



CONTRALORÍA

GENERAL DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ

GERENCIA REGIONAL DE CONTROL ÁNCASH

INFORME DE VISITA DE CONTROL **N° 5814-2026-CG/GRAN-SVC**

VISITA DE CONTROL
HOSPITAL III CHIMBOTE - ESSALUD
CHIMBOTE - SANTA - ÁNCASH

**“VERIFICACIÓN DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS EN
EL HOSPITAL III CHIMBOTE - ESSALUD”**

PERÍODO DE EVALUACIÓN:
DEL 16 AL 22 DE ABRIL DE 2026

TOMO I DE I

HUARAZ, 27 DE ABRIL DE 2026

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia”

INFORME DE VISITA DE CONTROL N° 5814-2026-CG/GRAN-SVC

**“VERIFICACIÓN DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS EN EL HOSPITAL III CHIMBOTE -
ESSALUD”**

ÍNDICE

	N° Pág.
I. ORIGEN	3
II. OBJETIVOS	3
III. ALCANCE	3
IV. INFORMACIÓN RESPECTO DE LA VISITA DE CONTROL	3
V. SITUACIONES ADVERSAS.....	7
VI. DOCUMENTACIÓN VINCULADA A LA ACTIVIDAD	49
VII. INFORMACIÓN DEL REPORTE DE AVANCE ANTE SITUACIONES ADVERSAS	49
VIII. CONCLUSIÓN	49
IX. RECOMENDACIÓN	49

APÉNDICES



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

INFORME DE VISITA DE CONTROL N° 5814-2026-CG/GRAN-SVC

“VERIFICACIÓN DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS EN EL HOSPITAL III CHIMBOTE - ESSALUD”

I. ORIGEN

El presente informe se emite en mérito a lo dispuesto por la Gerencia Regional de Control Áncash, mediante el Oficio n.° 000539-2026-CG/GRAN de 15 de abril de 2026 y recepcionado el 16 de abril de 2026, registrado en el Sistema de Control Gubernamental - SCG con la orden de servicio n.° 02-L425-2026-042, en el marco de lo previsto en la Directiva n.° 013-2022-CG/NORM “Servicio de Control Simultáneo” aprobada mediante Resolución de Contraloría n.° 218-2022-CG de 30 de mayo de 2022, y sus modificatorias.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Determinar si las prestaciones sanitarias en el Hospital III Chimbote - EsSalud, se ejecutan cumpliendo con lo establecido en la normativa aplicable vigente.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Determinar la calidad de atención de salud que el Servicio de Emergencia Hospital III Chimbote - EsSalud brinda a los usuarios, en relación a la disponibilidad de personal, equipamiento e infraestructura, según la normativa aplicable.

2.2.2 Determinar la calidad de atención de salud que el Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital III Chimbote - EsSalud brinda a los usuarios, en relación a la disponibilidad de personal, equipamiento e infraestructura, según la normativa aplicable.

2.2.3 Determinar la calidad de atención de salud que el Servicio de Nutrición del Hospital III Chimbote - EsSalud brinda a los usuarios, en relación a la disponibilidad de personal, equipamiento e infraestructura, según la normativa aplicable.

2.2.4 Verificar las actividades administrativas y técnicas operativas de gestión y manejo de residuos sólidos en el Hospital III Chimbote - EsSalud, conforme lo establece la normativa aplicable y disposiciones vigentes.

ALCANCE

La Visita de Control se realizó en los Servicios de Emergencia, Diagnóstico por Imágenes, Nutrición y la Unidad de Mantenimiento del Hospital III Chimbote - EsSalud, ubicado en la avenida Circunvalación 119 - urbanización Laderas del Norte, distrito Chimbote, provincia Santa, región Áncash, del 16 al 22 de abril de 2026.

IV. INFORMACIÓN RESPECTO DE LA VISITA DE CONTROL

El Hospital III Chimbote - EsSalud es un centro asistencial del segundo nivel de atención de salud, el cual depende jerárquicamente de la Gerencia de la Red Asistencial Áncash y funcionalmente de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.

Al respecto, el Hospital III Chimbote - EsSalud tiene la responsabilidad de brindar prestaciones de atención integral ambulatoria y hospitalaria altamente especializada con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud a través de servicios de salud clínico - quirúrgicos de alta complejidad, en concordancia con las normas y lineamientos emitidos por la Gerencia Central de



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

Prestaciones de Salud. Para el cumplimiento de su misión, el Hospital III Chimbote - EsSalud cuenta con diversos Servicios, tales como: Medicina, Cirugía, Pediatría, Gineco Obstetricia, Odontología, Enfermería, **Emergencia**, Cuidados Intensivos, Farmacia, **Nutrición**, Patología Clínica y Anatomía Patológica, **Diagnóstico por Imágenes**, Anestesiología y Centro Quirúrgico, Medicina Física y Rehabilitación y demás especialidades.

Es así que, la Visita de Control comprendió al Servicio de Emergencia, Diagnóstico por Imágenes, Nutrición y la Unidad de Mantenimiento del Hospital III Chimbote - EsSalud, ubicado en la avenida Circunvalación 119 - urbanización Laderas del Norte, distrito Chimbote, provincia Santa, región Áncash, siendo necesario brindar la información que se muestra a continuación:

4.1. Unidades Orgánicas de la Entidad a cargo de las actividades que forman parte de la visita de control

Unidad Orgánica: UPSS Emergencia

Unidad básica del establecimiento de salud organizada para la atención inmediata y permanente a usuarios que estén en condición de Urgencia y/o Emergencia.

Para su funcionamiento requiere de:

- **Recursos humanos:**
Médicos especialistas y otros profesionales de la salud de acuerdo a la(s) especialidad(es) que desarrollan. Así como personal técnico de enfermería.
- **Infraestructura:**
Área destinada a la atención inmediata de emergencias y áreas de observación diferenciadas por sexo, según corresponda a la(s) especialidad(es) que desarrolla(n). Asimismo, podrán contar con una Unidad de Vigilancia Intensiva o Área Crítica de Emergencia, según campo clínico que desarrolle.
- **Equipamiento:**
Mobiliario, equipos biomédicos e instrumental necesarios de acuerdo a la especialidad que se brinda para la atención de usuarios en condición de urgencia o emergencia. según la normatividad vigente.
- **Organización de la atención:**
La atención de urgencias y emergencias está organizada de acuerdo a lo establecido en la NTS vigente, durante las 24 horas, los 365 días del año. Asimismo, se debe garantizar el funcionamiento de Triage de las urgencias y emergencias, y la disponibilidad de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento necesarios.

Debe estar organizada para asegurar la referencia del usuario, en caso la condición de emergencia lo amerite. En los establecimientos de salud de esta categoría y si las patologías propias que desarrollen requieran de atención de emergencia deben organizar la UPSS Emergencia. Sin embargo de no ser el caso, deben realizar la actividad de atención de urgencias y emergencias, de forma obligatoria. Estos establecimientos de salud organizan la UPSS Emergencia por especialidad(es) según el campo clínico o grupo etario.

- **Capacidad Resolutiva:**
Estos establecimientos de salud resuelven daños de prioridad I, II y III, según corresponda a la (s) especialidad(es) que desarrolla(n), refiriendo a los usuarios en caso la condición lo amerite, de acuerdo a normatividad vigente.



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

Unidad Orgánica: UPSS Nutrición

Unidad básica del establecimiento de salud organizada para promover, prevenir, proteger y recuperar la salud nutricional del usuario de atención ambulatoria y hospitalizado, garantizando la oportunidad y calidad de atención. Para el usuario hospitalizado planifica, prepara, distribuye y controla los regímenes dietéticos, fórmulas lácteas y fórmulas enterales.

Para su funcionamiento requiere de:

- Recursos humanos:
Profesional de Nutrición y personal técnico capacitado.
- Infraestructura:
Áreas específicas para la planificación, elaboración, conservación y distribución de regímenes dietéticos de acuerdo a normatividad vigente.
- Equipamiento:
Mobiliario, equipos e insumos necesarios para la atención de acuerdo al Listado de Equipamiento Biomédico Básico para los Establecimientos de Salud vigente.
- Organización de la atención:
Debe garantizar el funcionamiento de 12 horas diarias de acuerdo a turnos de programación, para brindar soporte nutricional al usuario hospitalizado. En los establecimientos de salud cuyo campo clínico requiere del apoyo de esta UPSS de Atención de Soporte podrá ser propia o tercerizar los servicios que a esta UPSS le corresponden brindar en forma total o parcial.
- Capacidad Resolutiva:
Planifica, elabora, conserva y distribuye regímenes dietéticos, fórmulas lácteas y fórmulas enterales de acuerdo a la prescripción médica.

Realiza la evaluación del estado nutricional del usuario del servicio, consistente en el cálculo de las necesidades nutricionales. Elaboración del plan y seguimiento nutricional de acuerdo a las indicaciones médicas.

Unidad Orgánica: UPSS Diagnóstico por Imágenes

Unidad básica del establecimiento de salud organizada para la realización, procesamiento e interpretación de los estudios por radiaciones ionizantes y no ionizantes.

Para su funcionamiento requiere de:

- Recursos humanos:
Médico especialista en Radiología, profesional de Tecnología Médica en Radiología y personal técnico de enfermería.
- Infraestructura:
Áreas específicas para la realización de procedimientos de ultrasonografía y radiología convencional, tomografías computarizadas, protegidas de acuerdo a las normas establecidas por el IPEN.
- Equipamiento:
Mobiliario, equipos biomédicos e insumos necesarios para la atención de acuerdo a normatividad vigente del Ministerio de Salud y normas del IPEN.



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

- Organización de la atención.

Se organiza para brindar atención de apoyo al diagnóstico para procedimientos electivos de acuerdo a la demanda y para procedimientos de urgencia o emergencia durante las 24 horas. Opcionalmente, realiza la lectura de imágenes de manera presencial o bajo la modalidad de Telemedicina (imágenes digitalizadas) y emisión del informe respectivo.

En los establecimientos de salud cuyo campo clínico requiere del apoyo de esta UPSS de Atención de Soporte, podrá ser propia o podrá tercerizar los servicios que a esta UPSS le corresponden brindar en forma total o parcial.

- Capacidad Resolutiva.

Realiza procedimientos de radiología convencional y especializada y tomografía computarizada según el campo clínico que desarrolle.

4.2. Actividades que forman parte de la Visita de Control

- ✓ Verificación del cumplimiento de las disposiciones específicas correspondientes a Infraestructura, Equipamiento y Programación de turnos de trabajo del Servicio de Emergencia.
- ✓ Verificación del cumplimiento de las disposiciones específicas correspondientes a Infraestructura, Equipamiento y Programación de turnos de trabajo del Servicio de Diagnóstico por Imágenes.
- ✓ Verificación del cumplimiento de las disposiciones específicas correspondientes a Infraestructura, Equipamiento y Programación de turnos de trabajo del Servicio de Nutrición.
- ✓ Verificación del cumplimiento de las disposiciones correspondientes a documentación técnica y gestión y manejo de residuos sólidos en el Hospital III Chimbote - EsSalud.



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00

Toma fotográfica N° 1

Vista del frontis del Hospital III Chimbote - EsSalud



Fuente: Inspección del 16 de abril de 2026.



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

V. SITUACIONES ADVERSAS

De la verificación efectuada a las prestaciones sanitarias en el Hospital III Chimbote - EsSalud, se ha identificado seis (6) situaciones adversas que afectan o podrían afectar la continuidad del proceso, el resultado o el logro de los objetivos institucionales, las cuales se exponen a continuación:

1. EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III CHIMBOTE - ESSALUD NO CUMPLE CON DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LAS NORMAS TÉCNICAS PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SITUACIÓN QUE PONE EN RIESGO LA PRESTACIÓN INTEGRAL, CONTINUIDAD Y CALIDAD DEL SERVICIO A LOS USUARIOS EN CONDICIÓN DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA.

a) Condición:

El Hospital III Chimbote - EsSalud es un centro asistencial del segundo nivel de atención de salud y tiene la responsabilidad de brindar prestaciones de atención integral ambulatoria y hospitalaria altamente especializada con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud a través de servicios de salud clínico - quirúrgicos de alta complejidad.

El Servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote - EsSalud es la unidad orgánica organizada para la atención inmediata y permanente a usuarios que estén en condición de Urgencia y/o Emergencia; para ello cuenta con Tópicos de Medicina, Gineco Obstetricia, Cirugía, Traumatología y Pediatría, asimismo cuenta con Centro Quirúrgico, Salas de Shock Trauma, Observación, Triage, Tópicos de inyectables y nebulización, y los servicios de Farmacia, Laboratorio, Rayos X, Tomografía y Ambulancia.

Siendo así, la Comisión de Control efectuó una Visita de Control al Servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote - EsSalud, que fue registrada en el Acta de Visita de Control n.º 004, de 21 de abril de 2026, suscrita por el jefe de guardia del Servicio de Emergencia¹, evidenciando lo siguiente:

- Organización y funcionamiento

Durante la Visita de Control al Servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote - EsSalud, realizada durante la guardia nocturna del 20 al 21 de abril de 2026 y registrada en el Acta de Visita de Control n.º 004, se identificó que **no había personal de Trabajo Social programado y tampoco se contaba con representante de la PNP.**

En relación al equipamiento, se detectó **equipos biomédicos que no cuentan con kardex de mantenimiento**; y respecto a la prestación de servicios, **no se cuenta con manuales de procedimientos ni guías de práctica clínica** en los Tópicos del Servicio de Emergencia. Adicionalmente a ello, los corredores de circulación **no cuentan con protectores contra impacto de camillas** y en los servicios higiénicos **no se dispone de agua caliente y fría**. Asimismo, **no se visualiza la programación asistencial de turnos** del Servicio de Emergencia, correspondiente a abril de 2026.

