

CONSEJO NACIONAL DE RESIDENTADO MÉDICO

COMITÉ DIRECTIVO

LEY N° 30453

DECRETO SUPREMO N° 007-2017-SA

DECRETO SUPREMO N° 034-2023-SA

ACTA N° 06

SESIÓN EXTRAORDINARIA SEMIPRESENCIAL DEL COMITÉ DIRECTIVO

LUNES 11 MARZO DEL 2024

HORA DE INICIO : 15:00 horas (Segunda Convocatoria)
HORA DE TÉRMINO : 15:20 horas
MEDIO ELECTRONICO : Vía ZOOM de CONAREME

MIEMBROS ASISTENTES:

INSTITUCIÓN RECTORA

1) DR. VICENTE LEANDRO CRUZATE CABREJOS	PRESIDENTE	DE	CONAREME	-
Representante del Ministro de Salud				

DR. ALAN FIGUEROA APESTEGUI	SECRETARIO TÉCNICO – Comité Directivo del CONAREME
-----------------------------	--

INSTITUCIONES FORMADORAS EN RESIDENTADO MÉDICO

2) DRA. TERESA TRUJILLO HERRERA	Rep. Universidad Nacional Federico Villarreal
3) DR. CARLOS YARLEQUÉ CABRERA	Rep. Universidad Nacional de Piura
4) DR. VÍCTOR VALLEJO SANDOVAL	Rep. Universidad Científica del Sur
5) DRA. FAVIOLA RODRÍGUEZ ASCÓN	Rep. Universidad César Vallejo

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

6) DR. GUSTAVO ZENÓN TANTAS OBLITAS	Rep. Sanidad de las Fuerzas Armadas
-------------------------------------	-------------------------------------

INSTITUCIONES REPRESENTATIVAS

7) DR. MIGUEL FERNANDO FARFÁN DELGADO	Rep. Asociación Peruana de Facultades de Medicina
8) DR. JOSÉ LUIS LA ROSA BOTONERO	Rep. Colegio Médico del Perú
9) DR. BRIAN ADALBERTO RAFAEL HIDALGO Residentes	Rep. Asociación Nacional de Médicos Residentes

MIEMBROS AUSENTES:

10) DRA. KEILE JOYCE DESPOSORIO ROBLES	Rep. Sedes Docentes ESSALUD
11) DR. EDILBERTO TEMOCHE ESPINOZA	Rep. Sanidad de las Fuerzas Policiales
12) DRA. NADHIA LILIBETH MENDOZA BRIONES	Rep. Gobiernos Regionales

Siendo la hora establecida para el inicio de la Sesión Extraordinaria realizada bajo la modalidad vía zoom de CONAREME, se comprobó la asistencia, encontrándose presentes los integrantes acreditados en el Comité Directivo del CONAREME, cumpliéndose con lo establecido en el artículo 10° de la Ley N° 30453 y lo establecido en el artículo 10° del Reglamento de la Ley N° 30453, aprobado por Decreto Supremo N° 007-2017-SA, y su correspondiente Estatuto, verificándose la asistencia de nueve (09) integrantes los cuales cumplen con el quórum necesario; e instalada la presente Sesión Extraordinaria, cuya convocatoria y agenda para tratar, ha sido realizada bajo los alcances de la citada norma legal, el Estatuto de CONAREME y los alcances de la designación del representante del Titular del Ministerio de Salud, Resolución Ministerial N° 1114-2021/MINSA y la Resolución Ministerial N° 817-2023 /MINSA.

I. ORDEN DEL DIA:

1. EVALUACIÓN DE INFORMES DE LA COMISIÓN DE AUTORIZACIÓN DEL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS.

Dr. Alan Figueroa: Paso a proyectar el Acta de la Comisión de Autorización que tiene un resumen de la evaluación de la autorización de campos clínicos a propuesta por la Comisión, respecto a las solicitudes presentadas por la Universidad Nacional San Luis Gonzaga.

Dr. Vicente Cruzate: No habiendo consultas, podemos proceder con la votación de los Informes correspondientes a la Universidad Nacional San Luis Gonzaga.

Bajo estas consideraciones la Presidencia de Comité Directivo del Consejo Nacional de Residencia Médico, con la participación de un total de 09 Integrantes del Comité Directivo, a consideración de lo expuesto y agotado el mismo, se procedió a la siguiente votación, cabe señalar, que la presidencia cuenta con voto dirimente.

A favor: 08

En contra: 00

Abstenciones: 00

Producida la votación se aprobó por Unanimidad los siguientes acuerdos administrativos:

Acuerdo N° 060-2024-COMITÉ DIRECTIVO-CONAREME: Aprobar que la Institución Formadora Universitaria Universidad Nacional San Luis Gonzaga, acceda al ámbito regional de Ica, para el desarrollo del programa de residentado médico en la citada Región. Así también, que la Institución Formadora

Universitaria Universidad Nacional de San Luis Gonzaga, se le autorice excepcionalmente nuevos campos clínicos, en las sedes docentes de la Región Ica, descritas en el siguiente cuadro Anexo 1 al presente acuerdo; bajo los alcances del documento normativo: Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos, bajo el amparo del Decreto Supremo N° 034-2023-SA, con una vigencia de hasta el 31 de diciembre de 2024.

Anexo 1

SEDE DOCENTE	ESPECIALIDAD	CAMPO CLÍNICO SOLICITADO	CAMPO CLÍNICO AUTORIZADO	INFORMES
Hospital Santa María del Socorro	Anestesiología	2	2	INFORME N° 041-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Cirugía general	2	2	INFORME N° 042-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Ginecología y Obstetricia	1	1	INFORME N°043-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Medicina Interna	2	2	INFORME N° 044-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Ortopedia y Traumatología	1	1	INFORME N° 045-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Pediatría	2	2	INFORME N° 046-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
Hospital San José de Chincha	Cirugía general	1	1	INFORME N° 047-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Medicina interna	1	1	INFORME N° 048-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Pediatría	1	1	INFORME N° 049 -2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Radiología	1	1	INFORME N° 050-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
Hospital San Juan de Dios de Pisco	Cirugía General	1	1	INFORME N° 051-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Ginecología y Obstetricia	1	1	INFORME N° 052-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Medicina Interna	1	1	INFORME N° 053-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Pediatría	2	2	INFORME N° 054-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
Hospital Rene Toche Groppo	Anestesiología	1	1	INFORME N° 055-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Medicina Interna	1	1	INFORME N° 056-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
Hospital Regional de Ica	Anestesiología	4	4	INFORME N° 057-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Cardiología	1	1	INFORME N° 058-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Cirugía General	3	3	INFORME N° 059-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Gastroenterología	1	1	INFORME N° 060-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Ginecología y Obstetricia	3	3	INFORME N° 061-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

	Medicina Intensiva	1	1	INFORME N° 062-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Medicina Interna	3	3	INFORME N° 063-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Neurología	1	1	INFORME N° 064-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Ortopedia y Traumatología	2	2	INFORME N° 065-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Patología Clínica	2	2	INFORME N° 066-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Pediatría	3	3	INFORME N° 067-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Radiología	3	3	INFORME N° 068-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
Hospital Departamental de Huancavelica	Cirugía General	1	1	INFORME N° 069-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Ginecología y Obstetricia	1	1	INFORME N° 070-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Medicina Interna	1	1	INFORME N° 071-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Pediatría	1	1	INFORME N° 072-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
Hospital Regional de Ayacucho	Anestesiología	2	0	INFORME N° 073-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Cirugía General	2	0	INFORME N° 074-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Ginecología y Obstetricia	2	0	INFORME N° 075-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Medicina Interna	1	0	INFORME N° 076-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Ortopedia y Traumatología	1	0	INFORME N° 077-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Pediatría	2	0	INFORME N° 078-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
Hospital Augusto Hernández Mendoza	Anestesiología	2	2	INFORME N° 079-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Cirugía General	2	2	INFORME N° 080-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Ginecología y Obstetricia	2	2	INFORME N° 081-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Medicina Interna	3	3	INFORME N° 082-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Nefrología	1	1	INFORME N° 083-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Oftalmología	1	1	INFORME N° 084-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Ortopedia y Traumatología	1	1	INFORME N° 085-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Patología Clínica	1	1	INFORME N° 086-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Pediatría	2	2	INFORME N° 087-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Radiología	2	2	INFORME N° 088-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

Acuerdo N° 061-2024-COMITÉ DIRECTIVO-CONAREME: Autorizar a la Secretaría Técnica del Comité Directivo del CONAREME hacer de conocimiento a través de Oficio a la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, la decisión administrativa adoptada por el Comité Directivo del CONAREME, acorde con los alcances del Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos bajo el amparo del Decreto Supremo N° 034-2023-SA, a fin de interponer el recurso impugnativo correspondiente de no estar conforme con la citada decisión.

Dr. Alan Figueroa: La siguiente Acta que se proyecta de la Comisión de Autorización, contiene un resumen de la evaluación de la autorización de campos clínicos a propuesta por la Comisión, respecto a las solicitudes presentadas por la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Dr. Vicente Cruzate: ¿Existiría alguna consulta sobre lo expuesto? No habiendo consultas, procedemos con la votación.

Bajo estas consideraciones la Presidencia de Comité Directivo del Consejo Nacional de Residencia Médico, con la participación de un total de 09 Integrantes del Comité Directivo, a consideración de lo expuesto y agotado el mismo, se procedió a la siguiente votación, cabe señalar, que la presidencia cuenta con voto dirimente.

A favor: 07

En contra: 01 (ANMRP)

Abstenciones: 00

Producida la votación se aprobó por Mayoría los siguientes acuerdos administrativos:

Acuerdo N° 062-2024-COMITÉ DIRECTIVO-CONAREME: Aprobar que la Institución Formadora Universitaria Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, acceda al ámbito regional de Lambayeque, para el desarrollo del programa de residencia médica en la citada Región. Así también, que la Institución Formadora Universitaria Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, se le autorice excepcionalmente nuevos campos clínicos, en las sedes docentes de la Región Lambayeque, descritas en el siguiente cuadro Anexo 2 al presente acuerdo; bajo los alcances del documento normativo: Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos, bajo el amparo del Decreto Supremo N° 034-2023-SA, con una vigencia de hasta el 31 de diciembre de 2024.

Anexo 2

SEDE DOCENTE	ESPECIALIDAD	CAMPO CLINICO SOLICITADO	CAMPO CLINICO AUTORIZADO	INFORMES
Hospital Provincial Belén	Anestesiología	2	2	INFORME N° 089-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Ginecología y Obstetricia	1	1	INFORME N° 090-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Medicina Familiar y Comunitaria	4	4	INFORME N° 091-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Anatomía Patológica	1	0	INFORME N° 092-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Anestesiología	3	3	INFORME N° 093-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

Hospital Regional de Lambayeque	Cirugía General	3	3	INFORME N° 094 -2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Gastroenterología	1	1	INFORME N° 095-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Ginecología y Obstetricia	2	2	INFORME N° 096-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Medicina Intensiva	2	2	INFORME N° 097-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Medicina Interna	4	2	INFORME N° 098-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Nefrología	1	1	INFORME N° 099-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Ortopedia y Traumatología	2	2	INFORME N° 100-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Pediatría	3	3	INFORME N° 101-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Radiología	2	2	INFORME N° 102-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Urología	1	0	INFORME N° 103-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo	Anatomía Patológica	1	1	INFORME N° 104-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Anestesiología	3	3	INFORME N° 105-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Cardiología	2	2	INFORME N° 106-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Cirugía de Tórax y Cardiovascular	1	1	INFORME N° 107-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Cirugía General	2	2	INFORME N° 108-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Gastroenterología	1	1	INFORME N° 109-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Geriatría	1	1	INFORME N° 110-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Ginecología y Obstetricia	2	2	INFORME N° 111-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Hematología	1	1	INFORME N° 112-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Medicina Física y Rehabilitación	1	1	INFORME N° 113-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Medicina Intensiva	3	3	INFORME N° 114-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Medicina Interna	3	3	INFORME N° 115-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Medicina Oncológica	1	1	INFORME N° 116-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Nefrología	2	2	INFORME N° 117-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
Neurocirugía	1	1	INFORME N° 118-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME	

	Oftalmología	2	2	INFORME N° 119-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Ortopedia y Traumatología	2	2	INFORME N° 120-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Otorrinolaringología	1	1	INFORME N° 121-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Patología Clínica	1	1	INFORME N° 122-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Pediatría	2	2	INFORME N° 123-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Psiquiatría	1	1	INFORME N° 124-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Radiología	2	2	INFORME N° 125-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Urología	1	1	INFORME N° 126-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo	Anestesiología	2	0	INFORME N° 127-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Cirugía General	3	0	INFORME N° 128-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Ginecología y Obstetricia	3	0	INFORME N° 129-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Medicina Intensiva	1	0	INFORME N° 130-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Medicina Interna	3	0	INFORME N° 131-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Oftalmología	1	0	INFORME N° 132-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Ortopedia y Traumatología	1	0	INFORME N° 133-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME
	Pediatría	3	0	INFORME N° 134-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

Acuerdo N° 063-2024-COMITÉ DIRECTIVO-CONAREME: Autorizar a la Secretaría Técnica del Comité Directivo del CONAREME hacer de conocimiento a la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo a través de Oficio, la decisión administrativa adoptada por el Comité Directivo del CONAREME, acorde con los alcances del Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos bajo el amparo del Decreto Supremo N° 034-2023-SA, a fin de interponer el recurso impugnativo correspondiente de no estar conforme con la citada decisión.

2. DISPENSA DE APROBACIÓN DEL ACTA.

Dr. Alan Figueroa: Pasamos al último punto que es la dispensa de aprobación del acta. Pediría su voto por este punto, los que opongán sírvanse levantar la mano, los que se abstengan sírvanse levantar la mano.

Bajo estas consideraciones la Presidencia de Comité Directivo del Consejo Nacional de Residencia Médico, con la participación de un total de 09 Integrantes del Comité Directivo, a consideración de lo expuesto y agotado el mismo, se procedió a la siguiente votación, cabe señalar, que la presidencia cuenta con voto dirimente.

A favor: 08
En contra: 00
Abstenciones: 00

Producida la votación se aprobó por Unanimidad el siguiente acuerdo administrativo:

Acuerdo N° 064-2024-COMITÉ DIRECTIVO-CONAREME: Aprobar la dispensa de trámite de aprobación de acta, para la ejecución inmediata de los acuerdos adoptados en la presente sesión.

Dr. Alan Figueroa: Hemos concluido con la presentación de los puntos de agenda de hoy.

Dr. Vicente Cruzate: El tiempo que nos dieron es corto, pero estamos sumando esfuerzos para cumplir con los procesos; es por ello por lo que agradezco la participación de cada uno.

La presente Sesión Extraordinaria, finalizó a las 15:20 horas acordando sus integrantes en suscribirla y realizar su correspondiente publicación.

INFORME N° 041-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de los campos(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Anestesiología** en la sede docente acreditada **Hospital Santa María del Socorro** en relación con el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA ANESTESIOLOGÍA 2 Campos clínicos solicitados
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGIA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACION
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residencia Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°088-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente) 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Anestesiología)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	SI		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados. 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual.	1. Si envían foto 2. Contrato N°25-2020-UNICA. Adquisición de licencias de base de datos (Libros electrónicos, artículos científicos, revistas académicas de investigación) Herramientas digitales 3. Envían diagrama de acceso a la Biblioteca virtual.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	1. Ficha de registro de notas	1. Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	1. Resolución de comité de especialidad	1. Resolución Decanal N°101-D-FMHDAC-UNICA-24 (Comité De Especialidad de Anestesiología)
2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	1. Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	1. Envía carta de compromiso

III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	1. Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	1. Oficio N°231-2024-GORE-ICA-DRSA-DE-HSMSI-J-UADI (09 Anestesiólogos)
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	1. Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	1. Oficio N°231-2024-GORE-ICA-DRSA-DE-HSMSI-J-UADI
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	1. Documento de compromiso	1. Acta de compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	1. Documento de compromiso	1. Acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **02** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Anestesiología** en la sede docente de **Hospital Santa Maria del Socorro** ha obtenido el puntaje de 100%.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone autorizar **02** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Anestesiología** en la sede docente de Hospital Santa Maria del Socorro a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 042-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de los campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente acreditada **Hospital Santa María del Socorro** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA CIRUGÍA GENERAL 2 CAMPOS CLÍNICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
SEDE DOCENTE: HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO
ESPECIALIDAD: CIRUGÍA GENERAL

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACION
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°088-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente) 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Cirugía General)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	SI		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados. 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual.	1. Si envían foto 2. Contrato N°25-2020-UNICA. Adquisición de licencias de base de datos (Libros electrónicos, artículos científicos, revistas académicas de investigación) Herramientas digitales 3. Envían diagrama de acceso a la Biblioteca virtual.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	1. Ficha de registro de notas	1. Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	1. Resolución de comité de especialidad	1. Resolución Decanal N°102-D-FMHDAC-UNICA-24(Comité De Especialidad de Cirugía General)

2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	1. Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	1. Envía carta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	1. Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	1. Oficio N°231-2024-GORE-ICA-DRSA-DE-HSMSI-J-UADI (10 Cirugía General)
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico.	SI		10%	1. Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	1. Oficio N°231-2024-GORE-ICA-DRSA-DE-HSMSI-J-UADI.
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
1.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	1. Documento de compromiso	1. Acta de compromiso
1.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	1. Documento de compromiso	1. Acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100 %		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga**, en la cual solicita la autorización de **02** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente de **Hospital Santa Maria del**

Socorro presenta solo estadística de consultas externas de cirugía general las cuales no son todas actividades realizadas por la especialidad del programa solicitado.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente de **Hospital Santa Maria del Socorro** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N°043-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Ginecología y Obstetricia** en la sede docente acreditada **Hospital Santa Maria del Socorro** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024.

