CEP 69890

GOBIERNO REGIONAL  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
 HOSPITAL II-1 RIOJA  
 Dr. Jonathan Flores Rivas  
 JEFE DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
 CMP 41483 RNE 39504

  
 HOSPITAL II-1 RIOJA  
 OGDC