Lo indicado compromete aspectos técnico administrativos destinados a fortalecer la organización y funcionamiento de la UPSS Emergencia; tal como se muestra a continuación:

.....*Toma fotográfica en la página siguiente*.....

¹ Oscar Lenin Lopez Amaya, Médico de Emergencias y Desastres.

Toma fotográfica N° 2
Corredor de circulación del Servicio de Emergencia



Las paredes no cuentan con protectores contra impacto de camillas.

Fuente: Acta de Visita de Control n.º 004, de 21 de abril de 2026.



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00

- **Ambientes prestacionales**

Triaje

Durante la visita al Servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote - EsSalud, y también mediante Acta de Visita de Control n.º 004, el ambiente de **Triaje se encontró cerrado, sin personal a cargo**². El Triaje del Servicio de Emergencia **no cuenta con** libro de registro de pacientes y en cuanto a su equipamiento/implementación, durante la inspección **se detectó la falta de** balanza con tallímetro, estetoscopio, termómetro y otros para la evaluación de los pacientes.

Tópico de Medicina


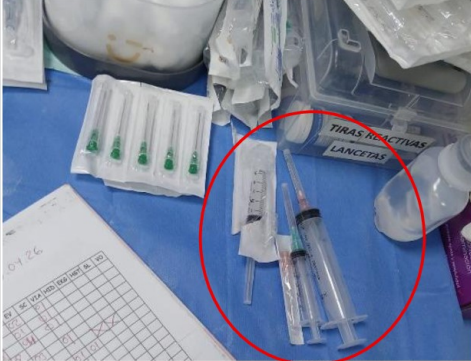
Durante la inspección, **no se encontró en el Tópico de Medicina al médico asistente** de turno programado; el Tópico de Medicina estaba a cargo del médico residente quien no portaba su fotocheck institucional. En cuanto al equipamiento/implementación, el Tópico de Medicina **no cuenta con:** pantoscopio, martillo de reflejos, glucómetro portátil y otros para la evaluación de los pacientes.

Tópico de Cirugía

Durante la inspección, **no se encontró en el Tópico de Cirugía al cirujano asistente** de turno programado, pues se encontraba realizando una cirugía en el Centro Quirúrgico, entre las 00:15 am y las 03:00 am aproximadamente, y **el Tópico de Cirugía estaba a cargo de una estudiante interna de Medicina**. En cuanto al equipamiento/implementación, el Tópico de Cirugía **no cuenta con** frontoluz y el negatoscopio funciona parcialmente (dos de los tres campos están inoperativos); además, se encontró material biocontaminado sin segregar; tal como se muestra a continuación:

.....*Tomas fotográficas en la página siguiente*.....

² Durante la Visita de Control, el jefe de Guardia del Servicio de Emergencia dispuso que el médico Elkin Córdova Rubio atienda el Triaje.

Toma fotográfica N° 3 Tópico de Cirugía	Toma fotográfica N° 4 Tópico de Cirugía
	
Negatoscopio con dos campos inoperativos.	Residuos sólidos biocontaminados sin segregar.



Fuente: Acta de Visita de Control n.º 004, de 21 de abril de 2026.

Tópico de Gineco Obstetricia

Durante la inspección, el Tópico de Gineco Obstericia se encontró con **luces apagadas y sin personal a cargo**. El Tópico de Gineco Obstericia **no cuenta con servicio higiénico ni vestuario para pacientes**; además, al realizar la verificación del KIT Clave Roja³, éste se encontró **incompleto** pues faltaba 1 frasco más de Poligelina 3.5%; tal como se muestra a continuación:



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00

Toma fotográfica N° 5 Tópico de Gineco Obstetricia	Toma fotográfica N° 6 Tópico de Gineco Obstetricia
	
Ambiente con luces apagadas y sin personal.	Kit Clave Roja incompleto.

Fuente: Acta de Visita de Control n.º 004, de 21 de abril de 2026.

Tópico de Pediatría

Durante la inspección, se identificó que el personal a cargo del Tópico de Pediatría **no porta su fotocheck institucional**. En cuanto al equipamiento/implementación, el Tópico de Pediatría **no cuenta con balanza con tallímetro ni pantoscopio**; además, se detectó historia clínica sin consignar los signos vitales completos.



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

³ Kit empleado para el manejo de cuadros hemorrágicos.

Farmacia

Durante la inspección, se identificó que la Farmacia del Servicio de Emergencia **no cuenta con Químico Farmacéutico de turno programado** y la Farmacia está a cargo de personal Técnico de Farmacia. La Farmacia del Servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote - EsSalud **no cuenta con documento de Dirección Técnica ni Licencia de Funcionamiento** visibles; además, **no se encontró el libro de estupefacientes o psicotrópicos**; asimismo, se identificó fragmentos de blíster de medicamentos que **no consignan lote de producción ni fecha de vencimiento**; sin perjuicio de lo anterior, el personal de turno manifestó que en el ambiente de Farmacia de Emergencia del Hospital III Chimbote - EsSalud **se realizan reuniones de agasajo del personal con consumo de alimentos**; tal como se muestra a continuación:

Toma fotográfica N° 7 Farmacia de Emergencia	Toma fotográfica N° 8 Farmacia de Emergencia
	
Medicamentos sin registro de fecha de vencimiento.	Medicamentos sin registro de lote de producción.

Fuente: Acta de Visita de Control n.º 004, de 21 de abril de 2026.

Rayos X

Durante la inspección, se identificó que el **personal de turno no cuenta con dosímetro**; el cual permite medir las dosis recibidas por una persona en el curso de su trabajo.

Laboratorio

Durante la inspección, se identificó que el ambiente de toma de muestras **no cuenta con lavatorio de manos**; además, los depósitos para residuos sólidos biocontaminados **no cuentan con tapas, ni señalizaciones**; tal como se muestra a continuación:

Toma fotográfica N° 9 Laboratorio de Emergencia	Toma fotográfica N° 10 Laboratorio de Emergencia
	
Ambiente de toma de muestras sin lavamanos.	Depósitos para residuos biocontaminados sin tapa.

Fuente: Acta de Visita de Control n.º 004, de 21 de abril de 2026.



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00

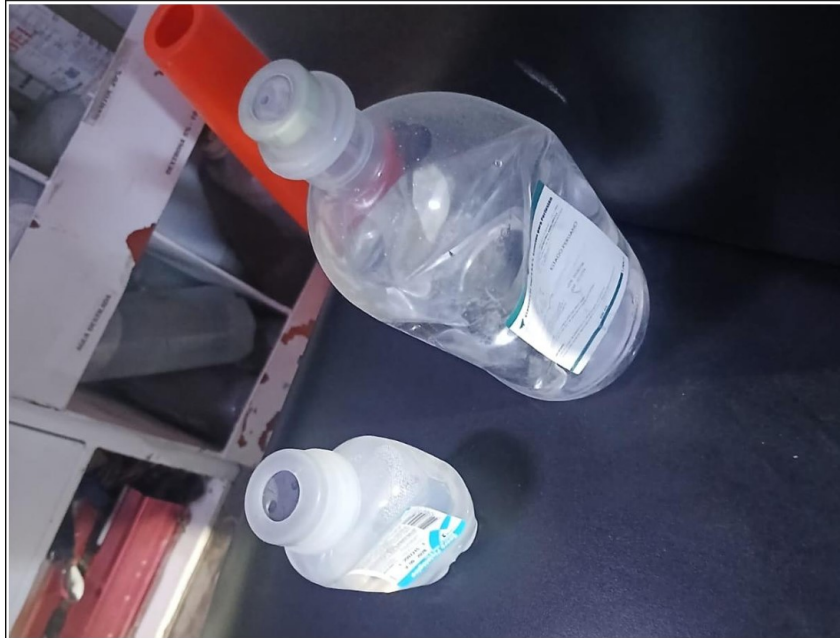


Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

Ambulancia

Durante la inspección, en la caseta de la Ambulancia se encontró frascos de productos farmacéuticos utilizados y no desechados; además no se cuenta con inventario actualizado de insumos y equipos médicos disponibles; tal como se muestra a continuación:

Toma fotográfica N° 11
Ambulancia



Se encontró productos farmacéuticos utilizados y no desechados.

Fuente: Acta de Visita de Control n.º 004, de 21 de abril de 2026.

Tópico de inyectables

Durante la inspección, se encontró residuos sólidos biocontaminados sin segregar, así como alimentos de consumo personal entre los bienes del Tópico; tal como se muestra a continuación:

Toma fotográfica N° 12
Tópico de inyectables



Se encontró alimentos entre los bienes y materiales del tópico.

Fuente: Acta de Visita de Control n.º 004, de 21 de abril de 2026.



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

Admisión

Durante la inspección, se evidenció que el personal a cargo de Admisión **no portaba su fotocheck institucional**; además, estaba vestido con polo, pantalón de buzo y sin calzado.

De lo expuesto, se pudo advertir que el Servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote - EsSalud no cumple disposiciones de organización, funcionamiento, infraestructura ni equipamiento mínimo según su nivel de complejidad, pese a que la Norma Técnica de Salud n.º 042-MINSA/DGSP-V.01 y la Norma Técnica de Salud n.º 110-MINSA/DGIEM-V01 respectivamente, establecen normas para la atención de pacientes, y especifican el equipamiento e implementación de los ambientes prestacionales y complementarios de la UPSS Emergencia.

Al respecto, las Normas⁴ y ⁵ respectivamente, establecen disposiciones técnico administrativas para la atención de los pacientes en los Servicios de Emergencia, y determinan el marco técnico normativo de infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del segundo nivel de atención del sector salud; pese a ello, se evidenció el incumplimiento de lo normado en el Servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote - EsSalud.

b) Criterio:

- Norma Técnica de Salud n.º 042-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia”, aprobada mediante Resolución Ministerial n.º 386-2006/MINSA de 20 de abril de 2006.

“5.2 DE LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

(...)

- Los establecimientos de salud categorizados como II-1, II-2, III-1 y III-2 deben contar con servicios de emergencia que funcionen las 24 horas del día durante los 365 días del año (...)
- Todo establecimiento de salud, está obligado a brindar atención médico quirúrgica de emergencia a toda persona que lo necesite, conforme a lo señalado en la Ley N° 27604 y el Decreto Supremo 016-2002/SA. (...)
- El personal asistencial que se encuentra de guardia no será programado para la atención en consulta externa, intervenciones quirúrgicas electivas o para realizar la visita médica en áreas de hospitalización.
- El Médico Jefe de Guardia definirá el rol y los responsables de las diferentes áreas de la Emergencia por turnos, debiendo publicarlo en cada área para conocimiento.
- Los servicios o áreas de Emergencia deben disponer de información para el usuario, relacionada a tarifas, rol de personal, visita de familiares y otras condiciones del servicio. (...)
- El Servicio de Emergencia debe contar con el equipamiento biomédico necesario, para una prestación en condiciones razonables de seguridad. El equipo biomédico y material médico no fungible empleado en la prevención de emergencia, deben estar sujetos a mantenimiento preventivo y correctivo, de manera prioritaria. (...)
- Los servicios de emergencia contarán con el apoyo de Trabajadoras Sociales, quienes se encargarán de la evaluación socioeconómica del paciente, la identificación y ubicación de



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

Norma Técnica de Salud n.º 042-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia”, aprobada mediante Resolución Ministerial n.º 386-2006/MINSA de 20 de abril de 2006.

⁵ Norma Técnica de Salud n.º 110-MINSA/DGIEM-V01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención”, aprobada mediante Resolución Ministerial n.º 660-2014-MINSA de 1 de septiembre de 2014.

los familiares de los pacientes con problemas sociales, en abandono e indocumentados, a efectos de facilitar los trámites administrativos y de apoyo social requeridos.

- Los establecimientos de salud deben coordinar el apoyo y la presencia de un representante de la Policía Nacional del Perú en los Servicios de Emergencia.
- (...)

DE LOS DOCUMENTOS DE GESTIÓN

Deberán contar con los siguientes instrumentos de gestión:

- Manual de Organización y Funciones.
 - Manual de Procedimientos del Servicio de Emergencia.
 - Guías de Práctica Clínica de los daños más frecuentes.
 - Guías de los Procedimientos Asistenciales más frecuentes.
 - Registro de Indicadores de Producción y de Calidad.
 - Registro de Emergencias en Triage, Tópicos Diferenciados, Sala de Observación, Sala de Operaciones de Emergencia.
 - Registro de Complicaciones.
 - Plan de Emergencia y Desastres del Establecimiento de Salud.
- (...)

6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1 DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE

Del Ingreso y Admisión

(...)

- Luego del ingreso, el Triage es la primera área donde el paciente debe ser evaluado para determinar la prioridad y el direccionamiento de su atención.
- (...)

De la atención de salud

Triage

- El profesional de salud encargado del triaje, realiza el control de las funciones vitales del paciente y determina la prioridad del daño del mismo, a fin de derivarlo al área correspondiente de acuerdo al protocolo de triaje (Anexo N° 04 - Lista de daños según prioridad de atención).
- (...)

Tópico de Atención

(...)