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 1 CAMPOS CLÍNICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

ESPECIALIDAD: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACION
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°088-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente) 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Ginecología y Obstetricia)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	SI		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados. 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual.	1. Si envían foto 2. Contrato N°25-2020-UNICA. Adquisición de licencias de base de datos (Libros electrónicos, artículos científicos, revistas académicas de investigación) 3. Envían diagrama de acceso a la Biblioteca virtual.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	1. Ficha de registro de notas	1. Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	1. Resolución de comité de especialidad	1. Resolución Decanal N°103-D-FMHDAC-UNICA-24(Comité De Especialidad de Ginecología y Obstetricia)
2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	1. Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	1. Envía carta de compromiso

III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	1. Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	1. Oficio N°231-2024-GORE-ICA-DRSA-DE-HSMSI-J-UADI (12 Ginecología y Obstetricia)
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	1. Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	1. Oficio N°231-2024-GORE-ICA-DRSA-DE-HSMSI-J-UADI.
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	1. Documento de compromiso	1. Acta de compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	1. Documento de compromiso	1. Acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga**, en la cual solicitan la autorización de **01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ginecología y Obstetricia** en la sede docente de **Hospital Santa Maria del Socorro** presenta solo estadística de consultas externas de cirugía general las cuales no son todas actividades realizadas por la especialidad del programa solicitado.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 01** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ginecología y Obstetricia** en la sede docente de Hospital Santa Maria del Socorro a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 044-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente acreditada **Hospital Santa María del Socorro** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024.

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA MEDICINA INTERNA 2 Campos clínicos solicitados
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACION
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residencia Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°088-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente) 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Medicina Interna)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	SI		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados. 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual.	1. Si envían foto 2. Contrato N°25-2020-UNICA. Adquisición de licencias de base de datos (Libros electrónicos, artículos científicos, revistas académicas de investigación) 3. Envían diagrama de acceso a la Biblioteca virtual.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	1. Ficha de registro de notas	1. Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	1. Resolución de comité de especialidad	1. Resolución Decanal N°106-D-FMHDAC-UNICA-24(Comité De Especialidad de Medicina Interna)
2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	1. Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	1. Envía carta de compromiso

III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	1. Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	1. Oficio N°231-2024-GORE-ICA-DRSA-DE-HSMSI-J-UADI (12 Medicina Interna)
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	1. Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	1. Oficio N°231-2024-GORE-ICA-DRSA-DE-HSMSI-J-UADI.
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	1. Documento de compromiso	1. Acta de compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	1. Documento de compromiso	1. Acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente de **Hospital Santa Maria del Socorro** ha obtenido el puntaje del 90%

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR** 02 campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente de Hospital Santa Maria del Socorro a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 045-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Ortopedia y Traumatología** en la sede docente acreditada **Hospital Santa Maria del Socorro** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA 1 CAMPO CLÍNICO SOLICITADO
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACION
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residencia Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°088-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente) 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Ortopedia y Traumatología)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	SI		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados. 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual.	1. Si envían foto 2. Contrato N°25-2020-UNICA. Adquisición de licencias de base de datos (Libros electrónicos, artículos científicos, revistas académicas de investigación) Herramientas digitales 3. Envían diagrama de acceso a la Biblioteca virtual
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual- Récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	1. Ficha de registro de notas	1. Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	1. Resolución de comité de especialidad	1. Resolución Decanal N°112-D-FMHDAC-UNICA-24(Comité De Especialidad de Ortopedia y Traumatología)
2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente)	SI		10%	1. Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	1. Envía carta de compromiso

acreditada)					
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	1. Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	1. Oficio N°231-2024-GORE-ICA-DRSA-DE-HSMSI-J-UADI (Ortopedia y Traumatología)
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	1. Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	1. Oficio N°231-2024-GORE-ICA-DRSA-DE-HSMSI-J-UADI.
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	1. Documento de compromiso	1. Acta de compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	1. Documento de compromiso	1. Acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **01** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ortopedia y traumatología** en la sede docente de **Hospital Santa Maria del Socorro** presenta solo estadística de consultas externas de cirugía general las cuales no son todas actividades realizadas por la especialidad del programa solicitado.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 01** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ortopedia y traumatología** en la sede docente de Hospital Santa Maria del Socorro a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 046 - 2024-COMISION AUTORIZACION -CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de los campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Pediatría** en la sede docente acreditada **Hospital Santa María del Socorro** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA PEDIATRÍA 2 CAMPOS CLÍNICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

ESPECIALIDAD: PEDIATRÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACION
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°088-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente) 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Pediatría)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	SI		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados. 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual.	1. Si envían foto 2. Contrato N°25-2020-UNICA. Adquisición de licencias de base de datos (Libros electrónicos, artículos científicos, revistas académicas de investigación) 3. Envían diagrama de acceso a la Biblioteca virtual.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	1. Ficha de registro de notas	1. Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	1. Resolución de comité de especialidad	1. Resolución Decanal N°112-D-FMHDAC-UNICA-24(Comité De Especialidad de Pediatra)
2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	1. Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	1. Envía carta de compromiso

III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS						
3.1	La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	1. Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	1. Oficio N°231-2024-GORE-ICA-DRSA-DE-HSMSI-J-UADI (11 Pediatría)
3.2	Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	1. Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	1. Oficio N°231-2024-GORE-ICA-DRSA-DE-HSMSI-J-UADI.
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL						
4.1	Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	1. Documento de compromiso	1. Acta de compromiso
4.2	Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	1. Documento de compromiso	1. Acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL				100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga**, en la cual solicita la autorización de **02** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Pediatra** en la sede docente del **Hospital Santa Maria del Socorro** ha obtenido el puntaje del 90%.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 02** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Pediatra** en la sede docente de Hospital Santa Maria del Socorro a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga hasta** el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 047-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de **01** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente acreditada **Hospital San Jose de Chincha** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA CIRUGÍA GENERAL 1 CAMPO CLÍNICO SOLICITADO
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
5Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA

ESPECIALIDAD: CIRUGÍA GENERAL

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACION
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residencia Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°107-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente) 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Medicina Interna)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	SI		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados. 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual.	1. Si envían foto 2. Contrato N°25-2020-UNICA. Adquisición de licencias de base de datos (Libros electrónicos, revistas científicas, revistas académicas de investigación) Herramientas digitales 3. Envían diagrama de acceso a la Biblioteca virtual.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	1. Ficha de registro de notas	1. Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	1. Resolución de comité de especialidad	1. Resolución Decanal N°106-D-FMHDAC-UNICA-24(Comité De Especialidad de Medicina Interna)
2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente)	SI		10%	1. Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	1. Envía carta de compromiso

acreditada)					
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	1. Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	1. Nota 019-2024-HSJCH/UEel (7 Medicina Interna)
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	1. Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	1. Nota 019-2024-HSJCH/UEel
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	1. Documento de compromiso	1. Acta de compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	1. Documento de compromiso	1. Acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga**, en la cual solicitan la autorización de **01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente de **Hospital San Jose de Chincha** presenta toda la información solicitada cumpliendo en un 100%.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente de **Hospital San Jose de Chincha** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 048-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente acreditada **Hospital San Jose de Chincha** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA MEDICINA INTERNA 1 CAMPO CLÍNICO SOLICITADO
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACION
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residencia Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°107-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente) 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Medicina Interna)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	SI		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados. 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual.	1. Si envían foto 2. Contrato N°25-2020-UNICA. Adquisición de licencias de base de datos (Libros electrónicos, artículos científicos, revistas académicas de investigación) 3. Envían diagrama de acceso a la Biblioteca virtual.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	1. Ficha de registro de notas	1. Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	1. Resolución de comité de especialidad	1. Resolución Decanal N°106-D-FMHDAC-UNICA-24(Comité De Especialidad de Medicina Interna)
2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	1. Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	1. Envía carta de compromiso

III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	1. Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	1. Nota 019-2024-HSJCH/UEel(7 Medicina Interna
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	1. Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	1. Nota 019-2024-HSJCH/UEel
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	1. Documento de compromiso	1. Acta de compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	1. Documento de compromiso	2. Acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga**, en la cual solicita la autorización de **01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente de **Hospital San Jose de Chincha** presenta toda la información solicitada cumpliendo en un 100%.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente de **Hospital San Jose de Chincha** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 049 -2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Pediatría** en la sede docente acreditada **Hospital San Jose de Chincha** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA PEDIATRIA 1 CAMPO CLÍNICO SOLICITADO
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA

ESPECIALIDAD: PEDIATRÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACION
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°107-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente) 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Pediatría)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	SI		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados. 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual.	1. Si envían foto 2. Contrato N°25-2020-UNICA. Adquisición de licencias de base de datos (Libros electrónicos, artículos científicos, revistas académicas de investigación) 3. Envían diagrama de acceso a la Biblioteca virtual.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
1.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	1. Ficha de registro de notas	1. Si envía ficha
1.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	1. Resolución de comité de especialidad	1. Resolución Decanal N°112-D-FMHDAC-UNICA-24(Comité De Especialidad de Pediatría)
1.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	1. Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	1. Envía carta de compromiso

III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
1.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	1. Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	1. Nota 019-2024-HSJCH/Ueel (11 Pediatría)
1.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	1. Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	1. Nota 019-2024-HSJCH/UEel
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	1. Documento de compromiso	1. Acta de compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	1. Documento de compromiso	1. Acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga**, en la cual solicitan la autorización de **01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Pediatra** en la sede docente de **Hospital San José de Chincha** presenta toda la información solicitada cumpliendo en un 100%.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Pediatra** en la sede docente de **Hospital San Jose de Chincha** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 050-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Radiología** en la sede docente acreditada **Hospital San Jose de Chincha** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA RADIOLOGÍA 1 CAMPO CLÍNICO SOLICITADO
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA

ESPECIALIDAD: RADIOLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACION
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residencia Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°107-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente) 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Radiología)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	SI		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados. 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual.	1. Si envían foto 2. Contrato N°25-2020-UNICA. Adquisición de licencias de base de datos (Libros electrónicos, artículos científicos, revistas académicas de investigación) 3. Envían diagrama de acceso a la Biblioteca virtual.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	1. Ficha de registro de notas	1. Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	1. Resolución de comité de especialidad	1. Resolución Decanal N°113-D-FMH DAC-UNICA-24 (Comité De Especialidad de Radiología)
2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	1. Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	1. Envía carta de compromiso

III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	1. Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	1. Nota 019-2024-HSJCH/Jeel (11 Pediatría)
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	1. Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	1. Nota 019-2024-HSJCH/UEel
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	1. Documento de compromiso	1. Acta de compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	1. Documento de compromiso	1. Acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga**, en la cual solicitan la autorización de **01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Radiología** en la sede docente de **Hospital San Jose de Chincha** presenta toda la información solicitada cumpliendo en un 100%.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Radiología** en la sede docente de **Hospital San Jose de Chincha** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre 2024.

INFORME N° 051-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente acreditada **Hospital San Juan de Dios** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024.

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA CIRUGÍA GENERAL 01 campo clinico solicitado
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

ESPECIALIDAD: CIRUGÍA GENERAL

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACION
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. RCD N° 022 – 2023 Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME ST. Autorización de programa de Cirugía General.
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	SI		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados. 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual.	1. Si envía Fotos 2. Adjunta contrato N° 25-202 UNICA 3. Envía Afiches del acceso a biblioteca virtual
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de acceso a campo virtual y récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	1. Ficha de registro de notas	1. Adjunta pantalla de web con acceso a la solicitud de notas, así como envía la ficha de registro de notas
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	1. Resolución de comité de especialidad	1. Si cuenta con RD N°102-D-FMHDAC-UNICA-24
2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	1. Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	1. Si adjunta acta de compromiso

III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	1. Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	1. Envía listado con 11 cirujanos que labora en la IPRESS bajo contrato 276. Documento es firmado por responsable de docencia e investigación de la IPRESS
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico		NO	0%	1. Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	1. Adjunta listado de diagnósticos, no se aprecia las atenciones y/o procedimientos
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	1. Documento de compromiso	1. Si adjunta acta de compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	1. Documento de compromiso	1. Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			90%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga**, en la cual solicita la autorización de **01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente de **Hospital San Juan de Dios**, ha obtenido el puntaje de **90%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente de **Hospital San Juan de Dios** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 052-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de 01 campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Ginecología y Obstetricia** en la sede docente acreditada **Hospital San Juan de Dios** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA 01 CAMPO CLINICO SOLICITADO
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

ESPECIALIDAD: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. RCD N° 022 – 2023 Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME ST. Autorización de programa de Ginecología y Obstetricia.
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	X		10%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta contrato N° 25-202 UNICA 3. Envía Afiches del acceso a biblioteca virtual
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de acceso a campo virtual y récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	X		10%	1. Ficha de registro de notas	1. Adjunta pantalla de web con acceso a la solicitud de notas, así como envía la ficha de registro de notas
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	1. Resolución de comité de especialidad	1. Si cuenta con RD N°103-D-FMHDAC-UNICA-24

2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	1. Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	1. Si adjunta acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	X		10%	1. Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	1. Envía listado con 12 médicos ginecólogos que laboran en la IPRESS bajo contrato 276. Documento es firmado por responsable de docencia e investigación de la IPRESS
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico		X	0%	1. Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	1. Se adjunta listado de diagnósticos obstétricos
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	1. Documento de compromiso	1. Si adjunta acta de compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	1. Documento de compromiso	1. Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			90%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga**, en la cual solicita la autorización de **01** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ginecología y Obstetricia** en la sede docente de **Hospital San Juan de Dios** ha obtenido el puntaje de **90%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización **PROPONE AUTORIZAR 01** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ginecología y Obstetricia** en la sede docente de **Hospital San Juan de Dios** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 053-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de 01 campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente acreditada **Hospital San Juan de Dios** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA MEDICINA INTERNA 01 CAMPO CLINICO SOLICITADO
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. RCD N° 022 – 2023 Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME ST. Autorización de programa de Medicina Interna.
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	X		10%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta contrato N° 25-202 UNICA 3. Envía Afiches del acceso a biblioteca virtual
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de acceso a campo virtual y récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	X		10%	1. Ficha de registro de notas	1. Adjunta pantalla de web con acceso a la solicitud de notas, así como envía la ficha de registro de notas
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	1. Resolución de comité de especialidad	1. Si cuenta con RD N°106-D-FMHDAC-UNICA-24

2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	1. Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	1. Si adjunta acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	X		10%	1. Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	1. Envía listado con 05 médicos internistas que labora en la IPRESS bajo contrato 276. Documento es firmado por responsable de docencia e investigación de la IPRESS
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	1. Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	1. Se adjunta listado de diagnósticos, que fueron atendidos por el Servicio de Medicina. En total hay 4518.
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	1. Documento de compromiso	1. Si adjunta acta de compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	1. Documento de compromiso	1. Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **01** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente de **Hospital San Juan de Dios** ha obtenido el puntaje de **100%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización **PROPONE AUTORIZAR 01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente de **Hospital San Juan de Dios** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 054-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de 02 campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Pediatría** en la sede docente acreditada **Hospital San Juan de Dios** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA PEDIATRÍA (02 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS)
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

ESPECIALIDAD: PEDIATRÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. RCD N° 022 – 2023 Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME ST. Autorización de programa de Pediatría.
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	X		10%	1.Foto de Biblioteca física 2.Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3.Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta contrato N° 25-202 UNICA 3. Envía Afiches del acceso a biblioteca virtual
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de acceso a campo virtual y récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta pantalla de web con acceso a la solicitud de notas, así como envía la ficha de registro de notas
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con RD N°112-D-FMHDAC-UNICA-24
2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta acta de compromiso

III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	X		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Envía listado con 06 pediatras que laboran en la IPRESS bajo contrato 276. Documento es firmado por responsable de docencia e investigación de la IPRESS
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	1. Se adjunta listado de diagnósticos que fueron atendidos en el servicio.
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **02** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Pediatría** en la sede docente de **Hospital San Juan de Dios** ha obtenido el puntaje de **100%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización **PROPONE AUTORIZAR 02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Pediatría** en la sede docente de **Hospital San Juan de Dios** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 055-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de 01 campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Anestesiología** en la sede docente acreditada **Hospital Rene Toche Groppo** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA ANESTESIOLOGIA 01 CAMPO CLINICO SOLICITADO
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL RENE TOCHE GROPPA

ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residencia Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N° 0174-2024-CONAREME-ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME ST. Autorización de programa de Anestesiología.
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	X		10%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta contrato N° 25-202 UNICA 3. Envía Afiches del acceso a biblioteca virtual
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de acceso a campo virtual y récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta pantalla de web con acceso a la solicitud de notas, así como envía la ficha de registro de notas
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con RD N°101-D-FMHDAC-UNICA-24
2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta acta de compromiso

III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	X		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Envía listado con 08 anestesiólogos que labora en la IPRESS, firmado por Jefe de personal de la IPRESS
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Se adjunta de procedimientos de la especialidad
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **01** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Anestesiología** en la sede docente de **Hospital Rene Toche Groppo** ha obtenido el puntaje de **100%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización PROPONE **AUTORIZAR 01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Anestesiología** en la sede docente de **Hospital Rene Toche Groppo** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 056-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de 01 campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente acreditada **Hospital Rene Toche Groppo** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA MEDICINA INTERNA 01 CAMPO CLINICO SOLICITADO
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL RENE TOCHE GROPPPO

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N° 0174-2024-CONAREME-ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME ST. Autorización de programa de Medicina Interna.
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	X		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta contrato N° 25-202 UNICA. 3. Envía Afiches del acceso a biblioteca virtual
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de acceso a campo virtual y récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta pantalla de web con acceso a la solicitud de notas, así como envía la ficha de registro de notas
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con RD N°106-D-FMH DAC-UNICA-24

2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	X		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Envía listado con 04 médicos internistas que labora en la IPRESS, firmado por Jefe de personal de la IPRESS
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Se adjunta listado de diagnósticos, que fueron atendidos por el Servicio de Medicina.
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga**, en la cual solicitan la autorización de **01** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente de **Hospital Rene Toche Groppo** ha obtenido el puntaje de **100%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente de **Hospital Rene Toche Groppo** a la Institución Solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 057-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Anestesiología** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Ica** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA ANESTESIOLOGÍA 4 CAMPO CLÍNICO SOLICITADO
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE ICA

ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°054-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente-Hospital Regional de Ica) 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Anestesiología)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	SI		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envían foto 2. Contrato N°25-2020-UNICA. Adquisición de licencias de base de datos (Libros electrónicos, artículos científicos, revistas académicas de investigación) Herramientas digitales 3. Envían diagrama de acceso a la Biblioteca virtual.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	1. Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	1. Resolución Decanal N°101-D-FMHDAC-UNICA-24(Comité De Especialidad de Anestesiología)

2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	1. Envía carta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Nota 038-2024-HRI-OEA-ORRH/USEEL (16 Anestesiología)
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Nota 038-2024-HRI-OEA-ORRH/USEEL (16 Anestesiología)
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga**, en la que solicita la autorización de **04** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de Anestesiología en la sede docente de **Hospital Regional de Ica** habiendo obtenido un puntaje de 100%.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de autorización propone **AUTORIZAR 04** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Anestesiología** en la sede docente de **Hospital Regional de Ica** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 058-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Cardiología** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Ica** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA CARDIOLOGÍA 1 Campo clínico solicitado
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE ICA

ESPECIALIDAD: CARDIOLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°054-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente-Hospital Regional de Ica) 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Anestesiología)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	SI		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envían foto 2. Contrato N°25-2020-UNICA. Adquisición de licencias de base de datos (Libros electrónicos, artículos científicos, revistas académicas de investigación) Herramientas digitales 3. Envían diagrama de acceso a la Biblioteca virtual.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	1. Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	1. Resolución Decanal N°100-D-FMHDAC-UNICA-24 (Comité De Especialidad de Cardiología)

2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	1. Envía carta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Nota 038-2024-HRI-OEA-ORRH/USEEL (16 Anestesiología)
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Incidencia de Patología y procedimientos – Cardiología (Oficina de estadística)
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Cardiología** en la sede docente de **Hospital Regional de Ica** presenta información solicitada cumpliendo el 100%.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Cardiología** en la sede docente de **Hospital Regional de Ica** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 059-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Ica** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA CIRUGÍA GENERAL 3 Campos clínico solicitado
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE ICA

ESPECIALIDAD: CIRUGÍA GENERAL

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°054-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente-Hospital Regional de Ica) 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Cirugía General)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	SI		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envían foto 2. Contrato N°25-2020-UNICA. Adquisición de licencias de base de datos (Libros electrónicos, artículos científicos, revistas académicas de investigación) 3. Envían diagrama de acceso a la Biblioteca virtual.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	1. Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	1. Resolución Decanal N°102-D-FMHDAC-UNICA-24 (Comité De Especialidad de Cirugía General)

2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	1. Envía carta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Nota 038-2024-HRI-OEA-ORRH/USEEL (17 Cirugía General)
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Incidencia de Patología y procedimientos – Cirugía General (Oficina de estadística)
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **03** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente de **Hospital Regional de Ica** presenta información solicitada cumpliendo el 100%.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 03** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente de **Hospital Regional de Ica** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga**.

INFORME N° 060-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Gastroenterología** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Ica** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA GASTROENTEROLOGIA 1 Campo clínico solicitado
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE ICA

ESPECIALIDAD: GASTROENTEROLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°054-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente-Hospital Regional de Ica) 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Anestesiología)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	SI		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envían foto 2. Contrato N°25-2020-UNICA. Adquisición de licencias de base de datos (Libros electrónicos, artículos científicos, revistas académicas de investigación) 3. Envían diagrama de acceso a la Biblioteca virtual.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	1. Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	1. Resolución Decanal N°104-D-FMHDAC-UNICA-24(Comité De Especialidad de Gastroenterología)

2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	1. Envía carta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Nota 038-2024-HRI-OEA-ORRH/USEEL (6 Gastroenterología)
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Incidencia de Patología y procedimientos – Gastroenterología (Oficina de estadística)
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga**, en la que solicita la autorización de **01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Gastroenterología** en la sede docente de **Hospital Regional de Ica** presenta información solicitada cumpliendo el 100%.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Gastroenterología** en la sede docente de **Hospital Regional de Ica** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga**.

INFORME N° 061-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Ginecología y Obstetricia** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Ica** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 3 CAMPOS CLÍNICO SOLICITADO
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE ICA

ESPECIALIDAD: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°054-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente-Hospital Regional de Ica) 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Ginecología y Obstetricia)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	SI		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envían foto 2. Contrato N°25-2020-UNICA. Adquisición de licencias de base de datos (Libros electrónicos, artículos científicos, revistas académicas de investigación) 3. Envían diagrama de acceso a la Biblioteca virtual.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	1. Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	1. Resolución Decanal N°103-D-FMHDAC-UNICA-24(Comité De Especialidad de Ginecología y Obstetricia)

2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	1. Envía carta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Nota 038-2024-HRI-OEA-ORRH/USEEL (18 Ginecología Y Obstetricia)
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Incidencia de Patología y procedimientos – Ginecología y Obstetricia (Oficina de estadística)
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **03** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ginecología y Obstetricia** en la sede docente de **Hospital Regional de Ica** presenta información solicitada cumpliendo el 100%.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 03** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ginecología y Obstetricia** en la sede docente de **Hospital Regional de Ica** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 062-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Medicina Intensiva** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Ica** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA MEDICINA INTENSIVA 1 CAMPO CLÍNICO SOLICITADO
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE ICA

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTENSIVA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°054-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente-Hospital Regional de Ica) 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Medicina Intensiva)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	SI		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envían foto 2. Contrato N°25-2020-UNICA. Adquisición de licencias de base de datos (Libros electrónicos, artículos científicos, revistas académicas de investigación) 3. Envían diagrama de acceso a la Biblioteca virtual.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	1. Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	1. Resolución Decanal N°105-D-FMH DAC-UNICA-24(Comité De Especialidad de MEDICINA INTENSIVA)

2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	1. Envía carta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Nota 038-2024-HRI-OEA-ORRH/USEEL (7 Medicina Intensiva)
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	Información enviada por Jefe de Medicina Intensiva - Estadística 2023-Medicina Intensiva
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **01** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de Medicina Intensiva en la sede docente de **Hospital Regional de Ica**, ha obtenido un puntaje de 100%.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 01** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de Medicina Intensiva en la sede docente de **Hospital Regional de Ica** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 063-2024-COMISION AUTORIZACION -CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Ica** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA MEDICINA INTERNA 3 campo clínico solicitado
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE ICA

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°054-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente-Hospital Regional de Ica) 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Medicina Interna)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	SI		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envían foto 2. Contrato N°25-2020-UNICA. Adquisición de licencias de base de datos (Libros electrónicos, artículos científicos, revistas académicas de investigación) Herramientas digitales 3. Envían diagrama de acceso a la Biblioteca virtual.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	1. Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	1. Resolución Decanal N°106-D-FMHDAC-UNICA-24(Comité De Especialidad de Medicina Interna)

2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	1. Envía carta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Nota 038-2024-HRI-OEA-ORRH/USEEL (31 Medicina Interna)
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Incidencia de Patología y procedimientos – Medicina Interna (Oficina de estadística)
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga**, en la cual solicita la autorización de **03** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente de **Hospital Regional de Ica**, ha obtenido un puntaje de 100%.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 03** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente de **Hospital Regional de Ica** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 064-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de **01** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Neurología** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Ica** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA NEUROLOGÍA 1 CAMPO CLÍNICO SOLICITADO
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE ICA

ESPECIALIDAD: NEUROLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°054-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente-Hospital Regional de Ica) 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Neurología)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	SI		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envían foto 2. Contrato N°25-2020-UNICA. Adquisición de licencias de base de datos (Libros electrónicos, artículos científicos, revistas académicas de investigación) 3. Envían diagrama de acceso a la Biblioteca virtual.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	1. Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	1. Resolución Decanal N° 108-D-FMHDAC-UNICA-24(Comité De Especialidad de Neurología)

2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	1. Envía carta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Nota 038-2024-HRI-OEA-ORRH/USEEL (3 Neurología)
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Incidencia de Patología y procedimientos – Neurología (Oficina de estadística)
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga**, en la cual solicita la autorización de **01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Neurología** en la sede docente de **Hospital Regional de Ica** presenta información solicitada cumpliendo el 100%.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Neurología** en la sede docente de **Hospital Regional de Ica** a la Institución Solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 065-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Ortopedia y traumatología** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Ica** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA 2 Campos clínico solicitado
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE ICA

ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°054-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente-Hospital Regional de Ica) 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Ortopedia y Traumatología)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	SI		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envían foto 2. Contrato N°25-2020-UNICA. Adquisición de licencias de base de datos (Libros electrónicos, artículos científicos, revistas académicas de investigación) Herramientas digitales 3. Envían diagrama de acceso a la Biblioteca virtual.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	Resolución Decanal N°111-D-FMHDAC-UNICA-24(Comité De Especialidad de Ortopedia y traumatología)

2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	1. Envía carta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Nota 038-2024-HRI-OEA-ORRH/USEEL (07 Ortopedia y Traumatología)
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Oficio 656-2024-GORE-ICA-DRSA-HRI/RDE Estadística- Ortopedia y traumatología
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional San Luis Gonzaga**, en la cual solicita la autorización de **02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ortopedia y traumatología** en la sede docente de **Hospital Regional de Ica**, ha obtenido un puntaje de 100%.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 02** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ortopedia y traumatología** en la sede docente de **Hospital Regional de Ica** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 066-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Patología Clínica** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Ica** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campo

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA PATOLOGÍA CLÍNICA 2 Campo clínico solicitado
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

COMISION DE AUTORIZACION

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE ICA

ESPECIALIDAD: PATOLOGÍA CLÍNICA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°054-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente-Hospital Regional de Ica) 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Patología Clínica)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	SI		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envían foto 2. Contrato N°25-2020-UNICA. Adquisición de licencias de base de datos (Libros electrónicos, artículos científicos, revistas académicas de investigación) 3. Envían diagrama de acceso a la Biblioteca virtual.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	1. Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	2. Resolución Decanal N°110-D-FMHDAC-UNICA-24(Comité De Especialidad de Patología clínica)

COMISION DE AUTORIZACION

2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	1. Envía carta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Nota 038-2024-HRI-OEA-ORRH/USEEL (4 Patología clínica)
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Oficio 656-2024-GORE-ICA-DRSA-HRI/RDE Estadística-Patología clínica
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga**, en la cual solicita la autorización de **02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de Patología Clínica en la sede docente de **Hospital Regional de Ica**, ha obtenido un puntaje de 100%.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Patología Clínica** en la sede docente de **Hospital Regional de Ica** a la Institución Solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

COMISION DE AUTORIZACION

INFORME N° 067-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **PEDIATRÍA** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Ica** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA PEDIATRÍA 3 Campo clínico solicitado
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE ICA

ESPECIALIDAD: PEDIATRÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°054-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente-Hospital Regional de Ica) 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Pediatría)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	SI		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envían foto 2. Contrato N°25-2020-UNICA. Adquisición de licencias de base de datos (Libros electrónicos, artículos científicos, revistas académicas de investigación) Herramientas digitales 3. Envían diagrama de acceso a la Biblioteca virtual.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	1. Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	1. Resolución Decanal N°112-D-FMHDAC-UNICA-24 (Comité De Especialidad de PEDIATRIA)

2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	1. Envía carta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Nota 038-2024-HRI-OEA-ORRH/USEEL (26 Pediatría)
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Incidencia de patologías y Procedimientos- Estadística-Pediatría
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional San Luis Gonzaga**, en la cual solicitan la autorización de **03** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de Pediatría en la sede docente de **Hospital Regional de Ica**, ha obtenido un puntaje de 100%.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 03** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Pediatría** en la sede docente de **Hospital Regional de Ica** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 068-2024-COMISION AUTORIZACION- CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **RADIOLOGIA** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Ica** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA RADIOLOGÍA 3 CAMPO CLÍNICO SOLICITADO
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE ICA

ESPECIALIDAD: RADIOLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°054-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente-Hospital Regional de Ica) 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Radiología)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	SI		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envían foto 2. Contrato N°25-2020-UNICA. Adquisición de licencias de base de datos (Libros electrónicos, artículos científicos, revistas académicas de investigación) Herramientas digitales 3. Envían diagrama de acceso a la Biblioteca virtual.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	Resolución Decanal N°113-D-FMHDAC-UNICA-24(Comité De Especialidad de RADIOLOGIA)

2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	1. Envía carta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Nota 038-2024-HRI-OEA-ORRH/USEEL (9 Radiología)
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Oficio 656-2024-GORE-ICA-DRSIHRI/DE Incidencia de patologías y Procedimientos- Estadística-radiología
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **03** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de Radiología en la sede docente de **Hospital Regional de Ica** presenta información solicitada cumpliendo el 100%.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización **PROPONE AUTORIZAR 03** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Radiología** en la sede docente de **Hospital Regional de Ica** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 069-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente acreditada **Hospital Departamental de Huancavelica** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA CIRUGÍA GENERAL 1 CAMPO CLÍNICO SOLICITADO
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
SEDE DOCENTE: HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCABELICA
ESPECIALIDAD: CIRUGÍA GENERAL

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. N°120-2023 COMTE DIRECTIVO DE CONAREME (Acredita la sede docente) 2. Oficio N°169-2024 CONAREME-ST Autoriza programas
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	SI		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envían foto 2. Contrato N°25-2020-UNICA. Adquisición de licencias de base de datos (Libros electrónicos, artículos científicos, revistas académicas de investigación) Herramientas digitales 3. Envían diagrama de acceso a la Biblioteca virtual.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	Resolución Decanal N°102-D-FMHDAC-UNICA-24(Comité De Especialidad de Cirugía General)

2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Envía carta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)		NO	0%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Lista de especialistas para tutores de residentado-firmado por jefe de la oficina de apoyo a la docencia en el cual solo hay 1 especialista (tutor)
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Oficio 277-2024-/GOB.REG.HVCA/DIRESA.HD-HVCA-DE Envía incidencia de patología y/o procedimientos - listado donde se menciona la atención de 3301 patología y/o procedimientos
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			90%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Se evaluó el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de Cirugía General en la sede docente de **Hospital Departamental de Huancavelica**, ha obtenido un puntaje de 90%

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente de **Hospital Departamental de Huancavelica** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 070-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de Ginecología y Obstetricia en la sede docente acreditada **Hospital Departamental de Huancavelica** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 1 CAMPO CLÍNICO SOLICITADO
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
SEDE DOCENTE: HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCABELICA
ESPECIALIDAD: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. N°120-2023 COMTE DIRECTIVO DE CONAREME (Acredita la sede docente) 2. Oficio N°169-2024 CONAREME-ST Autoriza programas
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	SI		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envían foto 2. Contrato N°25-2020-UNICA. Adquisición de licencias de base de datos (Libros electrónicos, artículos científicos, revistas académicas de investigación) Herramientas digitales 3. Envían diagrama de acceso a la Biblioteca virtual.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	Resolución Decanal N°103-D-FMHDAC-UNICA-24(Comité De Especialidad de Ginecología y Obstetricia
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	Envía carta de compromiso