- La atención del paciente será registrada en todos sus aspectos en la Historia Clínica de Emergencia, de acuerdo a lo establecido en las normas vigentes, debiendo constar la firma y el sello del Médico tratante.
- Cada tópico debe disponer de las guías de práctica clínica para el manejo del paciente, de acuerdo a su especialidad.

6.2 DE LOS SERVICIOS DE APOYO

Exámenes Auxiliares

(...)



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

- Las solicitudes de exámenes auxiliares deben registrar: fecha, hora, nombre del paciente, edad, sexo, número de registro o seguro, diagnóstico, área donde se encuentra el paciente, diagnóstico presuntivo, análisis solicitado, así como nombre y firma del médico tratante.
 (...)”

- Norma Técnica de Salud n.º 110-MINSA/DGIEM-V01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención”, aprobada mediante Resolución Ministerial n.º 660-2014-MINSA de 1 de septiembre de 2014.

“VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

(...)

6.4 DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE LAS UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)

(...)

6.4.2 UPSS Emergencia

(...)

6.4.2.4 Acabados

(...)

Los corredores de circulación contarán con protector contra impacto de camillas.

(...)



Firmado digitalmente por
 FARFAN ALFARO Franklin
 Rolando FAU 20131378972
 soft
 Motivo: Doy Visto Bueno
 Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00

ANEXO N° 10

EQUIPOS PARA AMBIENTES PRESTACIONALES Y COMPLEMENTARIOS DE LA UPSS EMERGENCIA

UPSS EMERGENCIA			
AMBIENTE	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
TÓPICO DE MEDICINA INTERNA		(...)	
	D-259	Glucómetro portátil	1
		(...)	
	D-129	Martillo de reflejos	1
		(...)	
TÓPICO DE PEDIATRÍA	D-131	Pantoscopio	1
		(...)	
	D-188	Balanza digital con tallímetro pediátrica	1
		(...)	
	D-132	Pantoscopio pediátrico	1
TÓPICO DE CIRUGÍA		(...)	
	D-126	Frontoluz	1
		(...)	
	D-148	Negatoscopio de 2 campos	1
		(...)	
TRIAJE	D-325	Balanza digital con tallímetro adulto	1
	D-188	Balanza digital con tallímetro pediátrica	1
		(...)	
	D-125	Estetoscopio adulto pediátrico	1
		(...)	



Firmado digitalmente por
 SALAZAR CHECA Luis Miguel
 FAU 20131378972 soft
 Motivo: Doy Visto Bueno
 Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
 VILLEGAS BACA Lenin
 William FAU 20131378972
 soft
 Motivo: Doy Visto Bueno
 Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

- Reglamento Interno de Trabajo para los trabajadores comprendidos en el régimen laboral de la actividad privada del Seguro Social de Salud - EsSalud, aprobado mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 139-PE-ESSALUD-99 y modificatorias.

“CAPÍTULO VI

DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS TRABAJADORES

Artículo 19°- Son obligaciones de los trabajadores del ESSALUD las siguientes:

(...)

l) Usar reglamentariamente en el centro de trabajo la Credencial de identificación Institucional.

(...)

Artículo 20° Queda expresamente prohibido a los trabajadores:

(...)

c) Ejercer actividades distintas a las de su función durante el horario de trabajo.

(...)

h) Crear o fomentar condiciones riesgosas o insalubres dentro de las instalaciones de la Institución.

(...)

CAPITULO VII

HORARIO Y JORNADA LABORAL

Artículo 22° La asistencia, estricta puntualidad y permanencia efectiva en el trabajo son obligaciones del personal.

(...)

- Norma Técnica de Salud n.° 051-MINSA/OGND-V01 “Norma Técnica de Salud para el Transporte Asistido de Pacientes por vía terrestre”, aprobada mediante Resolución Ministerial n.° 953-2006-MINSA de 10 de octubre de 2006.

“8. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS Y FINALES

(...)

Cuarta.- Los vehículos ambulancias no deben ser utilizados para propósitos ni fines diferentes a aquel para el que han sido autorizadas a operar, ni transportar materiales que pudieran poner en peligro la vida o salud de un paciente y del personal que presta el servicio.”

c) Consecuencia:

Los hechos expuestos, ponen en riesgo la prestación integral, continuidad y calidad del servicio a los usuarios en condición de urgencia y/o emergencia.

2. EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III CHIMBOTE - ESSALUD NO SE CONTROLA LA ASISTENCIA, PERMANENCIA Y EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL ASISTENCIAL EN ÁREAS CRÍTICAS, SITUACIÓN QUE PONE EN RIESGO LA CONTINUIDAD Y OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN DE PACIENTES EN CONDICIÓN DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA.

a) Condición:

El Servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote - EsSalud es la unidad orgánica organizada para la atención inmediata y permanente de urgencias y emergencias de acuerdo a lo



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

establecido en la Norma Técnica Sanitaria vigente, durante las 24 horas, los 365 días del año. Asimismo, se debe garantizar el funcionamiento de Triage de las urgencias y emergencias, y la disponibilidad de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento necesarios.

Siendo así, durante la Visita de Control al Servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote - EsSalud, realizada durante la guardia nocturna del 20 al 21 de abril de 2026 y registrada en el Acta de Visita de Control n.º 004, suscrita por el jefe de guardia del Servicio de Emergencia, la Comisión de Control evidenció lo siguiente:

- **Asistencia del personal**

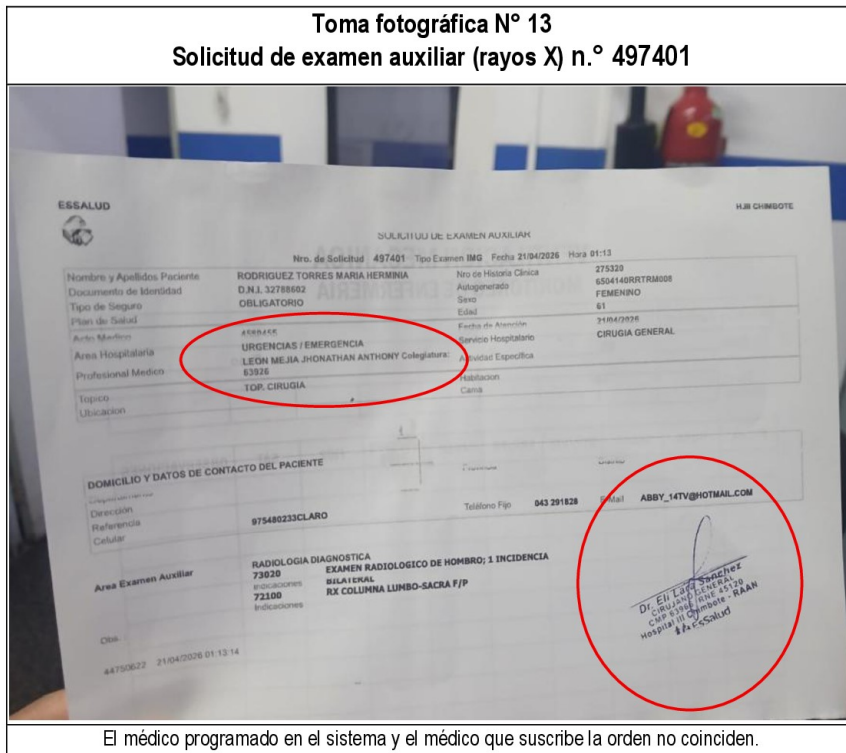
Durante la Visita de Control al Servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote - EsSalud, se verificó la programación asistencial con el jefe de Guardia y se detectó que el **médico Antonio Leonardo Guarniz Rurush estaba programado en Triage** durante la guardia nocturna del 20 al 21 de abril de 2026⁶, sin embargo, **no acudió a laborar pues había realizado cambio de turno con el médico Elkin Jhonny Cordova Rubio**; al respecto, dicho cambio de turno no contaba con papeleta u otro documento de autorización.

Asimismo, durante la Visita de Control se detectó que el **cirujano Jhonathan Anthony Leon Mejia estaba programado en Tópico de Cirugía** durante la guardia nocturna del 20 al 21 de abril de 2026, sin embargo, **no acudió a laborar pues había realizado cambio de turno con el cirujano Eli Emanuel Lara Sanchez**; al respecto, dicho cambio de turno no contaba con papeleta u otro documento de autorización. Además, en la Sala de Rayos X se identificó la **solicitud de examen auxiliar n.º 497401**, procedente del Tópico de Cirugía, emitida por el médico **Jhonathan Anthony Leon Mejia** a la **01:13 am del 21 de abril de 2026**, sin embargo, **estaba firmada y sellada por el médico Eli Emanuel Lara Sanchez**; tal como se muestra a continuación:



Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00

Toma fotográfica N° 13
Solicitud de examen auxiliar (rayos X) n.º 497401



ESALUD HUI CHIMBOTE

SOLICITUD DE EXAMEN AUXILIAR

Nro. de Solicitud 497401 Tipo Examen IMG Fecha 21/04/2026 Hora 01:13

Nombre y Apellidos Paciente	RODRIGUEZ TORRES MARIA HERMINIA	No de Historia Clínica	275339
Documento de Identidad	D.N.I. 32788662	Autogenerado	650416RRTRM008
Tipo de Seguro	OBLIGATORIO	Sexo	FEMENINO
Plan de Salud		Edad	61
Area Medica	458444	Fecha de Atención	21/04/2026
Area Hospitalaria	URGENCIAS / EMERGENCIA	Servicio Hospitalario	CIRUGIA GENERAL
Profesional Medico	LEON MEJIA JHONATHAN ANTHONY Colegiatura: 63926	Unidad Especifica	
Tópico	TOP. CIRUGIA	Matricación	
Ubicación		Cama	

DOMICILIO Y DATOS DE CONTACTO DEL PACIENTE

Dirección: _____ Teléfono Fijo: 043 291828 Celular: ABBY_14TV@HOTMAIL.COM

Area Examen Auxiliar: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA EXAMEN RADIOLOGICO DE HOMBRO; 1 INCIDENCIA
73030 Indicaciones: BILATERAL
72100 Indicaciones: RX COLUMNA LUMBO-SACRA F/P

Obs: 44700622 21/04/2026 01:13:14

Dr. Eli Emanuel Lara Sanchez
CIRUJANO GENERAL
CIR 63926 (MIR 45240)
Hospital III Chimbote - RAAN
EsSalud

El médico programado en el sistema y el médico que suscribe la orden no coinciden.

Fuente: Acta de Visita de Control n.º 004, de 21 de abril de 2026.



Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por VILLEGAS BACA Lenin William FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

⁶ Desde las 08:00 pm del 20 de abril hasta las 08:00 am del 21 de abril de 2026.

En base a ello, se pudo detectar que el cambio de turno realizado entre los cirujanos Jhonathan Anthony Leon Mejia y Eli Emanuel Lara Sanchez además de no estar autorizado, tampoco había sido registrado en el Sistema informático ESSI⁷ de la Entidad; en adición a lo anterior, mediante la solicitud de examen auxiliar n.º 497401, procedente del Tópico de Cirugía a la 01:13 am del 21 de abril de 2026, se pudo detectar que el cirujano Eli Emanuel Lara Sanchez no habría podido firmar y sellar dicha solicitud de examen auxiliar ya que aproximadamente entre las 00:15 am y las 03:00 am él se encontraba en el Centro Quirúrgico; posteriormente, el cirujano Eli Emanuel Lara Sanchez admitió que la estudiante interna de Medicina utilizó su sello y colocó una rúbrica en su reemplazo, situación que manifestó ser habitual.

- **Permanencia del personal**

Durante la Visita de Control al Servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote - EsSalud, aproximadamente desde las 04:05 am hasta las 04:35 am del 21 de abril de 2026, se detectó que no había personal alguno en el Tópico de Cirugía y había un paciente en silla de ruedas requiriendo atención en dicho tópico; al respecto, el cirujano de turno se encontraba nuevamente en el Centro Quirúrgico y la estudiante interna de Medicina no se encontraba en el Tópico de Cirugía, situación que fue comunicada al jefe de Guardia.

De lo expuesto, se pudo advertir que en el Servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote - EsSalud no se realizan acciones de control del personal en relación a su asistencia, permanencia y desarrollo de funciones, pese a que la Directiva N° 012-GG-ESSALUD-2014 y el Reglamento Interno de Trabajo respectivamente, establecen disposiciones para la programación de actividades, y regulan el desempeño laboral de los trabajadores del Seguro Social de Salud EsSalud.

Al respecto, las Normas⁸ y ⁹ respectivamente, establecen y adecuan los procedimientos para la programación de las actividades asistenciales, y establecen el conjunto de normas esenciales que regulan la prestación y el comportamiento laboral de los trabajadores del Seguro Social de Salud; pese a ello, se evidenció el incumplimiento de lo normado en el Servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote - EsSalud.

b) **Criterio:**

- **Directiva N° 012-GG-ESSALUD-2014 “Programación de las Actividades Asistenciales de los Profesionales y No profesionales del Seguro Social de Salud - EsSalud”, aprobada mediante Resolución de Gerencia General N° 1008-GG-ESSALUD-2014 de 29 de septiembre de 2014 y modificatorias.**

“VI. DISPOSICIONES

6.1 DISPOSICIONES GENERALES

(...)

6.1.2 Las actividades asistenciales programadas son de cumplimiento obligatorio por los Profesionales y No Profesionales programados para tal fin, y se ejecutan en el lugar, servicio, horario y/o turno programado.

(...)



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

⁷ EsSalud Sistema de Salud Inteligente.

⁸ Directiva N° 012-GG-ESSALUD-2014 “Programación de las Actividades Asistenciales de los Profesionales y No profesionales del Seguro Social de Salud - EsSalud”, aprobada mediante Resolución de Gerencia General N° 1008-GG-ESSALUD-2014 de 29 de septiembre de 2014 y modificatorias

⁹ Reglamento Interno de Trabajo para los trabajadores comprendidos en el régimen laboral de la actividad privada del Seguro Social de Salud - EsSalud, aprobado mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 139-PE-ESSALUD-99 y modificatorias.

6.1.5 El Jefe de Servicio programa actividades asistenciales del personal a su cargo, de tal manera que garanticen la continuidad de la atención de los pacientes durante todo el año en las áreas críticas.

6.1.6 El Gerente o Director del Órgano Desconcentrado es el responsable de la implementación y control de la ejecución de la programación de actividades asistenciales.
(...)

6.1.10 La guardia hospitalaria se programa en turno de 12 horas continuas, diurno o nocturno, las cuales son de cumplimiento obligatorio, con presencia física permanente y comprenden exclusivamente la ejecución de actividades asistenciales. La guardia diurna y nocturna no se programan en forma consecutiva, para el mismo personal.
(...)

6.2 DISPOSICIONES ESPECÍFICAS (...)

6.2.18 DE LA EJECUCIÓN DE LA PROGRAMACIÓN ASISTENCIAL

6.2.18.1 El Jefe de Servicio o quien haga sus veces es el responsable del cumplimiento de la ejecución de la Programación Asistencial en horario ordinario del personal a su cargo y del registro correspondiente en el Sistema Informático vigente (Anexo N° 7).
(...)

6.2.19 DEL CONTROL Y EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA PROGRAMACIÓN ASISTENCIAL

6.2.19.1 El Gerente o/o Director de Red Asistencial es el responsable del cumplimiento de la programación asistencial a través de los Directores de los Establecimientos de Salud.
(...)

6.2.19.3 La Oficina de Recursos Humanos o quien haga sus veces verifica el cumplimiento de las asistencia, puntualidad y permanencia del trabajador mediante la implementación de operativos inopinados.

6.2.19.4 El número máximo permitido de cambios de turno por trabajador con otro servidor del mismo grupo ocupacional es de cuatro (04) por mes, independientemente de la condición de solicitante o aceptante del cambio. Los cambios se solicitan con una antelación de por lo menos 48 horas antes de su ejecución y requieren de la autorización del Jefe de Servicio, con comunicación mensual al Jefe de Departamento y Director del Establecimiento de salud. Dichos cambios son necesariamente registrados en el Sistema Informático vigente.

6.2.19.5 El Jefe de Recursos Humanos es responsable de registrar los cambios de turno, verificando que la información se encuentre ingresada en el Sistema Informático vigente.

6.2.19.6 El Jefe del Equipo de Guardia del Establecimiento de Salud, es responsable de controlar la asistencia, puntualidad y permanencia; asume las funciones de Director del Establecimiento de Salud en su ausencia, a fin de garantizar la operatividad del Establecimiento de Salud.
(...)"



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

- Reglamento Interno de Trabajo para los trabajadores comprendidos en el régimen laboral de la actividad privada del Seguro Social de Salud - EsSalud, aprobado mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 139-PE-ESSALUD-99 y modificatorias.

“CAPÍTULO VI

DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS TRABAJADORES

Artículo 19° - Son obligaciones de los trabajadores del ESSALUD las siguientes:

(...)

k) *Cumplir en forma efectiva con las jornadas ordinarias y extraordinarias de trabajo.*

(...)

Artículo 20° *Queda expresamente prohibido a los trabajadores:*

a) *Abandonar y/o retirarse del puesto de trabajo durante la jornada laboral, sin causa justificada y sin autorización del Jefe Inmediato Superior y/o del superior jerárquico.*

(...)

CAPITULO VII

HORARIO Y JORNADA LABORAL

Artículo 22° *La asistencia, estricta puntualidad y permanencia efectiva en el trabajo son obligaciones del personal.*

(...)

c) **Consecuencia:**

Los hechos expuestos, ponen en riesgo la continuidad y oportunidad de atención de pacientes en condición de urgencia y/o emergencia.

3. **EL SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES DEL HOSPITAL III CHIMBOTE - ESSALUD NO CUMPLE DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN EL REGLAMENTO DE LA LEY DE REGULACIÓN DEL USO DE FUENTES DE RADIACIÓN IONIZANTE Y EN LAS NORMAS TÉCNICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SITUACIÓN QUE PONE EN RIESGO EL MANEJO CLÍNICO QUIRÚRGICO DE LOS PACIENTES, SU PROTECCIÓN ANTE RADIACIONES IONIZANTES Y LA CALIDAD Y OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN.**

a) **Condición:**

El Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital III Chimbote - EsSalud está organizado para la realización, procesamiento e interpretación de los estudios por radiaciones ionizantes y no ionizantes, brindando atención de apoyo al diagnóstico para procedimientos electivos de acuerdo a la demanda y para procedimientos de urgencia o emergencia durante las 24 horas.

Siendo así, la Comisión de Control efectuó una Visita de Control al Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital III Chimbote - EsSalud, que fue registrada en el Acta de Visita de Control n.° 001, de 16 de abril de 2026, suscrita por el jefe del Departamento de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento¹⁰, evidenciando lo siguiente:

¹⁰ Angel Javier Miguel Siccha, médico radiólogo.



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

- **Ambientes prestacionales y complementarios**

Durante la inspección de los ambientes del Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital III Chimbote - EsSalud, se identificó que cuenta con las siguientes salas: Rayos X, Ecografía, Mamografía, Tomografía y Fluoroscopia.

Mediante Acta de Visita de Control n.º 001, se identificó que la Sala de Rayos X del Hospital III Chimbote - EsSalud cuenta con un área aproximada de **20 m²** y **no cuenta con sala de espera ni de recepción** para los usuarios; lo cual incumple con el área mínima prestacional y los ambientes complementarios considerados en la Norma Técnica de Salud correspondiente. Además, la Sala de Rayos X del Hospital III Chimbote - EsSalud **no cuenta con Licencia de Operación** otorgada por la Oficina Técnica de la Autoridad Nacional (OTAN) del Instituto Peruano de Energía Nuclear (IPEN), contraviniendo así el Reglamento de la Ley de regulación del uso de fuentes de radiación ionizante; tal como se muestra a continuación:

Toma fotográfica N° 14
Sala de Rayos X



No cuenta con área mínima requerida ni con Licencia de Operación.

Fuente: Acta de Visita de Control n.º 001, de 16 de abril de 2026.

Así también, durante la Visita de Control se identificó que la Sala de Ecografía del Hospital III Chimbote - EsSalud cuenta con un área aproximada de **10 m²** dentro de la cual también labora personal de digitación, sin división o separación del área de examen de los pacientes. La Sala de Ecografía del Hospital III Chimbote - EsSalud **no cuenta con lavatorio de manos, aislamiento acústico, sala de espera, sala de recepción ni vestuario para pacientes**; tiene un servicio higiénico que cuenta con un área aproximada de **1.5 m²**; lo cual incumple con el área mínima prestacional y sus características, así como disposiciones de los ambientes complementarios considerados en la normativa vigente; tal como se muestra a continuación:

.....Tomas fotográficas en la página siguiente.....



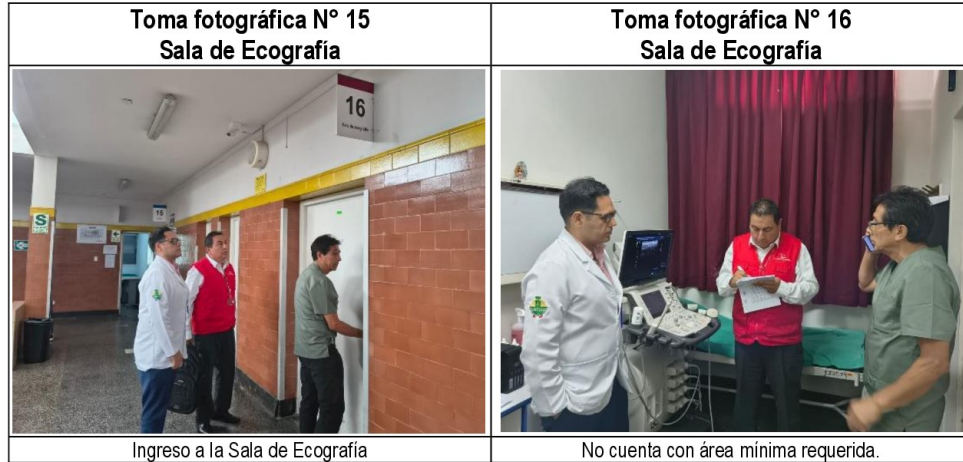
Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

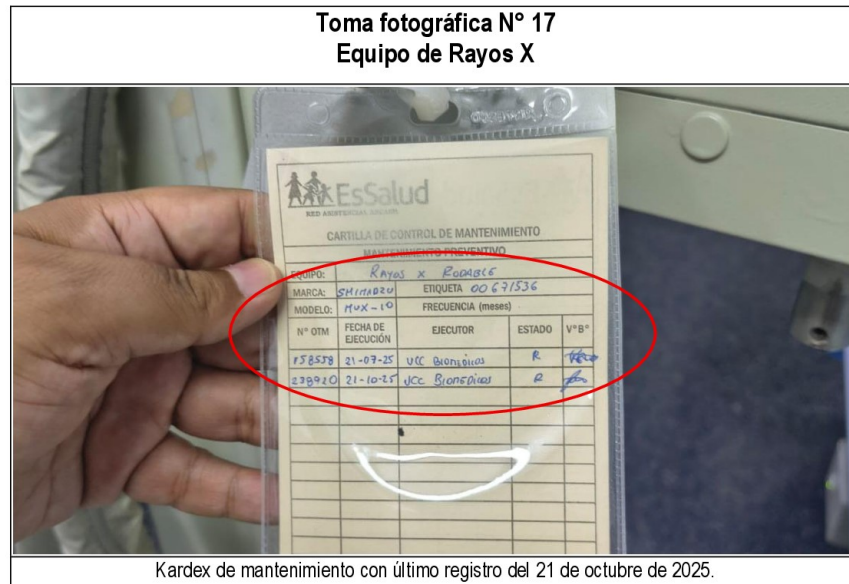


Fuente: Acta de Visita de Control n.° 001, de 16 de abril de 2026.

De lo expuesto, se pudo advertir que los ambientes del Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital III Chimbote - EsSalud presentan características estructurales deficientes, pese a que la Norma Técnica de Salud n.° 110-MINSA/DGIEM-V01 dispone la caracterización general de los ambientes prestacionales y complementarios de la UPSS Diagnóstico por Imágenes.

- Equipamiento

Durante la visita al Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital III Chimbote - EsSalud, y también mediante Acta de Visita de Control n.° 001, en la Sala de Rayos X se identificó que el **equipo estacionario convencional de rayos X no se encuentra operativo** (tubo de rayos X quemado) y actualmente se emplea un equipo rodable análogo de rayos X, el cual registra como último mantenimiento el 21 de octubre de 2025 en su kardex de mantenimiento. Además, la Sala de Rayos X **no cuenta con el siguiente equipamiento/instrumentos**: biombo, cubo de acero inoxidable para desperdicios, percha metálica de pared, silla metálica giratoria rodable, taburete metálico fijo con asiento giratorio y otros; tal como se muestra a continuación:



Fuente: Acta de Visita de Control n.° 001, de 16 de abril de 2026.



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

Asimismo, durante la Visita de Control, en la Sala de Ecografía del Hospital III Chimbote - EsSalud se detectó que **el equipo ecógrafo no cuenta con kardex de mantenimiento ni orden de trabajo de mantenimiento (OTM) para verificación.** Además, la Sala de Ecografía **no cuenta con el siguiente equipamiento/instrumentos:** cubo de acero inoxidable para desperdicios, silla metálica giratoria rodable, taburete metálico fijo con asiento giratorio, vitrina metálica para instrumentos o material estéril y otros.

Finalmente, en la Sala de Mamografía se encontró que **el equipo mamógrafo se encuentra inoperativo desde hace más de un año;** este equipo biomédico se requiere para realizar el estudio radiológico bilateral (de ambas mamas) para detectar el cáncer de mama, incluso antes de que sea palpable, aumentando las tasas de supervivencia.

De lo expuesto, se pudo advertir que el Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital III Chimbote - EsSalud no cuenta con el equipamiento requerido acorde a su nivel de complejidad, pese a que la Norma Técnica de Salud n.º 110-MINSA/DGIEM-V01 dispone el equipamiento para los ambientes prestacionales y complementarios de la UPSS Diagnóstico por Imágenes.