2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Envía carta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)		NO	0%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Oficio 277-2024- /GOB.REG.HVCA/DIRESA.HD-HVCA-DE en el cual envía lista de tutores de residentado-firmado por jefe de la oficina de apoyo a la docencia en el cual solo hay 1 especialista
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico		NO	0%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Oficio 277-2024- /GOB.REG.HVCA/DIRESA.HD-HVCA-DE No envían estadística
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Presenta compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Presenta compromiso
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Se evaluó el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de 01 campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de Ginecología y Obstetricia en la sede docente de **Hospital Departamental de Huancavelica**, ha obtenido un puntaje de 80%.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR** 01 campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de Ginecología y Obstetricia en la sede docente de **Hospital Departamental de**

Huancavelica a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 071-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de Medicina Interna en la sede docente acreditada **Hospital Departamental de Huancavelica** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA MEDICINA INTERNA 1 CAMPO CLÍNICO SOLICITADO
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
SEDE DOCENTE: HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCABELICA
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. N°120-2023 COMTE DIRECTIVO DE CONAREME (Acredita la sede docente) 2. Oficio N°169-2024 CONAREME-ST Autoriza programas
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	SI		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envían foto 2. Contrato N°25-2020-UNICA. Adquisición de licencias de base de datos (Libros electrónicos, artículos científicos, revistas académicas de investigación) Herramientas digitales 3. Envían diagrama de acceso a la Biblioteca virtual.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	Resolución Decanal N°106-D-FMHDAC-UNICA-24(Comité De Especialidad de Medicina Interna)
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	Envía carta de compromiso

2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Envía carta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)		NO	0%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Oficio 277-2024-/GOB.REG.HVCA/DIRESA.HD-HVCA-DE Lista de especialistas para tutores de residentado-firmado por jefe de la oficina de apoyo a la docencia en el cual solo hay 1 especialista
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Oficio 277-2024-/GOB.REG.HVCA/DIRESA.HD-HVCA-DE Envía listado de estadísticas de patologías y/o procedimientos.
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Presenta compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Presenta compromiso
PORCENTAJE TOTAL			90%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Se evaluó el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **01** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de Medicina Interna en la sede docente de **Hospital Departamental de Huancavelica**, ha obtenido un puntaje de 90%.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización **PROPONE AUTORIZAR 01** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de Medicina Interna en la sede docente de **Hospital Departamental de Huancavelica** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 072-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de Pediatría en la sede docente acreditada **Hospital Departamental de Huancavelica** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA PEDIATRÍA 1 CAMPO CLÍNICO SOLICITADO
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
SEDE DOCENTE: HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCABELICA
ESPECIALIDAD: PEDIATRIA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. N°120-2023 COMTE DIRECTIVO DE CONAREME (Acredita la sede docente) 2. Oficio N°169-2024 CONAREME-ST Autoriza programas
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	SI		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envían foto 2. Contrato N°25-2020-UNICA. Adquisición de licencias de base de datos (Libros electrónicos, artículos científicos, revistas académicas de investigación) Herramientas digitales 3. Envían diagrama de acceso a la Biblioteca virtual.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	Resolución Decanal N°112-D-FMHDAC-UNICA-24 (Comité De Especialidad de Pediatría)
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	Envía carta de compromiso

2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Envía carta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)		NO	0%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Lista de especialistas para tutores de residentado-firmado por jefe de la oficina de apoyo a la docencia en el cual solo hay 1 especialista
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Oficio 277-2024-/GOB.REG.HVCA/DIRESA.HD-HVCA-DE Envía listado de estadísticas (firmado por Jefe de la Oficina de Docencia) en donde se menciona las patologías y/o procedimientos
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Presenta compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Presenta compromiso
PORCENTAJE TOTAL			90%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Se evaluó el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga**, en la que solicita la autorización de **01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de Pediatría en la sede docente de **Hospital Departamental de Huancavelica**, ha obtenido un puntaje de 90%

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización **propone AUTORIZAR 01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de Pediatría en la sede docente de **Hospital Departamental de**

Huancavelica a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 073-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Anestesiología** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Ayacucho** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	(UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA) (ANESTESIOLOGIA) (02 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS)
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	NO
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

**MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN
DE CAMPOSCLÍNICOS**

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO

ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGIA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.				1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)				1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.				Evidencia de contar con la plataforma	
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.				Ficha de registro de notas	
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).				Resolución de comité de especialidad	

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)				Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)				Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico				Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
PORCENTAJE TOTAL					

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al revisar los requisitos solicitados que presentó la Institución Formadora **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **02** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Anestesiología** en la sede docente de **Hospital Regional de Ayacucho**, se concluye que **no han presentado la documentación completa**, falta la Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora, por lo tanto no corresponde continuar con la evaluación del expediente.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **NO AUTORIZAR** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Anestesiología** en la sede docente de **Hospital Regional de Ayacucho** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** al no haber evaluado el expediente por no tener todos los requisitos completos.

INFORME N° 074-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de **02** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Ayacucho** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	(UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA) (CIRUGIA GENERAL) (02 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS)
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	NO
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI

COMISION DE AUTORIZACION

Documentos que sustentan el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOSCLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO

ESPECIALIDAD: CIRUGIA GENERAL

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.				1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)				1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.				Evidencia de contar con la plataforma	
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.				Ficha de registro de notas	
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).				Resolución de comité de especialidad	

COMISION DE AUTORIZACION

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)				Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)				Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico				Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
PORCENTAJE TOTAL					

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al revisar los requisitos solicitados que presentó la Institución Formadora **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **02** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente de **Hospital Regional de Ayacucho**, se concluye que no han presentado la documentación completa, falta la Carta de

COMISION DE AUTORIZACION

aceptación de la sede docente a la Institución Formadora, por lo tanto no corresponde continuar con la evaluación del expediente.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **NO AUTORIZAR** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente de **Hospital Regional de Ayacucho** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** al no haber evaluado el expediente por no tener todos los requisitos completos.

INFORME N° 075-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de **02** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Ginecología y Obstetricia** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Ayacucho** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	(UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA) (GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA) (02 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS)
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	NO
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

**MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN
DE CAMPOSCLÍNICOS**

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO

ESPECIALIDAD: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.				1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)				1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.				Evidencia de contar con la plataforma	
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.				Ficha de registro de notas	
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).				Resolución de comité de especialidad	

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)				Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)				Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico				Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
PORCENTAJE TOTAL					

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al revisar los requisitos solicitados que presentó la Institución Formadora **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **02** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ginecología y Obstetricia** en la sede docente de **Hospital Regional de Ayacucho**, se concluye que **no han presentado la documentación completa**, falta la Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora, por lo tanto no corresponde continuar con la evaluación del expediente.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **NO AUTORIZAR** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ginecología y Obstetricia** en la sede docente de **Hospital Regional de Ayacucho** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** al no haber evaluado el expediente por no tener todos los requisitos completos.

INFORME N° 076-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de 01 campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Ayacucho** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	(UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA) (MEDICINA INTERNA) (01 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS)
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	NO
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

**MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN
DE CAMPOS CLÍNICOS**

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.				1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)				1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.				Evidencia de contar con la plataforma	
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.				Ficha de registro de notas	
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).				Resolución de comité de especialidad	

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)				Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)				Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico				Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
PORCENTAJE TOTAL					

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al revisar los requisitos solicitados que presentó la Institución Formadora **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **01** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente de **Hospital Regional de Ayacucho**, se concluye que no han presentado la documentación completa, falta la Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora, por lo tanto no corresponde continuar con la evaluación del expediente.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **NO AUTORIZAR** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente de **Hospital Regional de Ayacucho** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** al no haber evaluado el expediente por no tener todos los requisitos completos.

INFORME N° 077-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de **01** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Ortopedia y Traumatología** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Ayacucho** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	(UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA) (ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA) (01 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS)
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	NO
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

**MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN
DE CAMPOS CLÍNICOS**

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO
ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.				1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)				1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.				Evidencia de contar con la plataforma	
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.				Ficha de registro de notas	
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).				Resolución de comité de especialidad	

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)				Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)				Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico				Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
PORCENTAJE TOTAL					

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al revisar los requisitos solicitados que presentó la Institución Formadora **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ortopedia y Traumatología** en la sede docente de **Hospital Regional de Ayacucho**, se concluye que **no han presentado la documentación completa**, falta la Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora, por lo tanto no corresponde continuar con la evaluación del expediente.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **NO AUTORIZAR** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ortopedia y Traumatología** en la sede docente de **Hospital Regional de Ayacucho** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** al no haber evaluado el expediente por no tener todos los requisitos completos.

INFORME N° 078-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de **02** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Pediatría** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Ayacucho** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	(UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA) (PEDIATRÍA) (02 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS)
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	NO
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

**MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN
DE CAMPOSCLÍNICOS**

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO

ESPECIALIDAD: PEDIATRÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.				1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)				1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.				Evidencia de contar con la plataforma	
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.				Ficha de registro de notas	
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).				Resolución de comité de especialidad	

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)				Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)				Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico				Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
PORCENTAJE TOTAL					

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al revisar los requisitos solicitados que presentó la Institución Formadora **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Pediatría** en la sede docente de **Hospital Regional de Ayacucho**, se **concluye que no han presentado la documentación completa**, falta la Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora, por lo tanto no corresponde continuar con la evaluación del expediente.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **NO AUTORIZAR** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Pediatría** en la sede docente de **Hospital Regional de Ayacucho** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** al no haber evaluado el expediente por no tener todos los requisitos completos.

INFORME N° 079-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de **02** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Anestesiología** en la sede docente acreditada **Hospital Augusto Hernandez Mendoza** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	(UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA) (ANESTESIOLOGIA) (02 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS)
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
SEDE DOCENTE: HOSPITAL AUGUSTO HERNANDEZ MENDOZA
ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N° 0173-2024-CONAREME-ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME ST. Autorización de programa de Anestesiología.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	X		10%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta contrato N° 25-202 UNICA 3. Envía Afiches del acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de acceso a campo virtual y récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta pantalla de web con acceso a la solicitud de notas, así como envía la ficha de registro de notas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con RD N°101-D-FMHDAC-UNICA-24

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	X		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	Según Oficio N° 094 – DHIV-AHM-GRA-ICA-ESSALUD-2024. Envía listado con 09 anesthesiólogos que laboran en la IPRESS
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	Según Oficio N° 094 – DHIV-AHM-GRA-ICA-ESSALUD-2024. Se adjunta listado de diagnósticos y procedimientos.
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Anestesiología** en la sede docente de **Hospital Augusto Hernández Mendoza** ha obtenido el puntaje de **100%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Anestesiología** en la sede docente de **Hospital Augusto Hernández**

Mendoza a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 080-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de 02 campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente acreditada **Hospital Augusto Hernandez Mendoza** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	(UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA) (CIRUGIA GENERAL) (02 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS)
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
SEDE DOCENTE: HOSPITAL AUGUSTO HERNANDEZ MENDOZA
ESPECIALIDAD: CIRUGÍA GENERAL

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N° 0173-2024-CONAREME-ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME ST. Autorización de programa de Anestesiología.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	X		10%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta contrato N° 25-202 UNICA 3. Envía Afiches del acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de acceso a campo virtual y récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con RD N°102-D-FMHDAC-UNICA-24
2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					

3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	X		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	Según Oficio N° 094 – DHIV-AHM-GRA-ICA-ESSALUD-2024. Envía listado con 09 anestesiólogos que laboran en la IPRESS
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	Según Oficio N° 094 – DHIV-AHM-GRA-ICA-ESSALUD-2024. Se adjunta listado de diagnósticos y procedimientos.
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **02** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente de **Hospital Augusto Hernandez Mendoza** ha obtenido el puntaje de **100%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 02** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente de **Hospital Augusto Hernandez Mendoza** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 081-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de **02** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Ginecología y Obstetricia** en la sede docente acreditada **Hospital Augusto Hernandez Mendoza** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	(UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA) (GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA) (02 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS)
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
SEDE DOCENTE: HOSPITAL AUGUSTO HERNANDEZ MENDOZA
ESPECIALIDAD: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residencia Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N° 0173-2024-CONAREME-ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME ST. Autorización de programa de Anestesiología.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	X		10%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta contrato N° 25-202 UNICA 3. Envía Afiches del acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de acceso a campo virtual y récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta pantalla de web con acceso a la solicitud de notas, así como envía la ficha de registro de notas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con RD N°103-D-FMHDAC-UNICA-24

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	X		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	Según Oficio N° 094 – DHIV-AHM-GRA-ICA-ESSALUD-2024. Envía listado con 09 anesthesiólogos que laboran en la IPRESS
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	Según Oficio N° 094 – DHIV-AHM-GRA-ICA-ESSALUD-2024. Se adjunta listado de diagnósticos y procedimientos.
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **02** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ginecología y Obstetricia** en la sede docente de **Hospital Augusto Hernandez Mendoza** ha obtenido el puntaje de **100%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 02** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ginecología y Obstetricia** en la sede docente de **Hospital Augusto**

Hernandez Mendoza a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 082-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente acreditada **Hospital Augusto Hernández Mendoza** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	(UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA) (MEDICINA INTERNA) (03 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS)
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

**MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN
DE CAMPOSCLÍNICOS**

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
SEDE DOCENTE: HOSPITAL AUGUSTO HERNANDEZ MENDOZA
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N° 0173-2024-CONAREME-ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME ST. Autorización de programa de Medicina Interna.
				2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	X		10%	1. Foto de Biblioteca física	
				2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados	1. Si envía Fotos 2. Adjunta contrato N° 25-202 UNICA 3. Envía Afiches del acceso a biblioteca virtual
				3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de acceso a campo virtual y récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta pantalla de web con acceso a la solicitud de notas, así como envía la ficha de registro de notas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con RD N°106-D-FMH DAC-UNICA-24

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	X		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	Según Oficio N° 094 – DHIV-AHM-GRA-ICA-ESSALUD-2024. Envía listado con 06 anestesiólogos que laboran en la IPRESS
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Según Oficio N° 094 – DHIV-AHM-GRA-ICA-ESSALUD-2024. Se adjunta listado de diagnósticos
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **03** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente de **Hospital Augusto Hernández Mendoza** ha obtenido el puntaje de **100%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 03** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente de **Hospital Augusto Hernández Mendoza** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga**.

INFORME N° 083-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de 01 campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Nefrología** en la sede docente acreditada **Hospital Augusto Hernandez Mendoza** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	(UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA) (NEFROLOGIA) (01 CAMPO CLINICO SOLICITADO)
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
SEDE DOCENTE: HOSPITAL AUGUSTO HERNANDEZ MENDOZA
ESPECIALIDAD: NEFROLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N° 0173-2024-CONAREME-ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME ST. Autorización de programa de Anestesiología.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	X		10%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta contrato N° 25-202 UNICA 3. Envía Afiches del acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de acceso a campo virtual y récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta pantalla de web con acceso a la solicitud de notas, así como envía la ficha de registro de notas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con RD N°107-D-FMHDAC-UNICA-24

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	X		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	Según Oficio N° 094 – DHIV-AHM-GRA-ICA-ESSALUD-2024. Envía listado con 09 anesthesiólogos que laboran en la IPRESS
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	Según Oficio N° 094 – DHIV-AHM-GRA-ICA-ESSALUD-2024. Se adjunta listado de diagnósticos y procedimientos.
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **01** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Nefrología** en la sede docente de **Hospital Augusto Hernandez Mendoza** ha obtenido el puntaje de **100%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 01** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Nefrología** en la sede docente de **Hospital Augusto Hernandez**

Mendoza a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 084-2024-COMISION AUTORIZACION – CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de 01 campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Oftalmología** en la sede docente acreditada **Hospital Augusto Hernandez Mendoza** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	(UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA) (OFTALMOLOGIA) (01 CAMPO CLINICO SOLICITADO)
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
SEDE DOCENTE: HOSPITAL AUGUSTO HERNANDEZ MENDOZA
ESPECIALIDAD: OFTALMOLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residencia Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N° 0173-2024-CONAREME-ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME ST. Autorización de programa de Anestesiología.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	X		10%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta contrato N° 25-202 UNICA 3. Envía Afiches del acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de acceso a campo virtual y récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta pantalla de web con acceso a la solicitud de notas, así como envía la ficha de registro de notas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con RD N°109-D-FMHDAC-UNICA-24

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	X		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	Según Oficio N° 094 – DHIV-AHM-GRA-ICA-ESSALUD-2024. Envía listado con 09 anesthesiólogos que laboran en la IPRESS
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	Según Oficio N° 094 – DHIV-AHM-GRA-ICA-ESSALUD-2024. Se adjunta listado de diagnósticos y procedimientos.
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **01** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Oftalmología** en la sede docente de **Hospital Augusto Hernandez Mendoza** ha obtenido el puntaje de **100%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 01** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Oftalmología** en la sede docente de **Hospital Augusto Hernandez**