- **Personal asistencial**

Durante la visita al Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital III Chimbote - EsSalud, mediante Acta de Visita de Control n.º 001, se identificó **personal de salud que no porta su fotocheck institucional** en las salas de Rayos X, Ecografía y Tomografía; además se detectó **personal asistencial que no cuenta con licencia individual de operador de equipo de rayos X** en las salas de Fluoroscopia y Tomografía; asimismo, se encontró personal operador en la sala de Fluoroscopia que **no porta su dosímetro asignado**, el cual permite medir las dosis recibidas por una persona en el curso de su trabajo; finalmente, durante la Visita de Control se detectó que el registro de control de asistencia del personal asistencial no se encuentra refrendado por la jefatura correspondiente así como tampoco se consigna el área ni la dependencia de trabajo; sin perjuicio de lo anterior, **se detectó firma de salida de personal asistencial cuando aún no había concluido el turno laboral;** tal como se muestra a continuación:



Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por VILLEGAS BACA Lenin William FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

Toma fotográfica N° 18
Control de asistencia del Servicio de Diagnóstico por Imágenes

16-04-2026									
AREA	REG. LAB.	DNI	HORA DE ENTRADA	FIRMA	HORA DE SALIDA	FIRMA			
1	Luis Sanchez Rey	720	3190001	7:00	[Firma]				
2	Pago Videla	376	0827835	6:55	[Firma]				
3	Bertha Guazo	226	3280411	7:00	[Firma]				[Firma]
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
Total Asistencia		Total Inasistencia							

Se registró firma de salida sin aún haber concluido el turno laboral.

Fuente: Acta de Visita de Control n.º 001, de 16 de abril de 2026.

De lo expuesto, se pudo advertir que el Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital III Chimbote - EsSalud incumple disposiciones para el uso de equipos que emiten radiación

ionizante, pese a que la Ley de regulación del uso de fuentes de radiación ionizante establece el control a seguir y el Reglamento Interno de Trabajo de la Entidad dispone el cumplimiento laboral de los trabajadores.

Al respecto, las Normas¹¹ y ¹² respectivamente, establecen el régimen de autorizaciones y control al que deben someterse las actividades con radiación ionizante, y determinan el marco técnico normativo de infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del segundo nivel de atención del sector salud; pese a ello, el Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital III Chimbote - EsSalud no cumple con lo dispuesto.

b) Criterio:

- **Reglamento de la Ley n.º 28028, Ley de regulación del uso de fuentes de radiación ionizante, aprobado mediante Decreto Supremo n.º 039-2008-EM de 18 de julio de 2008.**

“TÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES
(...)

Artículo 4º.- Órganos competentes

El órgano competente para la ejecución de los procedimientos de autorización y fiscalización así como para el inicio e instrucción de los procedimientos sancionadores establecidos en el presente Reglamento, es la Oficina Técnica de la Autoridad Nacional (OTAN), quien resuelve o sanciona en primera instancia.

El órgano competente para resolver en segunda y última instancia es la Presidencia del Instituto Peruano de Emergencia Nuclear (Autoridad Nacional), previa opinión de un Comité ad-hoc.

(...)

TÍTULO II
REQUISITOS ADMINISTRATIVOS

Capítulo I
Notificación, Registro, Licencia y otras autorizaciones específicas

Artículo 8º.- Tipos de autorizaciones

Las personas naturales o jurídicas que realicen o vayan a realizar prácticas con fuentes de radiación ionizante, según lo descrito en el artículo 2º del presente Reglamento, deben solicitar y obtener la autorización correspondiente antes de iniciar las actividades, la cual podrá ser:

- a) Registro de instalación: Cuando se vaya a realizar actividades y prácticas que originan un riesgo bajo o moderado.*
- b) Licencia de instalación: Para realizar actividades y prácticas que originan mayor riesgo o que debido a su complejidad requieren ser autorizadas en sus diversas etapas como la localización, emplazamiento, diseño, construcción, operación y clausura.*
- c) Licencia individual: Para personas que operan, supervisan, realizan servicios a fuentes de radiaciones o realizan tareas de protección radiológica.*
- d) Autorización de servicios: Para realizar actividades de prestación de servicios relacionados con el uso de fuentes de radiaciones ionizantes o que entrañan exposición a éstas.*
- e) Autorizaciones específicas: Para actividades u operaciones cuya ejecución es de corto plazo o de carácter no permanente.*



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

Reglamento de la Ley n.º 28028, Ley de regulación del uso de fuentes de radiación ionizante, aprobado mediante Decreto Supremo n.º 039-2008-EM de 18 de julio de 2008.

¹² Norma Técnica de Salud n.º 110-MINSA/DGIEM-V01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención", aprobada mediante Resolución Ministerial n.º 660-2014-MINSA de 1 de septiembre de 2014.

(...)

Artículo 12°.- Otorgamiento de la autorización

La autorización es otorgada luego que la OTAN haya verificado el cumplimiento de las normas referidas a la seguridad radiológica y nuclear, protección física y salvaguardas, conforme sea aplicable.

La resolución que concede la autorización debe indicar, en cuanto sea aplicable, el nombre del Titular de la autorización, dirección legal, ubicación de la instalación, práctica autorizada, características de las fuentes, plazo de validez, límites y condiciones relativas a seguridad y protección y otras que se determine.

(...)

TÍTULO III

INSTALACIONES RADIATIVAS Y DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

(...)

Capítulo III

Licencias de instalación radiactiva

Artículo 26°.- Procedimiento de obtención de la licencia de operación

La licencia de operación debe ser solicitada a la OTAN adjuntando información, según sea aplicable, sobre las características de la instalación o práctica, descripción de las fuentes de radiación a utilizarse o fabricarse, resultados de pruebas, calibraciones y control de calidad de equipos y fuentes así como el programa de garantía de calidad, medidas y sistema de seguridad física, organización, procedimientos y plan de emergencia, previsiones para el cierre de la actividad o instalación, así como la relación de personal con licencia individual.

La solicitud de licencia debe ser presentada conjuntamente con el pago por derecho de licencia según el TUPA.

El plazo de resolución de la solicitud no será mayor a veinte (20) días hábiles de la fecha de presentación.”

- **Norma Técnica de Salud n.º 110-MINSA/DGIEM-V01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención”, aprobada mediante Resolución Ministerial n.º 660-2014-MINSA de 1 de septiembre de 2014.**

“VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

(...)

6.4 DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE LAS UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)

(...)

6.4.9 UPSS Diagnóstico por Imágenes

(...)

6.4.9.3 Caracterización general de los ambientes

(...)

A. Ambientes prestacionales

a) Salas de Radiología

Son los ambientes donde se realizan exámenes radiográficos a los pacientes.



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

(...)

b) Salas de Ecografía

Son los ambientes donde se realizan los exámenes de ultrasonografía (Ecografía) para fines diagnósticos.

(...)

La sala dispondrá de un área para lavamanos con grifería modelo cuello de ganso y control de codo y/o muñeca.

La sala debe disponer de un aislamiento acústico con una atenuación de sonido hasta los 40 dB, que aseguren la privacidad y confidencialidad.

Cuenta con servicio higiénico de 2.50 m² cuya puerta gira hacia afuera. Asimismo, en la Sala de Ecografía cuenta con un área para vestidor.

(...)

c) Sala de Mamografía

Es el ambiente donde se realizan los procedimientos radiológicos para la obtención de una imagen radiológica de la mama para fines diagnósticos.

(...)

B. Ambientes complementarios

a) Zona pública

• **Sala de espera**

Tanto la Sala de Espera como los corredores internos de circulación deberán tener contrazócalo sanitario para permitir su limpieza y asepsia. La Sala de espera podrá ser compartida con otras UPSS de Atención de Soporte dependiendo de la funcionalidad del diseño arquitectónico.

• **Recepción**

Es el ambiente destinado al registro de los pacientes de las diferentes prestaciones de la UPSS Diagnóstico por Imágenes, así como para la entrega de resultados.

(...)

CUADRO N° 9
AMBIENTES PRESTACIONALES Y COMPLEMENTARIOS DE LA UPSS DIAGNÓSTICO
POR IMÁGENES Y ÁREAS MÍNIMAS

AMBIENTES PRESTACIONALES			
PRESTACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD	CÓDIGO DE AMBIENTE	DENOMINACIÓN	ÁREA MÍNIMA (m ²)
Radiología convencional (sin contraste)	SRX1b	Sala de Radiología Convencional Digital	25.00
	(...)		
Ecografía General y Doppler	ECO1	Sala de Ecografía General	20.00
	(...)		

(...)



Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft Motivo: Doy Visto Bueno Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft Motivo: Doy Visto Bueno Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por VILLEGAS BACA Lenin William FAU 20131378972 soft Motivo: Doy Visto Bueno Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

ANEXO N° 17
EQUIPOS PARA AMBIENTES PRESTACIONALES Y COMPLEMENTARIOS DE LA UPSS
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

UPSS DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES			
AMBIENTE	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
SALA DE RADIOLOGÍA CONVENCIONAL DIGITAL	M-72	Biombo de acero inoxidable de 2 cuerpos	1
		(...)	
	M-114	Cubo de acero inoxidable para desperdicios con tapa accionada a pedal	2
	D-20	Equipo de rayos x estacionario digital	1
		(...)	
	M-9	Percha metálica de pared con 4 ganchos	1
		(...)	
	M-39	Silla metálica giratoria rodable	1
	M-48	Taburete metálico fijo con asiento giratorio	1
SALA DE ECOGRAFÍA GENERAL + SH		(...)	
	M-114	Cubo de acero inoxidable para desperdicios con tapa accionada a pedal	1
		(...)	
	M-39	Silla metálica giratoria rodable	1
	M-47	Taburete de acero inoxidable con asiento giratorio rodable	1
	(...)		
	M-55	Vitrina metálica de acero inoxidable para instrumentos o material estéril de un cuerpo	1"



Firmado digitalmente por
 FARFAN ALFARO Franklin
 Rolando FAU 20131378972
 soft
 Motivo: Doy Visto Bueno
 Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00

c) Consecuencia:

Los hechos expuestos, ponen en riesgo el manejo clínico quirúrgico de los pacientes, su protección ante radiaciones ionizantes y la calidad y oportunidad de atención.

4. EL SERVICIO DE NUTRICIÓN DEL HOSPITAL III CHIMBOTE - ESSALUD NO CUMPLE CON LAS DISPOSICIONES DE LA NORMA TÉCNICA DE LA UPSS DE NUTRICIÓN Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SITUACIÓN QUE PONE EN RIESGO LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO ASISTENCIAL Y LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS.

a) Condición:

El Servicio de Nutrición del Hospital III Chimbote - EsSalud es la unidad orgánica encargada de promover, proteger y recuperar la salud nutricional del usuario de atención ambulatoria y hospitalizado, garantizando la oportunidad y calidad de atención.

Siendo así, la Comisión de Control efectuó una Visita de Control al Servicio de Nutrición del Hospital III Chimbote - EsSalud, que fue registrada en el Acta de Visita de Control n.° 003, de 20 de abril de 2026, suscrita por la coordinadora del Servicio de Nutrición¹³, evidenciando lo siguiente:

- Ambientes prestacionales y complementarios

Durante la inspección de los ambientes del Servicio de Nutrición del Hospital III Chimbote - EsSalud, registrada en Acta de Visita de Control n.° 003, se identificó que el citado servicio



Firmado digitalmente por
 VILLEGAS BACA Lenin
 William FAU 20131378972
 soft
 Motivo: Doy Visto Bueno
 Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

¹³ Luz Marina Vivar Miranda, Nutricionista.

cuenta con Consultorio externo, Comedor, tres (3) Reposteros y una Cocina en la cual se están realizando trabajos de mantenimiento; tal como se muestra a continuación:



Fuente: Acta de Visita de Control n.° 003, de 20 de abril de 2026.



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00

El Comedor del personal no cuenta con servicio higiénico; se detectó que el lavamanos del comedor no dispone de abastecimiento de agua y que las ventanas no cuentan con mallas de protección contra vectores; además, durante la inspección se identificó que los implementos de limpieza y el depósito de basura se encuentran ubicados junto al área de lavado de menaje; asimismo, en la refrigeradora del comedor se encontró productos congelados que no corresponden al consumo del personal ni pacientes; tal como se muestra a continuación:





Fuente: Acta de Visita de Control n.° 003, de 20 de abril de 2026.



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00



Toma fotográfica N° 22 Ventanas del Comedor	Toma fotográfica N° 23 Lavadero del Comedor
	
No cuentan con mallas protectoras contra vectores.	Útiles de aseo y contenedores de basura contiguos.

Fuente: Acta de Visita de Control n.º 003, de 20 de abril de 2026.

En relación a los tres (3) Reposteros, dos de ellos se encuentran ubicados en los Servicios de Hospitalización de Medicina A y Medicina B y uno se encuentra ubicado en área administrativa junto a la Coordinación del Servicio de Nutrición. En el Repostero ubicado en área administrativa también se almacena cajas y depósitos de productos farmacéuticos, los cuales están colocados directamente sobre el piso; además, se encontró alimentos sobrantes en los coches de transporte; y los utensilios de aseo y depósitos de basura están ubicados junto al coche de transporte. Los reposteros ubicados en Hospitalización de Medicina A y B cuentan con ventanas sin mallas protectoras contra vectores; además, las alacenas para menaje no tienen puertas ni protectores; y los depósitos para residuos biocontaminados no tienen tapa accionada a pedal; tal como se muestra a continuación:



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00

Toma fotográfica N° 24 Repostero	Toma fotográfica N° 25 Repostero
	
Comparte ambiente con productos farmacéuticos.	Útiles de aseo y contenedores de basura contiguos al coche de alimentos.



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00

Toma fotográfica N° 26 Repostero

Se encontró alimentos sobrantes en el coche de transporte sin desechar.

Fuente: Acta de Visita de Control n.º 003, de 20 de abril de 2026.