Mendoza a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024

INFORME N° 085-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de 01 campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Ortopedia y Traumatología** en la sede docente acreditada **Hospital Augusto Hernandez Mendoza** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	(UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA) (ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA) (01 CAMPO CLINICO SOLICITADO)
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
SEDE DOCENTE: HOSPITAL AUGUSTO HERNANDEZ MENDOZA
ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA T RAUMATOLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residencia Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N° 0173-2024-CONAREME-ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME ST. Autorización de programa de Anestesiología.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	X		10%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta contrato N° 25-202 UNICA 3. Envía Afiches del acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de acceso a campo virtual y récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta pantalla de web con acceso a la solicitud de notas, así como envía la ficha de registro de notas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con RD N°111-D-FMH DAC-UNICA-24

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	X		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	Según Oficio N° 094 – DHIV-AHM-GRA-ICA-ESSALUD-2024. Envía listado con 09 anesthesiólogos que laboran en la IPRESS
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	Según Oficio N° 094 – DHIV-AHM-GRA-ICA-ESSALUD-2024. Se adjunta listado de diagnósticos y procedimientos.
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **01** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ortopedia y Traumatología** en la sede docente de **Hospital Augusto Hernandez Mendoza** ha obtenido el puntaje de **100%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 01** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ortopedia y Traumatología** en la sede docente de **Hospital Augusto**

Hernandez Mendoza a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 086-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de 01 campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Patología Clínica** en la sede docente acreditada **Hospital Augusto Hernandez Mendoza** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	(UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA) (PATOLOGIA CLINICA) (01 CAMPO CLINICO SOLICITADO)
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
SEDE DOCENTE: HOSPITAL AUGUSTO HERNANDEZ MENDOZA
ESPECIALIDAD: PATOLOGÍA CLÍNICA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N° 0173-2024-CONAREME-ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME ST. Autorización de programa de Anestesiología.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	X		10%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta contrato N° 25-202 UNICA 3. Envía Afiches del acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de acceso a campo virtual y récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta pantalla de web con acceso a la solicitud de notas, así como envía la ficha de registro de notas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con RD N°101-D-FMHDAC-UNICA-24

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	X		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	Según Oficio N° 094 – DHIV-AHM-GRA-ICA-ESSALUD-2024. Envía listado con 09 anesthesiólogos que laboran en la IPRESS
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	Según Oficio N° 094 – DHIV-AHM-GRA-ICA-ESSALUD-2024. Se adjunta listado de diagnósticos y procedimientos.
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **01** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Patología Clínica** en la sede docente de **Hospital Augusto Hernandez Mendoza** ha obtenido el puntaje de **100%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 01** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Patología Clínica** en la sede docente de **Hospital Augusto Hernandez**

Mendoza a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 087-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de 02 campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Pediatría** en la sede docente acreditada **Hospital Augusto Hernandez Mendoza** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	(UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA) (PEDIATRIA) (02 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS)
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
SEDE DOCENTE: HOSPITAL AUGUSTO HERNANDEZ MENDOZA
ESPECIALIDAD: PEDIATRÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residencia Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N° 0173-2024-CONAREME-ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME ST. Autorización de programa de Anestesiología.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	X		10%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta contrato N° 25-202 UNICA 3. Envía Afiches del acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de acceso a campo virtual y récord académico.
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta pantalla de web con acceso a la solicitud de notas, así como envía la ficha de registro de notas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con RD N°112-D-FMHDAC-UNICA-24

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	X		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	Según Oficio N° 094 – DHIV-AHM-GRA-ICA-ESSALUD-2024. Envía listado con 09 anesthesiólogos que laboran en la IPRESS
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Según Oficio N° 094 – DHIV-AHM-GRA-ICA-ESSALUD-2024. Se adjunta listado de diagnósticos y procedimientos.
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **02** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Pediatría** en la sede docente de **Hospital Augusto Hernandez Mendoza** ha obtenido el puntaje de **100%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 02** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Pediatría** en la sede docente de **Hospital Augusto Hernandez**

Mendoza a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 088-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** para la evaluación de 02 campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Radiología** en la sede docente acreditada **Hospital Augusto Hernandez Mendoza** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 06 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000400 28/02/2024 Vía Email **Documento S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite expedientes para el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos de las Sedes Docentes.

RI 000427 01/03/2024 Vía Email **Informe S/N** Dra. Luisa Nancy Rivadeneyra Bautista Directora de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" - Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica – UNICA. Remite nuevo informe de autorización de campos clínicos.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	(UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA) (RADIOLOGIA) (02 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS)
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustentan el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
SEDE DOCENTE: HOSPITAL AUGUSTO HERNANDEZ MENDOZA
ESPECIALIDAD: RADIOLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N° 0173-2024-CONAREME-ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0169-2024-CONAREME ST. Autorización de programa de Radiología
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)	SI		10%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta contrato N° 25-202 UNICA 3. Envía Afiches del acceso a biblioteca virtual
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Envía captura de pantalla de acceso a campo virtual y récord académico
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	1. Adjunta pantalla de web con acceso a la solicitud de notas, así como envía la ficha de registro de notas
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	1. Si cuenta con RD N°113-D-FMHDAC-UNICA-24

2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	1. Si adjunta acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Según Oficio N° 094 – DHIV-AHM-GRA-ICA-ESSALUD-2024. Envía listado con 06 radiólogos que laboran en la IPRESS
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Según Oficio N° 094 – DHIV-AHM-GRA-ICA-ESSALUD-2024. Se adjunta listado de diagnósticos y atenciones
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			100%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** en la cual solicitan la autorización de **02** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Radiología** en la sede docente de **Hospital Augusto Hernandez Mendoza** presenta información solicitada cumpliendo el 100%.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 02** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Radiología** en la sede docente de **Hospital Augusto Hernandez Mendoza** a la Institución solicitante **Universidad Nacional San Luis Gonzaga** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 089-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de **02** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de Anestesiología en la sede docente acreditada **Hospital Provincial de Belén de Lambayeque** en relación con el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO ANESTESIOLOGÍA 2 Campo clínico solicitado
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL PROVINCIAL DE BELEN DE LAMBAYEQUE
ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°032-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente-Hospital Regional de Lambayeque) 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Nefrología)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		NO	0%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envían foto 2. Correo de Jefe de sala d lectura en el cual menciona que se cuenta con Base de datos con Libros electrónicos y otros (NO ENVIAN CONTRATOS) 3. Envían foto. Sistema de Biblioteca SIBI Y BIBLIOTECA DIGITAL MYLOFT.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	4. Evidencia de contar con la plataforma	5. Oficio N°421-2024VIRTUAL-DSA/VRACAD Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico. (Sistema PRESYS)
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	Resolución N°002-2024-CFMH/UNPRG (Comité De Especialidad de Anestesiología)

Docente (comité de especialidad).					
2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Oficio N°014-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UNPRG En el cual el Director de la UPG se compromete a contratar a los tutores en cada sede docente
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
a. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Relación de Médicos especialistas sin firmar (Mínimo 2 especialistas en Anestesiología)
b. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Estadística 2023 con VB de la Dirección
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Oficio N°015-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UPG En el cual el Director de la UPG se compromete a realizar la evaluación médica a los médicos residentes
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Oficio N°016-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UPG En el cual el Director de la UPG se compromete a realizar la evaluación mental a los médicos residentes
PORCENTAJE TOTAL			90%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en la cual solicita la autorización de **02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de Anestesiología en la sede docente **Hospital Provincial Belén de Lambayeque** ha **obtenido un puntaje de 90%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Anestesiología** en la sede docente de **Hospital Provincial Belén de Lambayeque** a la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 090-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Ginecología y Obstetricia** en la sede docente acreditada **Hospital Provincial de Belén de Lambayeque** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 1 Campo clínico solicitado
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

**MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN
DE CAMPOSCLÍNICOS**

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL PROVINCIAL DE BELEN DE LAMBAYEQUE
ESPECIALIDAD: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°026-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente- Hospital Provincial de Belén de Lambayeque) 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Ginecología y Obstetricia)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		NO	0%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clinicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envían foto 2. Correo de Jefe de sala d lectura en el cual menciona que se cuenta con Base de datos con Libros electrónicos y otros (NO ENVIAN CONTRATOS) 3. Envían foto. Sistema de Biblioteca SIBI Y BIBLIOTECA DIGITAL MYLOFT.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Oficio N°421-2024/VIRTUAL-DSA/VRACAD Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico. (Sistema PRESYS)
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
1.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	1. Si envía ficha

1.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	1. Resolución N°002-2024-CFMH/UNPRG (Comité De Especialidad de Ginecología y Obstetricia)
1.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	1. Oficio N°014-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UNPRG En el cual el Director de la UPG se compromete a contratar a los tutores en cada sede docente
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Envía relación de Médicos especialistas de Ginecología y Obstetricia
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Estadística 2023 (7005 pág.) con VB de la Dirección.
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
1.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Oficio N°015-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UPG En el cual el Director de la UPG se compromete a realizar la evaluación médica a los médicos residentes
1.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Oficio N°016-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UPG En el cual el Director de la UPG se compromete a realizar la evaluación mental a los médicos residentes
PORCENTAJE TOTAL			90%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** en la cual solicitan la autorización de **01** campos clínicos para poder desarrollar el programa de

la especialidad de **Ginecología y Obstetricia** en la sede docente de **Hospital Provincial Belén de Lambayeque** obtuvo **90% de puntaje**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 01** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ginecología y Obstetricia** en la sede docente de **Hospital Provincial Belén de Lambayeque** a la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 091-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Medicina Familiar y Comunitaria** en la sede docente acreditada **Hospital Provincial de Belén de Lambayeque** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Medicina Familiar y Comunitaria 4 Campo clínico solicitado
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
.Fuentes de verificación	SI
.Declaración jurada	SI
.Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL PROVINCIAL DE BELEN DE LAMBAYEQUE
ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°026-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente-Hospital Provincial de Belén de Lambayeque) 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Medicina Familiar y Comunitaria)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		NO	0%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envían foto 2. Correo de Jefe de sala d lectura en el cual menciona que se cuenta con Base de datos con Libros electrónicos y otros (NO ENVIAN CONTRATOS) 3. Envían foto. Sistema de Biblioteca SIBI Y BIBLIOTECA DIGITAL MYLOFT
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Oficio N°421-2024VIRTUAL-DSA/VRACAD Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico. (Sistema PRESYS)
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	1. Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	1. Resolución N°002-2024-CFMH/UNPRG (Comité De Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria)

2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	1. Oficio N°014-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UNPRG En el cual el Director de la UPG se compromete a contratar a los tutores en cada sede docente
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)		NO	0%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	No envía relación de Médicos especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	Estadística 2023 (7455 pág.) con VB de la Dirección
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Oficio N°015-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UPG En el cual el Director de la UPG se compromete a realizar la evaluación médica a los médico9s residentes
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Oficio N°016-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UPG En el cual el Director de la UPG se compromete a realizar la evaluación mental a los médicos residentes
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en el que solicita la autorización de **04** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la

especialidad de **Medicina Familiar y Comunitaria** en la sede docente de **Hospital Provincial Belén de Lambayeque** ha obtenido un puntaje de **80%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 04** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Familiar y Comunitaria** en la sede docente de **Hospital Provincial Belén de Lambayeque** a la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** hasta el **31 de diciembre del 2024**.

INFORME N° 092-2024 - COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Anatomía patológica** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Lambayeque** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Anatomía patológica 1 Campo clínico solicitado
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	NO
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
8.Informe de autoevaluación	SI
9.Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE

ESPECIALIDAD: ANATOMIA PATOLOGICA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.				1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)				1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.				1. Evidencia de contar con la plataforma	
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
a. Evaluación académica del médico residente.				Ficha de registro de notas	
b. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).				Resolución de comité de especialidad	

c. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)				Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
a. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)				Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	
b. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico				Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
PORCENTAJE TOTAL					

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

No se evaluó expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en la cual solicita la autorización de **01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Anatomía Patológica** en la sede docente de **Hospital Regional de Lambayeque** debido que no cuenta con la autorización de la sede docente y este es un requisito.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **NO AUTORIZAR** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Anatomía Patológica** en la sede docente de **Hospital Regional de Lambayeque** a la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** debido que no cuenta con la autorización de la sede docente y este es un requisito.

INFORME N° 093-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Anestesiología** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Lambayeque** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Anestesiología 3 Campo clínico solicitado
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

**MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS
CLÍNICOS**

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE
ESPECIALIDAD : ANESTESIOLOGIA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. .Resolución N°032-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente- Hospital Regional de Lambayeque) 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Anestesiología)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		NO	0%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envían foto 2. Correo de Jefe de sala d lectura en el cual menciona que se cuenta con Base de datos con Libros electrónicos y otros (NO ENVIAN CONTRATOS) 3. Envían foto. Sistema de Biblioteca SIBI Y BIBLIOTECA DIGITAL MYLOFT
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	2. Evidencia de contar con la plataforma	Oficio N°421-2024VIRTUAL-DSA/VRACAD Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual- Récord académico. (Sistema PRESYS)
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					

2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	1. Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	Resolución N°002-2024-CFMH/UNPRG (Comité De Especialidad de Anestesiología)
2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Oficio N°014-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UNPRG En el cual el Director de la UPG se compromete a contratar a los tutores en cada sede docente
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Listado de Médicos especialistas firmado por la Dirección de Docencia (Mas de 2 especialistas en Anestesiología)
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Estadística 2023 si firma por el área correspondiente
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
1.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Oficio N°015-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UPG En el cual el Director de la UPG se compromete a realizar la evaluación médica a los médico9s residentes
1.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Oficio N°016-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UPG En el cual el Director de la UPG se compromete a realizar la evaluación mental a los médicos residentes
PORCENTAJE TOTAL			90%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** en la cual solicitan la autorización de **03** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de Anestesiología en la sede docente de **Hospital Regional de Lambayeque**, habiendo obtenido un puntaje de 90%

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 03** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Anestesiología** en la sede docente de **Hospital Regional de Lambayeque** a la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 094 -2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Lambayeque** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Cirugía General 3 Campo clínico solicitado
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

**MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE
CAMPOS CLÍNICOS**

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE
ESPECIALIDAD : CIRUGIA GENERAL

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°032-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente- Hospital Regional de Lambayeque) 2. 2.Oficio N°0170-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Cirugía General)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		NO	0%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envían foto 2. Correo de Jefe de sala de lectura en el cual menciona que se cuenta con Base de datos con Libros electrónicos y otros (NO ENVIAN CONTRATOS) 3. Envían foto. Sistema de Biblioteca SIBI Y BIBLIOTECA DIGITAL MYLOFT
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	2. Oficio N°421-2024VIRTUAL-DSA/VRACAD Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico.(Sistema PRESYS
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					

2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	Resolución N°002-2024-CFMH/UNPRG (Comité De Especialidad de Cirugía General)
2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Oficio N°014-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UNPRG En el cual el Director de la UPG se compromete a contratar a los tutores en cada sede docente
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Listado de Médicos especialistas firmado por la Dirección de Docencia (Mas de 2 especialistas en Cirugía General)
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico		NO	0%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Estadística 2023 sin firma (4742 pag).
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Oficio N°015-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UPG En el cual el Director de la UPG se compromete a realizar la evaluación médica a los médico9s residentes
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Oficio N°016-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UPG En el cual el Director de la UPG se compromete a realizar la evaluación mental a los médicos residentes
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** en la cual solicitan la autorización de **03** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente de **Hospital Regional de Lambayeque** habiendo **obtenido un 80% de puntaje** .