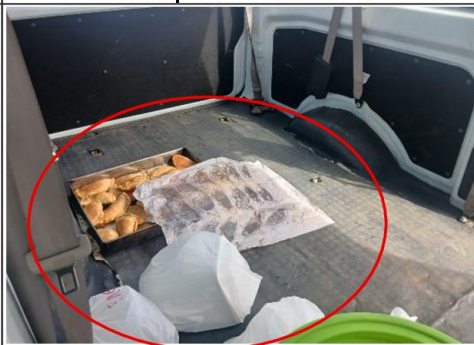
Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

De lo expuesto, se pudo advertir que los ambientes del Servicio de Nutrición del Hospital III Chimbote - EsSalud presentan características estructurales deficientes, pese a que la Norma Técnica de Salud n.º 110-MINSA/DGIEM-V01 dispone la caracterización general de los ambientes prestacionales y complementarios de la UPSS Nutrición.

- **Servicio de alimentación**

El servicio de alimentación del Hospital III Chimbote - EsSalud se encuentra a cargo de la Empresa de Servicios Río Santa S.R.L. (RUC 20403341496), en base al Contrato n.º 008-GRAAN-ESSALUD-2025, y durante la Visita de Control se evidenció que los alimentos son transportados en un vehículo tipo combi sin asientos y los alimentos son colocados sobre el piso del vehículo; además, algunos alimentos están parcialmente cubiertos y se detecta la presencia de moscas; asimismo, los alimentos son manipulados por personas sin guantes ni uso de uniformes.

El ambiente de cocina de la Empresa de Servicios Río Santa S.R.L. cuenta con pisos y paredes con grietas y su techo tiene una altura de 9 metros aproximadamente con zonas de paso de aire, polvo, vectores y otros; asimismo, cuenta con ventanas sin malla protectora contra vectores y su lavadero está deteriorado y no cuenta con grifería modelo cuello de ganso; tal como se muestra a continuación:

<p>Toma fotográfica N° 27 Cocina de la Empresa contratada</p> 	<p>Toma fotográfica N° 28 Lavadero de la Empresa contratada</p> 
<p>Cuenta con pisos y paredes con grietas.</p>	<p>Gabinete en malas condiciones.</p>
<p>Toma fotográfica N° 29 Manipulación de alimentos</p> 	<p>Toma fotográfica N° 30 Transporte de alimentos</p> 
<p>Manipulación de alimentos sin guantes ni uniforme.</p>	<p>Transporte de alimentos sin medidas de bioseguridad.</p>

Fuente: Acta de Visita de Control n.º 003, de 20 de abril de 2026.

- **Consulta Externa**

Además, durante la Visita de Control al Servicio de Nutrición, registrada en el Acta de Visita de Control n.º 003, se identificó que abril de 2026 cuenta con 23 días hábiles para programar atención en consultorio; sin embargo, se evidenció que sólo se ha programado



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

15 turnos, de 6 horas cada uno, para atención en Consulta Externa. Actualmente en Servicio de Nutrición del Hospital III Chimbote - EsSalud cuenta con 5 nutricionistas.

Al respecto, las Normas¹⁴ y ¹⁵ respectivamente, establecen los criterios mínimos de organización y funcionamiento que estandaricen y den congruencia científica y técnica a las funciones desarrolladas por la UPSS de Nutrición y Dietética, y determinan el marco técnico normativo de infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del segundo nivel de atención del sector salud; pese a ello, el Servicio de Nutrición del Hospital III Chimbote - EsSalud no cumple con lo dispuesto.

b) Criterio:

- **Norma Técnica de Salud N° 103-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Salud de Nutrición y Dietética”, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 665-2013/MINSA de 13 de octubre de 2013.**

“5.- DISPOSICIONES GENERALES

(...)

5.2 *Los establecimientos de salud del segundo y del tercer nivel de atención cuentan de manera obligatoria con una Unidad Productora de Servicios de Salud de Nutrición y Dietética.*

(...)

5.3 *Los Establecimientos de Salud del segundo y del tercer nivel de atención, cuentan con la UPSS de Nutrición y Dietética, sea que ésta brinde directamente el servicio o se efectúe mediante terceros, de manera total o parcial. En caso de estar tercerizado, no exime al establecimiento de salud de brindar las condiciones de infraestructura o logística que correspondan de manera que se garantice la adecuada prestación de servicios dentro del establecimiento.*

(...)

6.- DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. DE LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

(...)

6.1.3. *Son objetivos de la UPSS de Nutrición y Dietética:*

(...)

c) Supervisar la adecuada preparación, conservación y distribución de los alimentos y dietas especiales, como soporte al proceso de tratamiento y recuperación de los pacientes hospitalizados, de acuerdo a las normas técnicas de preparación y de bioseguridad respectivas.

(...)

6.1.9. *Toda UPSS de Nutrición y Dietética debe contar como mínimo con recursos humanos calificados, infraestructura, equipamiento, reactivos, materiales e insumos necesarios que garanticen la adecuada prestación del servicio en*



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

¹⁴ Norma Técnica de Salud N° 103-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Salud de Nutrición y Dietética”, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 665-2013/MINSA de 13 de octubre de 2013.

¹⁵ Norma Técnica de Salud n.° 110-MINSA/DGIEM-V01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención”, aprobada mediante Resolución Ministerial n.° 660-2014-MINSA de 1 de septiembre de 2014.

condiciones razonables de operatividad y seguridad. Es responsabilidad de los niveles de dirección de los establecimientos de salud, asegurar dicha disponibilidad.

(...)

6.3. DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS

(...)

6.3.3 ATENCIÓN A PACIENTES

(...)

6.3.3.2 La alimentación se almacenará, preparará y transportará de modo que se garantice la seguridad, y el contenido nutricional de los alimentos. Dicha alimentación estará sujeta a las indicaciones y restricciones del profesional médico tratante.

(...)

6.3.3.6 Se debe asegurar que los regímenes y/o fórmulas especiales proporcionadas por el hospital se almacenen, preparen y transporten de modo que se garantice la seguridad, integridad y el contenido nutricional de los mismos.

(...)

6.4. DE LA BIOSEGURIDAD

(...)

6.4.5. El uniforme reglamentario del personal en el área de producción según corresponda será:

- Pantalón y/o falda, chaqueta color blanco
- Mandilón blanco
- Gorro blanco
- Mascarilla
- Guantes de material de vinil o polietileno descartables.
- Mandil impermeable no inflamable
- Zapatos negros de cuero con planta antideslizante (varones)
- Zapatos blancos de cuero con planta antideslizante (mujeres)
- Botas de jebe blancas
- Delantal blanco.
- Sacón Térmico para ingreso a cámara de congelamiento.

(...)

6.4.7. El responsable de la unidad correspondiente, debe establecer por escrito y garantizar el cumplimiento de las medidas de bioseguridad del personal a su cargo para evitar la contaminación de los alimentos.

(...)

6.6. DE LA INFRAESTRUCTURA

(...)

6.6.2. La infraestructura debe tener una distribución que se base en 4 sectores:



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

SECTOR	ZONA	SUB ZONA	ÁREA
(...)			
2) SECTOR DE SOPORTE OPERATIVO			Cuarto de Limpieza
			Depósito de Residuos
(...)			

(...)

6.6.17. Ingeniería Hospitalaria

1) Instalaciones sanitarias: Debe garantizarse el suministro ininterrumpido de agua fría y caliente; dependiendo de la ubicación y de la complejidad del hospital se debe contar con un tanque reservorio.

Todo lavamanos debe contar con jabón líquido colocado en dispensadores sanitizados que permitan su fácil extracción.

Los lavamanos contarán con llave de tipo mezclador de agua caliente y fría, accionada con pedal, codo, sensor automático u otro mecanismo.

(...)

6) Acabados

i. Pisos: Deben ser de materiales impermeables, resistentes a impactos, no absorbentes, lavables, antideslizantes; no tendrán grietas, de fácil limpieza, esquinas y ángulos redondeados. Según el caso, se les dará una pendiente suficiente para que los líquidos escurran hacia los desagües sanitarios. Preferentemente debe contar con canaletas de desagüe, las mismas que estarán cubiertas con rejillas metálicas a nivel de piso terminado y serán fáciles de remover.

ii. Paredes: Deben ser de materiales impermeables, no absorbentes, lavables y atóxicos, y serán de color claro, lisas y sin grietas, fáciles de limpiar y desinfectar, el acabado debe ser de plancha de acero quirúrgico y la altura del zócalo debe ser de 2.10 m.

iii. Cielos rasos: Deberán ser lisos, exento de hendiduras, tendrán un acabado impermeable, que reduzca al mínimo la condensación de vapor de agua, la formación de hongos y deberán ser fáciles de limpiar.

iv. Ventanas: Los alféizares de las ventanas deben estar contruidos con pendiente. En áreas de producción y distribución, las ventanas deben ser fijas, mientras que en áreas donde las ventanas se abran, éstas deben estar provistas de protección contra vectores.

(...)

6.7. DEL EQUIPAMIENTO

La Unidad Productora de Servicios de Salud de Nutrición y Dietética deberá contar con el equipamiento necesario para su producción, el que debe ser acorde a su función, al volumen de producción y técnicamente operables, a fin de racionalizar los procesos y optimizar los recursos.

6.1.1 Sector de Producción de regímenes y fórmulas especiales

(...)



Firmado digitalmente por
 FARFAN ALFARO Franklin
 Rolando FAU 20131378972
 soft
 Motivo: Doy Visto Bueno
 Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
 SALAZAR CHECA Luis Miguel
 FAU 20131378972 soft
 Motivo: Doy Visto Bueno
 Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
 VILLEGAS BACA Lenin
 William FAU 20131378972
 soft
 Motivo: Doy Visto Bueno
 Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

D. Zona de producción de regímenes dietéticos y dietoterapéuticos
(...)

➤ **Sub-zona lavado de vajillas**

- Mesón íntegramente en acero inoxidable, provisto de terminación ajustable que permita nivelación.
 - Lavadero triple, íntegramente de acero inoxidable o lavadero simple según complejidad del establecimiento.
 - Lavamanos de acero inoxidable con combinación de agua fría y caliente.
 - Dispensador de jabón líquido.
 - Dispensador de toallas desechables.
 - Depósito para desechos, de acero inoxidable con tapa accionada con pedal.
 - Estantería de acero inoxidable destinado al almacenamiento de vajilla limpia.
- (...)

6.8. DE LA DISPOSICIÓN DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS

6.8.1. Los residuos sólidos producidos por la Unidad Productora de Servicios de Salud del Servicio Nutrición y Dietética deben ser clasificados, almacenados y acondicionados en el área donde hayan sido generados, de acuerdo al tipo de residuo.

6.8.2. Los residuos sólidos provenientes de los restos alimentarios de los usuarios deben reunirse y ser manejados como residuos biocontaminados, almacenados en bolsas de color rojo.

6.8.3. Los residuos sólidos originados en la preparación de alimentos, son considerados como residuos comunes, por lo cual deben ser almacenados en bolsas negras. Asimismo, los residuos reciclables (papeles, cartones, bolsas, etc.) deben almacenarse en otras bolsas negras.”

- **Norma Técnica de Salud n.º 110-MINSA/DGIEM-V01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención”, aprobada mediante Resolución Ministerial n.º 660-2014-MINSA de 1 de septiembre de 2014.**

“VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

(...)

6.4 DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE LAS UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)

(...)

6.4.11 UPSS Nutrición y Dietética

(...)

6.4.11.3 Caracterización general de los ambientes

(...)

A. Ambientes prestacionales

Para la producción de regímenes dietéticos y dietoterapéuticos se deben considerar los siguientes ambientes:

(...)



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

b) Preparación y cocción de alimentos

Es el ambiente donde se realiza la preparación, cocción y repartición en regímenes dietéticos para pacientes hospitalizados. El ambiente debe contar con muebles fijos cuyo tablero sea liso, impermeable y resistente a la humedad.

Contará además con lavadero simple con escurridor empotrado en mueble con grifería modelo cuello de ganso.

(...)

d) Repostero

Es el ambiente periférico de distribución de alimentos para los pacientes hospitalizados. Está compuesta por las siguientes áreas: estacionamiento para el carro térmico de transporte, área de preparación, servido y lavado de vajilla de piso. Asimismo, deberá considerar el área para la refrigeradora y el coche de distribución de bandejas personalizadas. Tendrá un área mínima de 10 m².

Este ambiente se ubica físicamente en la UPSS Hospitalización, por lo que la cantidad de estos ambientes dependerá del número de camas por niveles de edificación y su ubicación estratégica en relación a la disposición de las salas.

(...)

B. Ambientes complementarios

(...)

e) Zona de apoyo técnico

(...)

• Comedor

Es el ambiente destinado para la toma de alimentos por parte del personal según corresponda.

Se dispondrá de un lavamanos con un dispensador de jabón líquido, por cada 20 a 25 comensales, al ingreso del ambiente y un área compuesta de un mueble de apoyo para el depósito de la vajilla utilizada.

(...)

• Cuarto de limpieza

Es el ambiente destinado para el depósito de enseres y equipos (carro de limpieza) empleados en las labores de limpieza y mantenimiento de la planta física.

(...)

6.4.11.4 Acabados

(...)

- Los lavaderos instalados sobre mueble fijo tendrán grifería modelo cuello de ganso y llevarán un mandil de 30 cm sobre el nivel de acabado del mueble respectivo.

(...)"

c) Consecuencia:

Los hechos expuestos, ponen en riesgo la organización y funcionamiento del servicio asistencial y la calidad de atención a los usuarios.