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización **PROPONE AUTORIZAR 03** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente de **Hospital Regional de Lambayeque** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** hasta el 31 de diciembre del 2024

INFORME N° 095-2024 - COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejo
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Gastroenterología** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Lambayeque** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO GASTROENTEROLOGÍA 1 Campo clínico solicitado
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE

ESPECIALIDAD: GASTROENTEROLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°032-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente-Hospital Regional de Lambayeque) 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Gastroenterología)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		NO	0%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envían foto 2. Correo de Jefe de sala d lectura en el cual menciona que se cuenta con Base de datos con Libros electrónicos y otros (NO ENVIAN CONTRATOS) 3. Envían foto. Sistema de Biblioteca SIBI Y BIBLIOTECA DIGITAL MYLOFT.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Oficio N°421-2024VIRTUAL-DSA/VRACAD Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico. (Sistema PRESYS)
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	Resolución N°002-2024-CFMH/UNPRG (Comité De Especialidad de Gastroenterología)

2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Oficio N°014-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UNPRG En el cual el Director de la UPG se compromete a contratar a los tutores en cada sede docente
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Listado de Médicos especialistas firmado por la Dirección de Docencia (Mas de 2 especialistas en Gastroenterología)
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico		NO	0%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Estadística 2023 sin firma (4614 pág.). Fuente: HIS de la IPRESS.
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Oficio N°015-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UPG En el cual el Director de la UPG se compromete a realizar la evaluación médica a los médicos residentes
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Oficio N°016-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UPG En el cual el Director de la UPG se compromete a realizar la evaluación mental a los médicos residentes
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** en la cual solicitan la autorización de **01** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Gastroenterología** en la sede docente de **Hospital Regional de Lambayeque**, obteniendo un puntaje de 80%

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 01** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Gastroenterología** en la sede docente de **Hospital Regional de Lambayeque** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 096-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejo
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Ginecología y Obstetricia** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Lambayeque** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2 Campo clínico solicitado
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE

ESPECIALIDAD: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°032-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente-Hospital Regional de Lambayeque) 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Ginecología y Obstetricia)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		NO	0%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envían foto 2. Correo de Jefe de sala d lectura en el cual menciona que se cuenta con Base de datos con Libros electrónicos y otros (NO ENVIAN CONTRATOS) 3. Envían foto. Sistema de Biblioteca SIBI Y BIBLIOTECA DIGITAL MYLOFT.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Oficio N°421-2024VIRTUAL-DSA/VRACAD Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico. (Sistema PRESYS)
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	Resolución N°002-2024-CFMH/UNPRG (Comité De Especialidad de Anestesiología)

Docente (comité de especialidad).					
2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Oficio N°014-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UNPRG En el cual el Director de la UPG se compromete a contratar a los tutores en cada sede docente
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Listado de Médicos especialistas firmado por la Dirección de Docencia
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico		NO	0%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Estadística 2023 no tiene firma (5254 pág.).
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Oficio N°015-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UPG En el cual el Director de la UPG se compromete a realizar la evaluación médica a los médicos residentes
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Oficio N°016-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UPG En el cual el Director de la UPG se compromete a realizar la evaluación mental a los médicos residentes
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** en la cual solicitan la autorización de **02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ginecología y Obstetricia** en la sede docente de **Hospital Regional de Lambayeque** habiendo obtenido un 80% de puntaje

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ginecología y Obstetricia** en la sede docente de **Hospital Regional de Lambayeque** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 097-2024-COMISION AUTORIZACION- CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejo
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Medicina Intensiva** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Lambayeque** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO MEDICINA INTENSIVA 2 Campo clínico solicitado
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTENSIVA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°032-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente-Hospital Regional de Lambayeque) 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Medicina Intensiva)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		NO	0%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envían foto 2. Correo de Jefe de sala d lectura en el cual menciona que se cuenta con Base de datos con Libros electrónicos y otros (NO ENVIAN CONTRATOS) 3. Envían foto. Sistema de Biblioteca SIBI Y BIBLIOTECA DIGITAL MYLOFT.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Oficio N°421-2024VIRTUAL-DSA/VRACAD Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico. (Sistema PRESYS)
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	Resolución N°002-2024-CFMH/UNPRG (Comité De Especialidad de Anestesiología)

2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Oficio N°014-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UNPRG En el cual el Director de la UPG se compromete a contratar a los tutores en cada sede docente
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Listado de Médicos especialistas firmado por la Dirección de Docencia (Mas de 2 especialistas en Medicina Interna)
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico		NO	0%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Estadística 2023 no tiene firma (5126 pág.).
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Oficio N°015-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UPG En el cual el Director de la UPG se compromete a realizar la evaluación médica a los médicos residentes
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Oficio N°016-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UPG En el cual el Director de la UPG se compromete a realizar la evaluación mental a los médicos residentes
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** en la cual solicitan la autorización de **02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Intensiva** en la sede docente de **Hospital Regional de Lambayeque**, obteniendo un 80% de puntaje

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Intensiva** en la sede docente de **Hospital Regional de Lambayeque** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 098-2024-COMISION AUTORIZACION- CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejo
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Lambayeque** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO MEDICINA INTERNA 4 Campo clínico solicitado
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°032-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente-Hospital Regional de Lambayeque) 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Medicina Interna)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		NO	0%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envían foto 2. Correo de Jefe de sala d lectura en el cual menciona que se cuenta con Base de datos con Libros electrónicos y otros (NO ENVIAN CONTRATOS) 3. Envían foto. Sistema de Biblioteca SIBI Y BIBLIOTECA DIGITAL MYLOFT.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Oficio N°421-2024VIRTUAL-DSA/VRACAD Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico. (Sistema PRESYS)
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	Resolución N°002-2024-CFMH/UNPRG (Comité De Especialidad de Medicina Interna)

Docente (comité de especialidad).					
2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Oficio N°014-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UNPRG En el cual el Director de la UPG se compromete a contratar a los tutores en cada sede docente
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Listado de Médicos especialistas firmado por la Dirección de Docencia (mínimo 2 especialistas en Medicina Interna)
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico		NO	0%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Estadística 2023 no tiene firma (5254 pág.).
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Oficio N°015-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UPG En el cual el Director de la UPG se compromete a realizar la evaluación médica a los médicos residentes
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Oficio N°016-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UPG En el cual el Director de la UPG se compromete a realizar la evaluación mental a los médicos residentes
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** en la cual solicitan la autorización de **04** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente de **Hospital Regional de Lambayeque**, obteniendo un puntaje de 80%.

En la carta de aceptación de la sede docente se menciona solo 02 campos clínicos para la especialidad de Medicina Interna.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente de **Hospital Regional de Lambayeque** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 099-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejo
Presidente del Comité Directivo de
CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Nefrología** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Lambayeque** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO NEFROLOGÍA 1 Campo clínico solicitado
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE

ESPECIALIDAD: NEFROLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°026-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente-Hospital Provincial de Belén de Lambayeque) 2. 2.Oficio N°0170-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Anestesiología)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		NO	0%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	3. Si envían foto 4. Correo de Jefe de sala d lectura en el cual menciona que se cuenta con Base de datos con Libros electrónicos y otros (NO ENVIAN CONTRATOS) 5. Envían foto. Sistema de Biblioteca SIBI Y BIBLIOTECA DIGITAL MYLOFT.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	6. Evidencia de contar con la plataforma	7. Oficio N°421-2024VIRTUAL-DSA/VRACAD Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico. (Sistema PRESYS)
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	Resolución N°002-2024-CFMH/UNPRG (Comité De Especialidad de Nefrología)

Docente (comité de especialidad).					
2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Oficio N°014-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UNPRG En el cual el Director de la UPG se compromete a contratar a los tutores en cada sede docente
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Listado de Médicos especialistas firmado por la Dirección de Docencia (mínimo 2 especialistas en Nefrología)
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico		NO	0%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Estadística 2023 sin firma
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Oficio N°015-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UPG En el cual el Director de la UPG se compromete a realizar la evaluación médica a los médicos residentes
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Oficio N°016-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UPG En el cual el Director de la UPG se compromete a realizar la evaluación mental a los médicos residentes
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** en la cual solicitan la autorización de **01** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de Nefrología en la sede docente de **Hospital Regional de Lambayeque**, obteniendo un 80% de puntaje

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 01** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Nefrología** en la sede docente de **Hospital Regional de Lambayeque** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 100-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejo
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Ortopedia y traumatología en** la sede docente acreditada **Hospital Regional de Lambayeque** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA 2 Campo clínico solicitado
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE

ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°032-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente-Hospital Regional de Lambayeque) 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Ortopedia y traumatología)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		NO	0%	3. Foto de Biblioteca física. 4. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 5. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envían foto 2. Correo de Jefe de sala d lectura en el cual menciona que se cuenta con Base de datos con Libros electrónicos y otros (NO ENVIAN CONTRATOS) 3. Envían foto. Sistema de Biblioteca SIBI Y BIBLIOTECA DIGITAL MYLOFT.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Oficio N°421-2024VIRTUAL-DSA/VRACAD Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico. (Sistema PRESYS)
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	Resolución N°002-2024-CFMH/UNPRG (Comité De Especialidad de Ortopedia y traumatología)

2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Oficio N°014-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UNPRG En el cual el Director de la UPG se compromete a contratar a los tutores en cada sede docente
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Listado de Médicos especialistas firmado por la Dirección de Docencia
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico		NO	0%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Estadística 2023 no tiene firma (5381 pág.).
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Oficio N°015-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UPG En el cual el Director de la UPG se compromete a realizar la evaluación médica a los médicos residentes
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Oficio N°016-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UPG En el cual el Director de la UPG se compromete a realizar la evaluación mental a los médicos residentes
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en la cual solicita la autorización de **02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ortopedia y traumatología** en la sede docente de **Hospital Regional de Lambayeque**, obteniendo un 80% de puntaje.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ortopedia y traumatología** en la sede docente de **Hospital Regional de Lambayeque** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 101-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejo
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Pediatría** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Lambayeque** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO PEDIATRÍA 3 Campo clínico solicitado
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE

ESPECIALIDAD: PEDIATRÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°032-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente-Hospital Regional de Lambayeque) 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Pediatra)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		NO	0%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envían foto 2. Correo de Jefe de sala d lectura en el cual menciona que se cuenta con Base de datos con Libros electrónicos y otros (NO ENVIAN CONTRATOS) 3. Envían foto. Sistema de Biblioteca SIBI Y BIBLIOTECA DIGITAL MYLOFT.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Oficio N°421-2024VIRTUAL-DSA/VRACAD Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico. (Sistema PRESYS)
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	Resolución N°002-2024-CFMH/UNPRG (Comité De Especialidad de Pediatría)

Docente (comité de especialidad).					
2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Oficio N°014-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UNPRG En el cual el Director de la UPG se compromete a contratar a los tutores en cada sede docente
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Listado de Médicos especialistas firmado por la Dirección de Docencia (Mas de 2 Pediatría)
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico		NO	0%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Estadística de atención en consulta externa 2023 sin firma (4742 pág.). 3856 tenciones por pediatría y 318 por Neonatología por Consultorio Externo y 1633 hospitalizaciones en general. Fuente: HIS de la IPRESS.
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Oficio N°015-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UPG En el cual el Director de la UPG se compromete a realizar la evaluación médica a los médico9s residentes
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Oficio N°016-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UPG En el cual el Director de la UPG se compromete a realizar la evaluación mental a los médicos residentes
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en la cual solicita la autorización de **03** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la

especialidad de **Pediatría** en la sede docente de **Hospital Regional de Lambayeque**, obteniendo un 80% de puntaje.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 03** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Pediatra** en la sede docente de **Hospital Regional de Lambayeque** a la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 102-2024-COMISION AUTORIZACION- CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejo
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Radiología** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Lambayeque** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO RADIOLOGÍA 2 Campo clínico solicitado
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE

ESPECIALIDAD: RADIOLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Resolución N°032-2023-COMITE DIRECTIVO DE CONAREME (Lo acreditada como sede docente-Hospital Regional de Lambayeque) 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME-ST (Autorización del programa de Radiología)
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		NO	0%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envían foto 2. Correo de Jefe de sala d lectura en el cual menciona que se cuenta con Base de datos con Libros electrónicos y otros (NO ENVIAN CONTRATOS) 3. Envían foto. Sistema de Biblioteca SIBI Y BIBLIOTECA DIGITAL MYLOFT.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	1. Evidencia de contar con la plataforma	1. Oficio N°421-2024VIRTUAL-DSA/VRACAD Envía captura de pantalla de Acceso a Campo virtual-Récord académico. (Sistema PRESYS)
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	Si envía ficha
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	Resolución N°002-2024-CFMH/UNPRG (Comité de Especialidad de Radiología)

Docente (comité de especialidad).					
2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Oficio N°014-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UNPRG En el cual el Director de la UPG se compromete a contratar a los tutores en cada sede docente
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)	SI		10%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	Listado firmado por la Dirección de Docencia (Mínimo 2 especialistas en Radiología)
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico		NO	0%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Estadística de atención en consulta externa 2023 sin firma (4869 pág.).
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Oficio N°015-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UPG En el cual el Director de la UPG se compromete a realizar la evaluación médica a los médicos residentes
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Oficio N°016-2024-VIRTUAL-DUPG-FMH-UPG En el cual el Director de la UPG se compromete a realizar la evaluación mental a los médicos residentes
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en la cual solicita la autorización de **02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Radiología** en la sede docente de **Hospital Regional de Lambayeque**, obteniendo un puntaje de 80%

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Radiología** en la sede docente de **Hospital Regional de Lambayeque** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 103-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejo
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Urología** en la sede docente acreditada **Hospital Regional de Lambayeque** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos .2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO UROLOGÍA 1 Campo clínico solicitado
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución del Director	SI
Documento de identidad del Director	SI
Resolución que aprueba el programa de la especialidad	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	NO
Fuentes de verificación	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE

ESPECIALIDAD: UROLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.				1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)				1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.				1. Evidencia de contar con la plataforma	
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
a. Evaluación académica del médico residente.				Ficha de registro de notas	
b. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).				Resolución de comité de especialidad	

c. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)				Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)				Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico				Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
PORCENTAJE TOTAL					

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

No se evaluó el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en la cual solicitan la autorización de **01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Urología**, al no tener todos los requisitos completos, no cuenta con la autorización de la sede docente.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **NO AUTORIZAR** el campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Urología** en la sede docente de **Hospital Regional de Lambayeque** a la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** debido que no se evaluó el expediente al no tener todos los requisitos completos.

INFORME N° 104.-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Anatomía Patológica** en la sede docente acreditada **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Marzo, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO ANATOMÍA PATOLÓGICA 01 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
ESPECIALIDAD: ANATOMÍA PATOLÓGICA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1 Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residencia Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	SI		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N°0171-2024-CONAREME ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2 Oficio N°0170-2024-CONAREME ST. Autorización de listado de programas, se incluye.
1.2 Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		NO	0%	1. Foto de Biblioteca física. 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta oficio N° 020 – 2024-USB-UNPRG. Informan contrato N°001-2023 UNPRG- UA en proceso de renovación 3. Adjunta manual de usuario para acceso a biblioteca virtual.
1.3 Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	SI		10%	4. Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de sistema para récord académico (folios 7407 y 7406).
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1 Evaluación académica del médico residente.	SI		10%	Ficha de registro de notas	Adjuntan fichas
2.2 El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	SI		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con Resolución N°002- 2024-CFMH- /UNPRG

2.3 Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	SI		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta oficio con acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1 La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)		NO	0%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la sede docente acreditada firmada por el área correspondiente	No adjunta listado de especialistas
3.2 Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	SI		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Si. Anat. Pato +64k, pat. cli + 9k, inmunohisto. + 7k, citoquímica. + 2 k, histoquímica 388. Con V.B Jef. Inteligencia Sanitaria
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1 Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
4.2 Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	SI		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en el que solicita la autorización de **01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Anatomía Patológica** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** ha obtenido el puntaje de **80%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Anatomía Patológica** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** a la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** hasta el **31 de diciembre del 2024**.

INFORME N° 105-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de **03** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Anestesiología** en la sede docente acreditada **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO ANESTESIOLOGÍA 03 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N°0171-2024-CONAREME ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME ST. Autorización de listado de programas, se incluye.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		X	0%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta oficio N° 020 – 2024-USB- UNPRG. Informan contrato N°001-2023 UNPRG-UA en proceso de renovación 3. Adjunta manual de usuario para acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de sistema para récord académico (folios 7407 y 7406).
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta fichas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con Resolución N°002- 2024-CFMH- /UNPRG

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta oficio con acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)		X	0%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	No adjunta listado de especialistas
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	Si. CCEE 7499 CIE PROC AMB 12196 +788. Con V.B Jef. Inteligencia Sanitaria
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en el que solicita la autorización de **03** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Anestesiología** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** ha obtenido el puntaje de **80%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 03** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Anestesiología** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**. hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 106-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Cardiología** en la sede docente acreditada **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO CARDIOLOGÍA 03 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
ESPECIALIDAD: CARDIOLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residencia Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N°0171-2024-CONAREME ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME ST. Autorización de listado de programas, se incluye.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		X	0%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta oficio N° 020 – 2024-USB- UNPRG. Informan contrato N°001-2023 UNPRG-UA en proceso de renovación 3. Adjunta manual de usuario para acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de sistema para récord académico (folios 7407 y 7406).
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta fichas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con Resolución N°002-2024-CFMH-/UNPRG

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta oficio con acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)		X	0%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	No adjunta listado de especialistas
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	Si. EGRESOS 873 CIE CCEE 12164 CIE PROC AMB 9036. Con V.B Jef. Inteligencia Sanitaria
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en el que solicita la autorización de **02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Cardiología** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** ha obtenido el puntaje de **80%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Cardiología** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** a la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**. **hasta el 31 de diciembre del 2024.**

INFORME N° 107-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Cirugía De Tórax y Cardiovascular** en la sede docente acreditada **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO CIRUGÍA DE TÓRAX Y CARDIOVASCULAR 01 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
ESPECIALIDAD: CIRUGÍA DE TÓRAX Y CARDIOVASCULAR

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N°0171-2024-CONAREME ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME ST. Autorización de listado de programas, se incluye.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		X	0%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta oficio N° 020 – 2024-USB- UNPRG. Informan contrato N°001-2023 UNPRG-UA en proceso de renovación 3. Adjunta manual de usuario para acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de sistema para récord académico (folios 7407 y 7406).
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta fichas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con Resolución N°002- 2024-CFMH-/UNPRG
2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta oficio con acta de compromiso

laborar en la sede docente acreditada)					
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)		X	0%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	No adjunta listado de especialistas
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	Si. PRD QX 237 CCEE 2790 CIE PROC AMB 1015. Con V.B Jef. Inteligencia Sanitaria
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en el que solicita la autorización de **01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Cirugía De Tórax y Cardiovascular** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** ha obtenido el puntaje de **80%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Cirugía De Tórax y Cardiovascular** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**. hasta el **31 de diciembre del 2024**.