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

5. LA UNIDAD DE MANTENIMIENTO Y LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL III CHIMBOTE - ESSALUD NO CUMPLEN DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LA NORMA TÉCNICA DE GESTIÓN INTEGRAL Y MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SITUACIÓN QUE GENERA RIESGOS SANITARIOS, OCUPACIONALES Y AMBIENTALES, AFECTANDO ADEMÁS LA SEGURIDAD DE LOS USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS.

a) Condición:

La Unidad de Mantenimiento del Hospital III Chimbote - EsSalud, es la unidad orgánica encargada de controlar, evaluar y supervisar los servicios que brindan las empresas contratistas de limpieza, conservación, seguridad integral de personas y bienes y otros para el Hospital, controlando el cumplimiento de las condiciones y programas establecidos.

Siendo así, la Comisión de Control efectuó una Visita de Control a la Unidad de Mantenimiento y ambientes del Hospital III Chimbote - EsSalud, que fue registrada en el Acta de Visita de Control n.º 002, de 17 de abril de 2026, suscrita por el jefe de la Unidad de Mantenimiento¹⁶, evidenciando lo siguiente:

- **Documentos técnicos administrativos**

Durante la Visita de Control a la Unidad de Mantenimiento del Hospital III Chimbote - EsSalud, registrada en el Acta de Visita de Control n.º 002, se identificó que los Servicios del Hospital III Chimbote - EsSalud generan residuos biocontaminados, residuos especiales y residuos comunes, para lo cual se cuenta con almacenamientos primarios en los Servicios y un almacenamiento final.

En relación a los documentos técnico administrativos, se detectó que mediante Resolución N° 99-RANC-RAAN-ESSALUD-2024, de 17 de diciembre de 2024, se reconformó el Comité de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos de las IPRESS¹⁷ de la RAAN¹⁸, la cual incluye al Hospital III Chimbote - EsSalud; sin embargo, el **Comité de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos del Hospital III Chimbote - EsSalud no cuenta con:** Reglamento del Comité, Archivo de informes y actas de reuniones, Diagnóstico Basal de la Gestión y Manejo de Residuos Sólidos, Plan o Programa de Minimización y Manejo de Residuos Sólidos vigente, Cronograma para el Control y Monitoreo de la Gestión y Manejo de Residuos Sólidos ni Programación de Capacitaciones en el Manejo de Residuos Sólidos; incumpliendo lo dispuesto el literal e) del artículo 10° de la Directiva de Gerencia General n.º 002-GCPS-ESSALUD-2020 V.01.

El último **Plan Integral de Minimización y Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios** corresponde al **periodo 2020-2024** y fue aprobado mediante Resolución N° 325-GRAAN-ESSALUD-2020 de 9 de diciembre de 2020.

- **Acondicionamiento y Segregación**

Durante la inspección de los Servicios del Hospital III Chimbote - EsSalud, en relación al acondicionamiento para el manejo de los residuos sólidos, mediante Acta de Visita de Control n.º 002, se identificó lo siguiente: **recipientes de residuos biocontaminados sin tapa** o cuya tapa es tipo vaivén y no accionada a pedal¹⁹; **recipientes de residuos**



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

Oscar Javier Chauca Ramirez, Ingeniero.

¹⁷ Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

¹⁸ Red Asistencial Áncash - EsSalud.

¹⁹ Situación encontrada en Emergencia, Hospitalización de Cirugía y Consultorios Externos.



comunes sin tapa²⁰; y recipientes sin rótulo o símbolo del tipo de residuo²¹; tal como se muestra a continuación:

Toma fotográfica N° 31 Recipiente de residuos biocontaminados	Toma fotográfica N° 32 Recipiente de residuos comunes
	
No cuenta con tapa, rótulo ni símbolo del tipo de residuo.	No cuenta con tapa, rótulo ni símbolo del tipo de residuo.
Fuente: Acta de Visita de Control n.º 002, de 17 de abril de 2026.	

En relación a la segregación de residuos sólidos, durante la Visita de Control se detectó **residuos comunes en recipientes para residuos biocontaminados²²** así como **residuos biocontaminados sin segregar²³**; tal como se muestra a continuación:



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00

Toma fotográfica N° 33 Recipiente de residuos biocontaminados	Toma fotográfica N° 34 Residuos sólidos biocontaminados
	
Se encontró residuos comunes en él.	Residuos biocontaminados sin segregar.
Fuente: Acta de Visita de Control n.º 002, de 17 de abril de 2026.	



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00

- **Almacenamiento final**

Durante la inspección al almacenamiento final de residuos sólidos del Hospital III Chimbote - EsSalud, registrada en el Acta de Visita de Control n.º 002, se identificó lo siguiente: los pisos de los ambientes del almacenamiento final de residuos sólidos **no cuentan con pendiente dirigida al sumidero**; además, las ventanas de los ambientes **no están protegidas con malla fina** para evitar el acceso de vectores; asimismo, los ambientes **no cuentan con símbolos de identificación** de acuerdo a la naturaleza del residuo; y, se encontró **bolsas de residuos comunes amontonadas fuera del ambiente correspondiente**; tal como se muestra a continuación:



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

²⁰ Situación encontrada en pasadizos hospitalarios y de Consulta Externa.

²¹ Situación encontrada en Emergencia, Hospitalización de Cirugía, Consulta Externa y pasadizos hospitalarios.

²² Situación encontrada en Sala de Tomografía.

²³ Situación encontrada en Tópico de Cirugía.

Toma fotográfica N° 35 Almacenamiento final	Toma fotográfica N° 36 Almacenamiento final
	
Piso sin pendiente dirigida hacia el sumidero.	Bolsas de residuos esparcidas fuera del ambiente.

Fuente: Acta de Visita de Control n.° 002, de 17 de abril de 2026.

- **Recolección y Transporte**

Durante la inspección de los ambientes hospitalarios, mediante el Acta de Visita de Control n.° 002, se identificó un **contenedor** dejado en los pasadizos del Hospital III Chimbote - EsSalud con **bolsas de residuos sólidos comunes y residuos sólidos biocontaminados, destapado y sin rótulo o símbolo del tipo de residuo**; tal como se muestra a continuación:



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Fuente: Acta de Visita de Control n.° 002, de 17 de abril de 2026.

El relación al recojo, transporte y disposición final de residuos sólidos del Hospital III Chimbote - EsSalud, esto se realiza tres veces por semana²⁴ a cargo de la empresa MULTINEGOCIOS ARON E.I.R.L (RUC 20613193538); así, durante la Visita de Control se identificó que el **Manifiesto de Manejo de Residuos Sólidos Peligrosos n.° 000253-2026, de 3 de abril de 2026, consigna sello y firma del señor Marino Albarrán Anampa como Generador-Responsable del manejo de los residuos sólidos**; sin embargo, el **señor Marino Albarrán Anampa no acudió a laborar dicha fecha**²⁵; tal como se muestra a continuación:



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

²⁴ Los días lunes, miércoles y viernes, de 08:00 a 16:00 am, según Términos de Referencia para el periodo abril 2026.

²⁵ El viernes 3 de abril de 2026 fue feriado (Viernes Santo).

Toma fotográfica N° 38
Manifiesto de manejo de residuos sólidos

Consigna firma y sello de servidor que no acudió a laborar el viernes 3 de abril de 2026.

Fuente: Acta de Visita de Control n.º 002, de 17 de abril de 2026.



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00

De lo expuesto, se pudo advertir que la Unidad de Mantenimiento y los Servicios del Hospital III Chimbote - EsSalud no gestionan ni manejan adecuadamente los residuos sólidos generados, pese a que la Directiva de Gerencia General n.º 002-GCPS-ESSALUD-2020 V.01 y la Norma Técnica de Salud n.º 144-MINSA/2018/DIGESA disponen normas, responsabilidades y procedimientos específicos para la gestión y manejo de los residuos sólidos generados en establecimientos de salud.

Al respecto, las Normas²⁶ y ²⁷ respectivamente, establecen las normas y responsabilidades para la gestión y manejo de residuos sólidos en las IPRESS de EsSalud a nivel nacional, y establecen los lineamientos y procedimientos para una gestión y manejo de los residuos sólidos generados en establecimientos de salud, de manera integrada, sanitaria y ambientalmente adecuada; pese a ello, la Unidad de Mantenimiento y los Servicios del Hospital III Chimbote - EsSalud no cumplen con lo dispuesto.

b) Criterio:

- Directiva de Gerencia General n.º 002-GCPS-ESSALUD-2020 V.01 "Norma de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en el Seguro Social de Salud - EsSalud, aprobada mediante Resolución de Gerencia General n.º 027-GG-ESSALUD-2020 de 13 de enero de 2020.

"CAPÍTULO III

DISPOSICIONES

Artículo 10. Del Comité o responsable del manejo de residuos sólidos
(...)

Norma Técnica de Salud n.º 144-MINSA/2018/DIGESA "Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación", aprobada mediante Resolución Ministerial n.º 1295-2018/MINSA de 11 de diciembre de 2018.
²⁷ Norma Técnica de Salud n.º 144-MINSA/2018/DIGESA "Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación", aprobada mediante Resolución Ministerial n.º 1295-2018/MINSA de 11 de diciembre de 2018.



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

e) *El Comité de manejo de residuos sólidos debe cumplir como mínimo las siguientes funciones:*

- *Elaborar el reglamento del Comité de manejo de residuos sólidos, el cual minimamente debe contener la frecuencia de reuniones, infracciones, sanciones, entre otros.*
- *Crear y administrar el archivo de informes y actas de reuniones.*
- *Elaborar el diagnóstico basal de la gestión y manejo de residuos sólidos, de acuerdo a lo establecido en el Anexo 1.*
- *Elaborar el plan o programa de minimización y manejo de residuos sólidos, según corresponda de acuerdo al modelo del Anexo 2 o Anexo 3, el cual debe contener el plan de contingencias y los protocolos de manejo de residuos sólidos, entre otros.*
- *Diseñar un cronograma para el control y monitoreo de la gestión y manejo de los residuos sólidos por cada una de las áreas, unidades y/o servicios.*
(...)
- *Programar y desarrollar capacitaciones en el manejo de residuos sólidos a todos los trabajadores de la IPRESS por grupo ocupacional.”*

- **Norma Técnica de Salud n.º 144-MINSA/2018/DIGESA “Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación”, aprobada mediante Resolución Ministerial n.º 1295-2018/MINSA de 11 de diciembre de 2018.**

“V. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

(...)

5.5 DOCUMENTOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS QUE DEBE ELABORAR TODO EESS, SMA Y CI

Los documentos técnicos administrativos que a continuación se señalan son de obligatorio cumplimiento para todos los EESS, SMA y CI:

a) Diagnóstico Basal o Inicial

Documento que contiene el informe de estudio acerca de la cantidad, características, composición, clase, volumen, peso y de las condiciones técnico operativas del manejo de los residuos sólidos en el EESS, SMA y CI.

El Diagnóstico Basal o Inicial debe ser elaborado cada cinco (5) años y/o cada vez que se hagan cambios en el EESS, SMA y CI, sustentado mediante el informe de estudio correspondiente.

(...)

b) Plan de Minimización y Manejo de Residuos Sólidos No Municipales/Plan de Manejo de Residuos Sólidos

Documento de planificación de los generadores de residuos no municipales, que describe las acciones de minimización y gestión de los residuos sólidos que el generador debe seguir, con la finalidad de garantizar un manejo ambiental y sanitariamente adecuado. Para todas



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

aquellas actividades sujetas al Sistema Nacional de Evaluación de Impacto Ambiental (SEIA), este plan se integra en el Instrumento de Gestión Ambiental (IGA).

El Plan de Minimización y Manejo de Residuos Sólidos No Municipales, también denominado Plan de Manejo de Residuos Sólidos, de los proyectos de inversión sujetos al SEIA, forma parte del IGA. Los cambios a las medidas contenidas en el citado Plan se rigen por lo establecido en las normas del SEIA.

Para el caso de los EESS, SMA y CI que cuentan con un IGA, actualizan su Plan de Minimización y Manejo de Residuos Sólidos cada cinco (5) años.
(...)

5.6. ETAPAS DE MANEJO DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS EN EESS, SMA y CI

Las etapas establecidas para el manejo de los residuos sólidos en EESS, SMA y CI son las siguientes:

1) ACONDICIONAMIENTO

Consiste en la preparación de los servicios u áreas del EESS, SMA y CI con materiales: Recipientes (contenedores, tachos, recipientes rígidos, entre otros), e insumos (bolsas) necesarios y adecuados para la recepción o el depósito de las diversas clases de residuos que generen dichos servicios o áreas. Para realizar el acondicionamiento es necesario tener en cuenta la información del diagnóstico basal o inicial de residuos sólidos.

Requerimientos para el acondicionamiento:

1.1 Características de los recipientes:

Los recipientes utilizados para el almacenamiento de residuos de EESS, SMA y CI, deben tener las siguientes características:

- a. Recipientes con tapa en forma de media luna, embudo invertido, con pedal o tapa vaivén (únicamente para residuos comunes).
- b. Bolsas de polietileno según especificaciones técnicas.
- c. Recipientes rígidos e impermeables resistentes a fracturas y a pérdidas del contenido.
- d. Los recipientes rígidos para residuos punzocortantes biocontaminados deben tener el símbolo que identifique su peligrosidad.
- e. Los recipientes rígidos para residuos sólidos punzocortantes químicos-citostáticos, deben tener el símbolo que identifique su peligrosidad. El cual se acondicionará en los EESS, SMA y CI según corresponda.
- f. Únicamente para ambientes estériles: sala de operaciones, sala de partos, unidad de cuidados intensivos - UCI, unidad de cuidados intermedios - UCIN y semejantes, se puede utilizar recipientes de acero inoxidable con o sin tapa según el tipo de procedimiento que se realiza.
(...)