INFORME N° 108 -2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente acreditada **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO CIRUGÍA GENERAL 02 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
ESPECIALIDAD: CIRUGÍA GENERAL

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N°0171-2024-CONAREME ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME ST. Autorización de listado de programas, se incluye.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		X	0%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta oficio N° 020 – 2024-USB- UNPRG. Informan contrato N°001-2023 UNPRG-UA en proceso de renovación 3. Adjunta manual de usuario para acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de sistema para récord académico (folios 7407 y 7406).
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta fichas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con Resolución N°002- 2024-CFMH-/UNPRG

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta oficio con acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)		X	0%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	No adjunta listado de especialistas
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	Si. PRD QX 1370 EGRESOS 873 CIE CCEE 4041 CIE Con V.B Jef. Inteligencia Sanitaria
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** en la cual solicitan la autorización de **02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** ha obtenido el puntaje de **80%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**. hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 109-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Gastroenterología** en la sede docente acreditada **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO GASTROENTEROLOGÍA 01 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
ESPECIALIDAD: GASTROENTEROLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N°0171-2024-CONAREME ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME ST. Autorización de listado de programas, se incluye.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		X	0%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta oficio N° 020 – 2024-USB- UNPRG. Informan contrato N°001-2023 UNPRG-UA en proceso de renovación 3. Adjunta manual de usuario para acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de sistema para récord académico (folios7407 y 7406).
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta fichas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con Resolución N°002-2024-CFMH-/UNPRG

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta oficio con acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)		X	0%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	No adjunta listado de especialistas
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	Si. EGRESOS 558 CIE CCEE 13 014 CIE PROC AMB 7057 Con V.B Jef. Inteligencia Sanitaria
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en el que solicita la autorización de **01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Gastroenterología** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** ha obtenido el puntaje de **80%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Gastroenterología** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**. hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 110 -2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de **01** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Geriatría** en la sede docente acreditada **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO GERIATRÍA 01 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
ESPECIALIDAD: GERIATRÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residencia Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N°0171-2024-CONAREME ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME ST. Autorización de listado de programas, se incluye.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		X	0%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta oficio N° 020 – 2024-USB- UNPRG. Informan contrato N°001-2023 UNPRG-UA en proceso de renovación 3. Adjunta manual de usuario para acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de sistema para récord académico (folios 7407 y 7406).
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta fichas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con Resolución N°002- 2024-CFMH-/UNPRG

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta oficio con acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)		X	0%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	No adjunta listado de especialistas
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	Si. EGRESOS 528 CIE CCEE 6009 CIE PROC AMB 512 Con V.B Jef. Inteligencia Sanitaria
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** en la cual solicitan la autorización de **01** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Geriatría** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** ha obtenido el puntaje de **80%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 01** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Geriatría** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**.
hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 111 -2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Ginecología y Obstetricia** en la sede docente acreditada **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 02 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
ESPECIALIDAD: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N°0171-2024-CONAREME ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME ST. Autorización de listado de programas, se incluye.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		X	0%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta oficio N° 020 – 2024-USB- UNPRG. Informan contrato N°001-2023 UNPRG-UA en proceso de renovación 3. Adjunta manual de usuario para acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de sistema para récord académico (folios 7407 y 7406).
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta fichas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con Resolución N°002- 2024-CFMH-/UNPRG

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta oficio con acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)		X	0%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	No adjunta listado de especialistas
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Si. PRD QX 926 + 1657 EGRESOS 1565 + 2373 CIE CCEE 16339 + 4684 PROC AMB 7689 + 4497 Con V.B Jef. Inteligencia Sanitaria
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en el cual solicita la autorización de **02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ginecología y Obstetricia** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** ha obtenido el puntaje de **80%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ginecología y Obstetricia** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**. hasta el **31 de diciembre del 2024**.

INFORME N° 112 -2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Hematología** en la sede docente acreditada **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO HEMATOLOGÍA 01 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
ESPECIALIDAD: HEMATOLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N°0171-2024-CONAREME ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME ST. Autorización de listado de programas, se incluye.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		X	0%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta oficio N° 020 – 2024-USB- UNPRG. Informan contrato N°001-2023 UNPRG-UA en proceso de renovación 3. Adjunta manual de usuario para acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de sistema para récord académico (folios 7407 y 7406).
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta fichas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con Resolución N°002- 2024-CFMH-/UNPRG

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta oficio con acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)		X	0%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	No adjunta listado de especialistas
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	Si. EGRESOS 278 CIE CCEE 7199 CIE PROC AMB 2212 Con V.B Jef. Inteligencia Sanitaria
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** en la cual solicitan la autorización de **01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Hematología** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** ha obtenido el puntaje de **80%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Hematología** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**. hasta el **31 de diciembre del 2024**.

INFORME N° 113 -2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Medicina Física y De Rehabilitación** en la sede docente acreditada **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	(UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO) (MEDICINA FÍSICA Y DE REHABILITACIÓN) (01 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS)
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
ESPECIALIDAD: MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residencia Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N°0171-2024-CONAREME ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME ST. Autorización de listado de programas, se incluye.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		X	0%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta oficio N° 020 – 2024-USB- UNPRG. Informan contrato N°001-2023 UNPRG-UA en proceso de renovación 3. Adjunta manual de usuario para acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de sistema para récord académico (folios 7407 y 7406).
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta fichas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con Resolución N°002- 2024-CFMH- /UNPRG
2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta oficio con acta de compromiso

III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)		X	0%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	No adjunta listado de especialistas
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	Si. PROC AMB 1146 CCEE 5732 CIE Con V.B Jef. Inteligencia Sanitaria
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** en la cual solicitan la autorización de **01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Física y De Rehabilitación** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** ha obtenido el puntaje de **80%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Física y De Rehabilitación** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**. hasta el **31 de diciembre del 2024**.

INFORME N° 114-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Medicina Intensiva** en la sede docente acreditada **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO MEDICINA INTENSIVA 03 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTENSIVA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N°0171-2024-CONAREME ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME ST. Autorización de listado de programas, se incluye.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		X	0%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados. 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta oficio N° 020 – 2024-USB-UNPRG. Informan contrato N°001-2023 UNPRG- UA en proceso de renovación 3. Adjunta manual de usuario para acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de sistema para récord académico (folios7407 y 7406).
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta fichas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con Resolución N°002-2024-CFMH-/UNPRG

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta oficio con acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)		X	0%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	No adjunta listado de especialistas
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Si. EGRESOS 98 + 187 CIE Con V.B Jef. Inteligencia Sanitaria
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en la cual solicita la autorización de **03** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Intensiva** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** ha obtenido el puntaje de **80%**, sin embargo, la estadística enviada solo cubre para máximo **02** campos clínicos.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 03** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Intensiva** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**. hasta el **31 de diciembre del 2024**.

INFORME N° 115 -2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente acreditada **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO MEDICINA INTERNA 03 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N°0171-2024-CONAREME ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME ST. Autorización de listado de programas, se incluye.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		X	0%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta oficio N° 020 – 2024-USB- UNPRG. Informan contrato N°001-2023 UNPRG-UA en proceso de renovación 3. Adjunta manual de usuario para acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de sistema para récord académico (folios 7407 y 7406).
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta fichas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con Resolución N°002- 2024-CFMH-/UNPRG

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta oficio con acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)		X	0%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	No adjunta listado de especialistas
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	Si. EGRESOS 698 CIE CCEE 18085 CIE PROC AMB 21 Con V.B Jef. Inteligencia Sanitaria
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en la cual solicita la autorización de **03** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** ha obtenido el puntaje de **80%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 3** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**.
hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 116 -2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejos
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de **01** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Medicina oncológica** en la sede docente acreditada **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO MEDICINA ONCOLÓGICA 01 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
ESPECIALIDAD: MEDICINA ONCOLÓGICA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N°0171-2024-CONAREME ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME ST. Autorización de listado de programas, se incluye.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		X	0%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta oficio N° 020 – 2024-USB- UNPRG. Informan contrato N°001-2023 UNPRG-UA en proceso de renovación 3. Adjunta manual de usuario para acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de sistema para récord académico (folios 7407 y 7406).
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta fichas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con Resolución N°002- 2024-CFMH- /UNPRG

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta oficio con acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)		X	0%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	No adjunta listado de especialistas
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Si. EGRESOS 1223 PROC AMB 644 CCEE 27532 CIE Con V.B Jef. Inteligencia Sanitaria
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en la cual solicita la autorización de **01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina oncológica** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** ha obtenido el puntaje de **80%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 1** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina oncológica** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**. **hasta el 31 de diciembre del 2024.**

INFORME N° 117-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejo
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de **02** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Nefrología** en la sede docente acreditada **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO NEFROLOGÍA 02 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
ESPECIALIDAD: NEFROLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N°0171-2024-CONAREME ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME ST. Autorización de listado de programas, se incluye.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		X	0%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta oficio N° 020 – 2024-USB- UNPRG. Informan contrato N°001-2023 UNPRG- UA en proceso de renovación 3. Adjunta manual de usuario para acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de sistema para récord académico (folios 7407 y 7406).
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta fichas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con Resolución N°002- 2024-CFMH-/UNPRG
2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta oficio con acta de compromiso

III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)		X	0%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	No adjunta listado de especialistas
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	Si. EGRESOS 296 CIE CCEE 18329 CIE PROC AMB 15023 Con V.B Jef. Inteligencia Sanitaria
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en la cual solicita la autorización de **02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Nefrología** en la sede docente de **Hospital Nacional Almazor Aguinaga Asenjo** ha obtenido el puntaje de **80%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 2** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Nefrología** en la sede docente de **Hospital Nacional Almazor Aguinaga Asenjo** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**. hasta el **31 de diciembre del 2024**.

INFORME N° 118-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejo
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de **01** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Neurocirugía** en la sede docente acreditada **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO (NEUROCIRUGÍA 01 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
ESPECIALIDAD: NEUROCIURUGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residencia Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N°0171-2024-CONAREME ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME ST. Autorización de listado de programas, se incluye.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		X	0%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta oficio N° 020 – 2024-USB-UNPRG. Informan contrato N°001-2023 UNPRG- UA en proceso de renovación 3. Adjunta manual de usuario para acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de sistema para récord académico (folios 7407 y 7406).
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta fichas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con Resolución N°002- 2024-CFMH- /UNPRG

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta oficio con acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)		X	0%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	No adjunta listado de especialistas
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico.	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Si. EGRESOS 343 CIE PRD QX 441 CCEE 6078 CIE Con V.B Jef. Inteligencia Sanitaria
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en la cual solicita la autorización de **01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Neurocirugía** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** ha obtenido el puntaje de **80%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 1** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Neurocirugía** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**. **hasta el 31 de diciembre del 2024.**

INFORME N° 119-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejo
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de **02** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Oftalmología** en la sede docente acreditada **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO OFTALMOLOGÍA 02 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
ESPECIALIDAD: OFTALMOLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residencia Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N°0171-2024-CONAREME ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME ST. Autorización de listado de programas, se incluye.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		X	0%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta oficio N° 020 – 2024-USB- UNPRG. Informan contrato N°001-2023 UNPRG- UA en proceso de renovación 3. Adjunta manual de usuario para acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de sistema para récord académico (folios 7407 y 7406).
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta fichas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con Resolución N°002- 2024-CFMH-/UNPRG
2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta oficio con acta de compromiso

sede docente acreditada)					
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)		X	0%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	No adjunta listado de especialistas
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Si. PRD QX 1781 CCEE 13940 CIE PROC AMB 11498 EGRESOS 18 CIE Con V.B Jef. Inteligencia Sanitaria
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** en la cual solicitan la autorización de **02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Oftalmología** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** ha obtenido el puntaje de **80%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 2** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Oftalmología** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**.
hasta el 31 de diciembre del 2024.

INFORME N° 120-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejo
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de **02** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Ortopedia y Traumatología** en la sede docente acreditada **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO) ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA 02 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residencia Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N°0171-2024-CONAREME ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME ST. Autorización de listado de programas, se incluye.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		X	0%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta oficio N° 020 – 2024-USB-UNPRG. Informan contrato N°001-2023 UNPRG- UA en proceso de renovación 3. Adjunta manual de usuario para acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de sistema para récord académico (folios 7407 y 7406).
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta fichas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con Resolución N°002- 2024-CFMH- /UNPRG

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta oficio con acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)		X	0%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	No adjunta listado de especialistas
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Si. PRD QX 1224 EGRESOS 1221 CIE CCEE 12021 CIE PROC AMB 20Con V.B Jef. Inteligencia Sanitaria
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** en la cual solicitan la autorización de **02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ortopedia y Traumatología** en la sede docente de **Hospital Nacional Almazor Asenjo** ha obtenido el puntaje de **80%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 2** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ortopedia y Traumatología** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**. hasta el **31 de diciembre del 2024**.

INFORME N° 121-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejo
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de **01** campo clínico para el desarrollo del programa de la especialidad de **Otorrinolaringología** en la sede docente acreditada **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** en relación con el Proceso Excepcional de Autorización de Campos Clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO OTORRINOLARINGOLOGÍA 01 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
ESPECIALIDAD: OTORRINOLARINGOLOGIA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	3. Oficio N°0171-2024-CONAREME ST Oficializa Acreditación Sede Docente 4. Oficio N°0170-2024-CONAREME ST. Autorización de listado de programas, se incluye.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		X	0%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta oficio N° 020 – 2024-USB- UNPRG. Informan contrato N°001-2023 UNPRG- UA en proceso de renovación 3. Adjunta manual de usuario para acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de sistema para récord académico (folios7407 y 7406).
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta fichas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con Resolución N°002- 2024-CFMH- /UNPRG

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta oficio con acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)		X	0%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	No adjunta listado de especialistas
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Si. PRD QX 373 CCEE 5241 CIE PROC AMB 2914Con V.B Jef. Inteligencia Sanitaria
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en la cual solicita la autorización de **01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Otorrinolaringología** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** ha obtenido el puntaje de **80%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 1** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Otorrinolaringología** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**. hasta el **31 de diciembre del 2024**.

INFORME N° 122-2024-COMISION AUTORIZACION – CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejo
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de **01** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Patología Clínica** en la sede docente acreditada **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO PATOLOGÍA CLÍNICA 01 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
ESPECIALIDAD: PATOLOGÍA CLÍNICA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N°0171-2024-CONAREME ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME ST. Autorización de listado de programas, se incluye.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		X	0%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta oficio N° 020 – 2024-USB- UNPRG. Informan contrato N°001-2023 UNPRG-UA en proceso de renovación 3. Adjunta manual de usuario para acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de sistema para récord académico (folios 7407 y 7406).
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta fichas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con Resolución N°002- 2024-CFMH-/UNPRG
2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta oficio con acta de compromiso

sede docente acreditada)					
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)		X	0%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	No adjunta listado de especialistas
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Si. lab clínico + 900k, bioq +600k, hemato +200k, inmuno + 100k, micro + 20k+ banco + 200k Con V.B Jef. Inteligencia Sanitaria
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en la cual solicita la autorización de **01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Patología Clínica** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** ha obtenido el puntaje de **80%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 1** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Patología Clínica** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**. hasta el **31 de diciembre del 2024**.

INFORME N° 123-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de **02** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Pediatría** en la sede docente acreditada **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO PEDIATRÍA 02 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
ESPECIALIDAD: PEDIATRÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N°0171-2024-CONAREME ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME ST. Autorización de listado de programas, se incluye.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		X	0%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta oficio N° 020 – 2024-USB-UNPRG. Informan contrato N°001-2023 UNPRG- UA en proceso de renovación 3. Adjunta manual de usuario para acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de sistema para récord académico (folios 7407 y 7406).
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta fichas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con Resolución N°002- 2024-CFMH-UNPRG

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta oficio con acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)		X	0%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	No adjunta listado de especialistas
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	Si. CCEE 3368 CIE EGRESOS 617 CIE Con V.B Jef. Inteligencia Sanitaria
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en la cual solicita la autorización de **02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Pediatría** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** ha obtenido el puntaje de **80%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 2** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Pediatría** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** hasta el **31 de diciembre del 2024**

INFORME N° 124-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejo
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de **01** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Psiquiatría** en la sede docente acreditada **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO PSIQUIATRÍA 01 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N°0171-2024-CONAREME ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME ST. Autorización de listado de programas, se incluye.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		X	0%	3. Foto de Biblioteca física 4. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 5. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta oficio N° 020 – 2024-USB-UNPRG. Informan contrato N°001-2023 UNPRG- UA en proceso de renovación 3. Adjunta manual de usuario para acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de sistema para récord académico (folios 7407 y 7406).
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta fichas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con Resolución N°002- 2024-CFMH-/UNPRG
2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta oficio con acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú,		X	0%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	No adjunta listado de especialistas

establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)					
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	Si. EGRESOS 181 CIE CCEE 10019 CIE PROC AMB 203 Con V.B Jef. Inteligencia Sanitaria
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en la cual solicita la autorización de **01** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Psiquiatría** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** ha obtenido el puntaje de **80%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 1** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Psiquiatría** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**. hasta el **31 de diciembre del 2024**

INFORME N° 125-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejo
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de **02** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Radiología** en la sede docente acreditada **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO RADIOLOGÍA 02 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
ESPECIALIDAD: RADIOLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N°0171-2024-CONAREME ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME ST. Autorización de listado de programas, se incluye.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		X	0%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta oficio N° 020 – 2024-USB-UNPRG. Informan contrato N°001-2023 UNPRG- UA en proceso de renovación 3. Adjunta manual de usuario para acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de sistema para récord académico (folios 7407 y 7406).
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta fichas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con Resolución N°002-2024-CFMH-/UNPRG

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta oficio con acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)		X	0%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	No adjunta listado de especialistas
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	Si. eco + 27 k, tomo + 23k, reso + 5k, mamó + 4 k, rx + 3k, Con V.B Jef. Inteligencia Sanitaria
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en la cual solicita la autorización de **02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Radiología** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** ha obtenido el puntaje de **80%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 2** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Radiología** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**. hasta el **31 de diciembre del 2024**

INFORME N° 126-2024-COMISION AUTORIZACION - CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejo
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de **01** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Urología** en la sede docente acreditada **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO UROLOGÍA 01 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	SI
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
ESPECIALIDAD: UROLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residentado Medico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.	X		10%	1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	1. Oficio N°0171-2024-CONAREME ST Oficializa Acreditación Sede Docente 2. Oficio N°0170-2024-CONAREME ST. Autorización de listado de programas, se incluye.
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)		X	0%	1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	1. Si envía Fotos 2. Adjunta oficio N° 020 – 2024-USB-UNPRG. Informan contrato N°001-2023 UNPRG- UA en proceso de renovación 3. Adjunta manual de usuario para acceso a biblioteca virtual
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.	X		10%	Evidencia de contar con la plataforma	Envía captura de pantalla de sistema para récord académico (folios7407 y 7406).
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.	X		10%	Ficha de registro de notas	Adjunta fichas
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).	X		10%	Resolución de comité de especialidad	Si cuenta con Resolución N°002-2024-CFMH-/UNPRG

2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)	X		10%	Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	Si adjunta oficio con acta de compromiso
III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)		X	0%	Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	No adjunta listado de especialistas
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico	X		10%	Informe estadístico del año anterior firmado por el área correspondiente	Si. PRD QX 350 EGRESOS 435 CIE CCEE 10351 CIE PROC AMB 3339. Con V.B Jef. Inteligencia Sanitaria
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.	X		10%	Documento de compromiso	Si adjunta oficio con acta de compromiso
PORCENTAJE TOTAL			80%		

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

Al evaluar el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en la cual solicita la autorización de **01** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Urología** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** ha obtenido el puntaje de **80%**.

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **AUTORIZAR 1** campo clínico para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Urología** en la sede docente de **Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**. hasta el **31 de diciembre del 2024**

INFORME N° 127-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejo
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de **02** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Anestesiología** en la sede docente acreditada **Hospital Regional Docente las Mercedes** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO ANESTESIOLOGÍA 02 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	NO*
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

*Firmado por la Jefatura de Docencia e Investigación del Hospital

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES
ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residencia Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.				1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)				1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.				Evidencia de contar con la plataforma	
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.				Ficha de registro de notas	
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).				Resolución de comité de especialidad	
2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)				Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	

III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)				Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico				Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
PORCENTAJE TOTAL					

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

No se revisó el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en el que solicita la autorización de **02** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Anestesiología** en la sede docente de **Hospital Regional Docente las Mercedes** se identificó que no cuenta con el requisito de Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora ya que no tiene la firma del Director/Jefe/Encargado o quien haga sus veces o representante legal de la IPRESS, de acuerdo al Manual del Proceso Excepcional de Autorización de Campos clínicos; en todos los casos ha firmado el Jefe de Docencia e Investigación, por lo tanto que se concluye que no cumplió los requisitos y en consecuencia no corresponde evaluar el expediente

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **NO AUTORIZAR** campos clínicos para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Anestesiología** en la sede docente de **Hospital Regional Docente las Mercedes** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** debido a que no se revisó el expediente por no tener todos los requisitos completos.

INFORME N° 128-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejo
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de **03** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente acreditada **Hospital Regional Docente las Mercedes** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO CIRUGÍA GENERAL 03 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	NO*
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

*Firmado por la Jefatura de Docencia e Investigación del Hospital

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES
ESPECIALIDAD: CIRUGÍA GENERAL

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residencia Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.				1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)				1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.				Evidencia de contar con la plataforma	
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.				Ficha de registro de notas	
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).				Resolución de comité de especialidad	
2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)				Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	

III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)				Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico				Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
PORCENTAJE TOTAL					

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

No se revisó el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en el que solicita la autorización de **03** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente de **Hospital Regional Docente las Mercedes**, **se identificó que no cuenta con** el requisito de Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora ya que no tiene la firma del Director/Jefe/Encargado o quien haga sus veces o representante legal de la IPRESS, de acuerdo al Manual del Proceso Excepcional de Autorización de Campos clínicos; en todos los casos ha firmado el Jefe de Docencia e Investigación, por lo tanto que se concluye que no cumplió los requisitos y en consecuencia no corresponde evaluar el expediente

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **NO AUTORIZAR** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Cirugía General** en la sede docente de **Hospital Regional Docente las Mercedes** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** debido a que **no se revisó el expediente por no tener todos los requisitos completos.**

INFORME N° 129-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejo
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de **03** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Ginecología y Obstetricia** en la sede docente acreditada **Hospital Regional Docente las Mercedes** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 03 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	NO*
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

***Firmado por la Jefatura de Docencia e Investigación del Hospital**

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES
ESPECIALIDAD: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residencia Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.				1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)				1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.				Evidencia de contar con la plataforma	
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.				Ficha de registro de notas	
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).				Resolución de comité de especialidad	
2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)				Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	

III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)				Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico				Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
PORCENTAJE TOTAL					

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

No se reviso el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en el que solicita la autorización de **03** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ginecología y Obstetricia** en la sede docente de **Hospital Regional Docente las Mercedes**, se identifico que el requisito de Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora no tiene la firma del Director/Jefe/Encargado o quien haga sus veces o representante legal de la IPRESS, de acuerdo al Manual del Proceso Excepcional de Autorización de Campos clínicos; en todos los casos ha firmado el Jefe de Docencia e Investigación, por lo tanto que se concluye que no cumplió los requisitos y en consecuencia no corresponde evaluar el expediente

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **NO AUTORIZAR** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ginecología y Obstetricia** en la sede docente de **Hospital Regional Docente las Mercedes** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** debido a que no se reviso el expediente por no tener todos los requisitos completos.

INFORME N° 130-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejo
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de **01** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Medicina Intensiva** en la sede docente acreditada **Hospital Regional Docente las Mercedes** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO MEDICINA INTENSIVA 01 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	NO*
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

***Firmado por la Jefatura de Docencia e Investigación del Hospital**

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTENSIVA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residencia Medica y la Sede Docente, se encuentra acreditada.				1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)				1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.				Evidencia de contar con la plataforma	
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.				Ficha de registro de notas	
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).				Resolución de comité de especialidad	
2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)				Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	

III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)				Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico				Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
PORCENTAJE TOTAL					

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

No se reviso el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en el que solicita la autorización de **01** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Intensiva** en la sede docente de **Hospital Regional Docente las Mercedes**, se identifica que el requisito de Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora no tiene la firma del Director/Jefe/Encargado o quien haga sus veces o representante legal de la IPRESS, de acuerdo al Manual del Proceso Excepcional de Autorización de Campos clínicos; en todos los casos ha firmado el Jefe de Docencia e Investigación, por lo tanto que se concluye que no cumplió los requisitos y en consecuencia no corresponde evaluar el expediente

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **NO AUTORIZAR** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Intensiva** en la sede docente de **Hospital Regional Docente las Mercedes** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** debido que **no se reviso el expediente al no presentar todos los requisitos completos.**

INFORME N° 131-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejo
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de **03** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente acreditada **Hospital Regional Docente las Mercedes** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO MEDICINA INTERNA 03 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	NO*
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

*Firmado por la Jefatura de Docencia e Investigación del Hospital

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residencia Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.				1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)				1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.				Evidencia de contar con la plataforma	
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.				Ficha de registro de notas	
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).				Resolución de comité de especialidad	
2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)				Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	

III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)				Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico				Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
PORCENTAJE TOTAL					

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

No se revisó el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en el que solicita la autorización de **03** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente de **Hospital Regional Docente las Mercedes**, se identifica que el requisito de Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora no tiene la firma del Director/Jefe/Encargado o quien haga sus veces o representante legal de la IPRESS, de acuerdo al Manual del Proceso Excepcional de Autorización de Campos clínicos; en todos los casos ha firmado el Jefe de Docencia e Investigación, por lo tanto que se concluye que no cumplió los requisitos y en consecuencia no corresponde evaluar el expediente

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **NO AUTORIZAR** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Medicina Interna** en la sede docente de **Hospital Regional Docente las Mercedes** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** al no revisar el expediente por no presentar todos los requisitos solicitados.

INFORME N° 132-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejo
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de **01** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Oftalmología** en la sede docente acreditada **Hospital Regional Docente las Mercedes** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO OFTALMOLOGÍA 01 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	NO*
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

*Firmado por la Jefatura de Docencia e Investigación del Hospital

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES
ESPECIALIDAD: OFTALMOLOGIA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residencia Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.				1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)				1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.				Evidencia de contar con la plataforma	
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.				Ficha de registro de notas	
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).				Resolución de comité de especialidad	
2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)				Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	

III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)				Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico				Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
PORCENTAJE TOTAL					

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

No se reviso el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en el que solicita la autorización de **01** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Oftalmología** en la sede docente de **Hospital Regional Docente las Mercedes**, se identifica que el requisito de Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora no tiene la firma del Director/Jefe/Encargado o quien haga sus veces o representante legal de la IPRESS, de acuerdo al Manual del Proceso Excepcional de Autorización de Campos clínicos; en todos los casos ha firmado el Jefe de Docencia e Investigación, por lo tanto que se concluye que no cumplió los requisitos y en consecuencia no corresponde evaluar el expediente

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **NO AUTORIZAR** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Oftalmología** en la sede docente de **Hospital Regional Docente las Mercedes** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** al no revisar el expediente por no presentar todos los requisitos solicitados.

INFORME N° 133-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejo
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de **01** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Ortopedia y Traumatología** en la sede docente acreditada **Hospital Regional Docente las Mercedes** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA 01 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	NO*
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

*Firmado por la Jefatura de Docencia e Investigación del Hospital

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES
ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residencia Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.				1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)				1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.				Evidencia de contar con la plataforma	
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.				Ficha de registro de notas	
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).				Resolución de comité de especialidad	
2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)				Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	

III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)				Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico				Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
PORCENTAJE TOTAL					

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

No se reviso el expediente presentado por la Institución Solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en el que solicita la autorización de **01** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ortopedia y Traumatología** en la sede docente de **Hospital Regional Docente las Mercedes**, se identifica que el requisito de Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora no tiene la firma del Director/Jefe/Encargado o quien haga sus veces o representante legal de la IPRESS, de acuerdo al Manual del Proceso Excepcional de Autorización de Campos clínicos; en todos los casos ha firmado el Jefe de Docencia e Investigación, por lo tanto que se concluye que no cumplió los requisitos y en consecuencia no corresponde evaluar el expediente

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **NO AUTORIZAR** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Ortopedia y Traumatología** en la sede docente de **Hospital Regional Docente las Mercedes** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** al no revisar el expediente por no presentar los requisitos solicitados.

INFORME N° 134-2024-COMISION AUTORIZACION-CONAREME

A : Dr. Vicente Cruzate Cabrejo
Presidente del Comité Directivo de CONAREME

DE : Comisión de Autorización

ASUNTO : Informe de la evaluación del expediente presentado por la Institución Formadora Universitaria **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** para la evaluación de **03** campo(s) clínico(s) para el desarrollo del programa de la especialidad de **Pediatría** en la sede docente acreditada **Hospital Regional Docente las Mercedes** en relación con el Proceso excepcional de Autorización de Campos clínicos 2024

REFERENCIA : Oficio Múltiple N°010-2024-CONAREME-ST, Oficio Múltiple N°019-2024-CONAREME-ST

FECHA : Miraflores, 08 de marzo del 2024

Me dirijo a usted en atención a la materia del asunto que se refiere, hacerle llegar el presente informe:

I. ANTECEDENTES:

RI 000431 01/03/2024 Vía Email **Solicitud S/N** Héctor Elías Portilla Jacobo Director de la Unidad de Posgrado Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Remite informe de autorización de campos clínicos, de autoevaluación.

II. ANÁLISIS:

En la evaluación realizada al expediente enviado a CONAREME se ha tomado en cuenta los siguientes RI's:

DOCUMENTOS PRESENTADOS	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO PEDIATRÍA 03 CAMPOS CLINICOS SOLICITADOS
	CUMPLE
Solicitud de autorización	SI
Resolución que aprueba el Programa de Especialidad	SI
Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado	SI
Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado	SI
Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora	NO*
Declaración jurada	SI
Informe de autoevaluación	SI
Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación	SI
Voucher de pago	SI

*Firmado por la Jefatura de Docencia e Investigación del Hospital

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO EXCEPCIONAL DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
SEDE DOCENTE: HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES
ESPECIALIDAD: PEDIATRÍA

ESTÁNDARES	CUMPLE		PORCENTAJE	FUENTE DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
	SI	NO			
I. PROGRAMA DE FORMACIÓN – EJECUCIÓN DEL PROGRAMA					
1.1. Tiene autorizado el funcionamiento del Programa de Residencia Médico y la Sede Docente, se encuentra acreditada.				1. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de Acreditación de la sede docente (Información validada por CONAREME) 2. Acuerdo administrativo del Comité Directivo de la autorización del programa (Información validada por CONAREME)	
1.2. Cuenta con Biblioteca física actualizada y/o ingreso a la virtual. (revistas médicas indexadas según especialidad y/o subespecialidad solicitada)				1. Foto de Biblioteca física 2. Contratos actualizados de revistas relacionados a los campos clínicos solicitados 3. Evidencia de acceso a Biblioteca Virtual	
1.3. Cuenta con plataforma que permita acceso a récord académico.				Evidencia de contar con la plataforma	
II. UNIVERSIDAD EN LA SEDE DOCENTE					
2.1. Evaluación académica del médico residente.				Ficha de registro de notas	
2.2. El Programa cuenta con una plana docente con vínculo laboral con la Universidad en la Sede Docente (comité de especialidad).				Resolución de comité de especialidad	
2.3. Propuesta de tutor(es) por especialidad de campo clínico firmado por autoridad correspondiente (estos deben de laborar en la sede docente acreditada)				Carta de compromiso de contrato de tutores (1 tutor por 5 médicos residentes)	

III. PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE - ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS					
3.1. La Sede Docente acreditada cuenta mínimo con dos especialistas titulados en la especialidad con registro en el Colegio Médico del Perú, establecida que garanticen el desarrollo del programa quienes desarrollaran la tutoría. – (1 tutor por 5 médicos residentes)				Relación de médicos especialistas correspondientes a la solicitud del campo clínico que laboran en la	
3.2. Incidencia de las patologías y/o procedimientos de la especialidad del campo clínico				Informe estadístico del año anterior firmador por el área correspondiente	
IV. PREVENCIÓN DE RIESGOS DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL					
4.1. Evaluación médica anual obligatoria por salud ocupacional realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
4.2. Evaluación de salud mental realizada a los médicos residentes.				Documento de compromiso	
PORCENTAJE TOTAL					

***Autoriza el campo clínico: si cumple con mínimo el 80% de los estándares.

III. CONCLUSIÓN:

No se reviso el expediente presentado por la Institución Formadora **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, en el que solicita la autorización de **03** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Pediatría** en la sede docente de **Hospital Regional Docente las Mercedes**, se identifica que el requisito de Carta de aceptación de la sede docente a la Institución Formadora no tiene la firma del Director/Jefe/Encargado o quien haga sus veces o representante legal de la IPRESS, de acuerdo al Manual del Proceso Excepcional de Autorización de Campos clínicos; en todos los casos ha firmado el Jefe de Docencia e Investigación, por lo tanto que se concluye que no cumplió los requisitos y en consecuencia no corresponde evaluar el expediente

IV. RECOMENDACIÓN:

La Comisión de Autorización propone **NO AUTORIZAR** campo(s) clínico(s) para poder desarrollar el programa de la especialidad de **Pediatría** en la sede docente de **Hospital Regional Docente las Mercedes** a la Institución solicitante **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo** al no revisar el expediente por no presentar los requisitos completos.