2) SEGREGACIÓN

Acción de agrupar determinados componentes o elementos físicos de los residuos sólidos para ser manejados en forma especial.

Consiste en la separación de los residuos en el punto de generación, ubicándolos de acuerdo a su clase en el recipiente, contenedor o depósito correspondiente y es de cumplimiento es obligatorio para todo el personal que labora en un EESS, SMA y CI.



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

2.1 Requerimientos para la segregación:

- a. Servicios debidamente acondicionados para el manejo de residuos en el punto de origen.
- b. Personal del EESS, SMA y CI debidamente sensibilizado y capacitado.

2.2 Procedimiento para la segregación:

- a. Identificar y clasificar el residuo para disponerlo en el recipiente correspondiente, según clase.
(...)

3) ALMACENAMIENTO PRIMARIO.

Es el almacenamiento temporal de residuos sólidos realizado en forma inmediata en el ambiente de generación; para efectos de esta Norma Técnica de Salud son los depósitos, contenedores o recipientes situados en las áreas o servicios del EESS, SMA y CI.

En esta etapa, los residuos sólidos se disponen en forma segregada para su posterior traslado al almacenamiento intermedio o central.

3.1 Requerimientos para el almacenamiento primario:

- a. Servicios debidamente acondicionados para el manejo de residuos en el punto de origen.
- b. Personal debidamente capacitado en el manejo de residuos sólidos.

3.2 Procedimiento para el almacenamiento primario:

- a. El llenado en el recipiente destinado al almacenamiento primario no debe exceder las 3/4 partes de la capacidad del mismo.
(...)

5) RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE INTERNO.

Consiste en trasladar los residuos al almacenamiento intermedio o central, según sea el caso, considerando la frecuencia de recojo de los residuos establecidos para cada servicio, utilizando vehículos apropiados (coches, contenedores o tachos con ruedas preferentemente hermetizados).

5.1 Requerimientos para la recolección y transporte interno:

- a. Personal capacitado y con su equipo de protección personal (EPP).
- b. Vehículos contenedores o coches, diferenciados por clases de residuos (comunes, biocontaminados y especiales o, en su defecto, por peligrosos-biocontaminado y especiales - y no peligrosos - comunes), con tapa articulada en el propio cuerpo del vehículo y ruedas de tipo giratorio. Son de material rígido, de bordes redondeados, lavables e impermeables, que faciliten un manejo seguro de los residuos sin generar derrames. Los utilizados para residuos peligrosos son identificados y de uso exclusivo para tal fin.
(...)



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

5.2 Procedimiento para la recolección y transporte interno:

- a. Una vez que las bolsas de residuos lleguen hasta las $\frac{3}{4}$ partes de su capacidad, éstas deben ser amarradas torciendo el borde superior externo o borde sobrante procurando coger por la cara externa de la bolsa y haciendo un nudo con ella. Al cerrar la envoltura se debe eliminar el exceso de aire teniendo cuidado de no inhalar o exponerse a ese flujo de aire.
 - b. Luego de cada retiro de residuos debe colocarse una bolsa nueva en el recipiente.
 - c. En ningún caso deben vaciarse los residuos sólidos recolectados a otra bolsa o recipiente aunque éste no haya llegado a sus $\frac{3}{4}$ partes de capacidad.
 - d. En caso de ruptura de bolsa conteniendo residuos sólidos, introducir ésta en otra bolsa nueva y cerrarla como indica el procedimiento. Limpiar y desinfectar inmediatamente la superficie en donde hayan caído residuos. Para ello, se debe usar las medidas del plan de contingencias del EESS, SMA y CI contenidas en su Plan de Minimización y Manejo de Residuos Sólidos.
 - e. La recolección de los residuos sólidos se realiza diariamente. La frecuencia de la recolección interna depende de la capacidad de almacenamiento primario, de la clase de residuo, del volumen de generación y del servicio generador. La recolección debe efectuarse, en lo posible, en horas de menor circulación de pacientes, empleados o visitantes.
 - f. El personal de limpieza no debe arrastrar las bolsas ni "pegarlas" a su cuerpo, ni cargarlas; sino llevar las mismas en un coche de transporte o tacho con ruedas, sin interrumpir el paso de las personas.
 - g. En casos que la infraestructura y complejidad del EESS, SMA y CI no permita el uso de coche de transporte o tacho con ruedas, éste se realiza de manera manual, sin arrastrar las bolsas ni "pegarlas" a su cuerpo, ni cargarlas, teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad y las rutas de transporte interno establecidas.
 - h. Los recipientes deben tener el peso suficiente para ser manipulados cómodamente por una sola persona no mayor a 25 kg para varones y no mayor de 15 kg para mujeres.
 - i. Los residuos de alimentos provenientes de las salas de hospitalización son biocontaminados y, en ningún caso, deben ser destinados a la alimentación de animales.
 - j. Se elabora un esquema de la planta física del EESS, SMA y CI, identificando las rutas internas de transporte, las mismas que deben estar señalizadas y estar consideradas en el Plan de Minimización y Manejo de Residuos Sólidos.
 - k. Las rutas de transporte interno deben contar con la señalización respectiva en el EESS, SMA y CI, cuyo rótulo debe consignar "RUTA DE TRANSPORTE DE RESIDUOS SÓLIDOS".
 - l. Los residuos generados en servicios de cirugía, sala de partos, laboratorio, patología, hemodiálisis, banco de sangre y UCI deben de ser evacuados directamente al almacenamiento intermedio o al central o final.
- (...)

6) ALMACENAMIENTO CENTRAL O FINAL

Es el ambiente donde se almacenan los residuos provenientes del almacenamiento intermedio o del almacenamiento primario. En este ambiente los residuos son depositados temporalmente en espera de ser transportados al lugar de tratamiento, valorización o disposición final. El tiempo de almacenamiento final no debe ser superior a las cuarenta y ocho (48) horas para biocontaminados y comunes.

En casos excepcionales, el tiempo de almacenamiento central para biocontaminados será hasta setenta y dos (72) horas, lo cual debe estar sustentado mediante informe del Comité o Responsable de la Gestión Integral del Manejo de los Residuos Sólidos y consignado a su



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

vez en el Plan de Minimización y Manejo de Residuos Sólidos, donde se detallan las medidas sanitarias, ocupacionales y ambientales de prevención, teniendo en cuenta las condiciones óptimas para el almacenamiento; evitando posibles riesgos a la salud pública y al ambiente. (...)

6.1 Requerimientos para el almacenamiento central o final:

- a. Las dimensiones del almacenamiento final deben estar en función al diagnóstico de las cantidades generadas en el establecimiento de salud y son diseñadas para almacenar el equivalente a dos (2) días de generación de residuos.
- b. Ubicación que permita fácil acceso, maniobra y operación del vehículo colector externo y los coches de recolección interna. Además, debe estar contiguo al ambiente de tratamiento de residuos, según corresponda.
- c. Construido de material noble, para su fácil limpieza y desinfección, protegido de la interperie y temperaturas elevadas, dotado de ductos de ventilación o de aberturas cubiertas con mallas.
- d. Revestido internamente (piso y paredes) con material liso, resistente, lavable, impermeable y de color claro y contar con canaletas de desagüe, de ser el caso.
- e. Piso con pendiente del 2 % dirigida al sumidero y para el lado opuesto de la entrada.
- f. El almacenamiento final debe estar delimitado mediante señalización, para cada clase de residuo, de la siguiente manera:
 - Área para residuos comunes.
 - Área para residuos biocontaminados.
 - Área para residuos especiales.
- g. Puerta dotada de protección interior y superior, según corresponda, y ventanas protegidas con malla fina, para evitar el acceso de los vectores.
- h. Colocar símbolos de identificación de acuerdo con la naturaleza del residuo, puesto en un lugar de fácil visualización.
- i. Dotado de punto de agua y bajo presión, punto de registro, punto de evacuación de aguas residuales e iluminación artificial interna y externa.
- j. Destinar un área de higienización de los carros de recolección interna y demás equipos utilizados que tengan las siguientes características: Techado, iluminación artificial, punto de agua (preferentemente y bajo presión), piso impermeable con drenaje y punto de registro conectado a la red de alcantarillado.
- k. Destinar un ambiente de servicios higiénicos y vestidores para el personal, de tal manera que permita su aseo personal.
- l. Ubicación adecuada de tal manera que permite facilidad de acceso y operación de la recolección interna y externa.
- m. El personal de limpieza cuenta con su EPP y los implementos de seguridad necesarios para dicho fin.
- n. El almacenamiento final cuenta con sistema de drenaje del área de limpieza de materiales y ambientes.
- o. En el caso de los EESS, SMA y CI que generen menos de ciento cincuenta (150) litros por día de residuos sólidos, se puede realizar el almacenamiento final o central en contenedores y en un área exclusiva para este fin; si se generan más de ciento cincuenta (150) litros por día, se debe contar obligatoriamente con la infraestructura de almacenamiento final, debidamente señalizado y rotulado: "Almacenamiento Central - Final de Residuos Sólidos: Área Restringida. No compartida con otros usos".
- p. De manera excepcional y por razones estructurales debidamente sustentadas, mediante informe técnico elaborado por el Comité o Responsable de la Gestión Integral del Manejo de los Residuos Sólidos y consignado a su vez en el Plan de Minimización y Manejo de Residuos Sólidos, aquellos EESS, SMA y CI que no cuenten con un área para el almacenamiento central o final de residuos sólidos que cumpla con las características indicadas en los literales anteriores debe acondicionar,



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

asegurar y techar un área de uso exclusivo, en zonas alejadas de la atención de pacientes, servicios de alimentación, ropa limpia y oficinas; cumpliendo con impedir el libre acceso de cualquier persona y mantener el área aislada. El área debe estar señalizada en forma visible con la inscripción: "Almacenamiento Central Final de Residuos Sólidos: Área restringida".

6.2 Procedimiento para el almacenamiento central o final:

- a. Almacenar los residuos de acuerdo a su clasificación en el ambiente o área dispuesta y acondicionada para cada tipo de residuo (biocontaminados, común y especial).
 - b. Colocar las bolsas de los residuos biocontaminados sin compactar dentro de contenedores del almacenamiento central o final.
 - c. Colocar los recipientes con los residuos punzocortantes dentro del área de residuos sólidos biocontaminados, en una zona debidamente identificada con un rótulo que indique "Residuos Punzocortantes" y con el símbolo internacional de Bioseguridad.
 - d. Limpiar y desinfectar el ambiente luego de la evacuación de los residuos.
 - e. El almacenamiento de residuos de sustancias químicas sólidas y semisólidas debe efectuarse teniendo en cuenta las siguientes medidas:
 - Antes de almacenados deben ser identificados, clasificados mediante la hoja de seguridad de materiales (MSDS), la cual es suministrada por el proveedor del producto y entregada al personal de limpieza por el área competente (laboratorio, rayos X, quimioterapia, entre otros).
 - Deben manipularse por separado las sustancias químicas sólidas o semisólidas que sean incompatibles.
 - Deben conocerse los factores que alteran la estabilidad del residuo tales como: Humedad, calor y tiempo.
 - El almacenamiento debe realizarse de acuerdo a las características del riesgo, previniendo derrames.
 - Las sustancias volátiles e inflamables deben almacenarse en lugares ventilados y seguros.
 - Es responsabilidad del área competente que genere estos residuos comunicar la peligrosidad de los mismos y los cuidados y consideraciones a tener en su manipulación.
- (...)

9) RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE EXTERNO DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS

Es la actividad que implica el recojo de los residuos sólidos por parte de la EO-RS debidamente registrada ante la autoridad competente, desde el EESS, SMA y CI hasta su disposición final, cuyos vehículos deben estar autorizados por la municipalidad correspondiente y/o del Ministerio de Transportes y Comunicaciones. Los residuos peligrosos en ningún caso deben transportarse junto con los residuos municipales

9.1 Requerimientos para la recolección y transporte externo de los residuos sólidos:

- a. Coches adecuados para transporte de residuos.
- b. Balanza.
- c. Registro diario de la cantidad de residuos recolectados concordante con el manifiesto de manejo de residuos peligrosos.
- d. Personal que cuente con su debido EPP y entrenado para el manejo de residuos sólidos. La capacitación puede ser brindada por el responsable de residuos sólidos del EESS, SMA y CI, por la autoridad de salud de la jurisdicción o del nivel nacional.
- e. Contar con una EO-RS debidamente registrada y autorizada por la autoridad competente, la cual debe contar con los vehículos adecuados, según lo establecido



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

en el Decreto Legislativo N° 1278, que aprueba la Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos, y su Reglamento.
 f. Contar con los formatos de manifiestos de manejo de residuos sólidos peligrosos.
 (...)”

c) Consecuencia:

Los hechos expuestos, vienen generando riesgos sanitarios, ocupacionales y ambientales, afectando además la seguridad de los usuarios internos y externos.

6. DESDE EL AÑO 2024, LA RED ASISTENCIAL ÁNCASH - ESSALUD VIENE FRACCIONANDO EL SERVICIO DE RECOLECCIÓN, TRANSPORTE Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS SÓLIDOS PELIGROSOS, BIOCONTAMINADOS Y ESPECIALES, SIN LLEVAR A CABO EL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN CORRESPONDIENTE, EN CONTRAVENCIÓN DE LA NORMATIVA DE CONTRATACIONES DEL ESTADO, SITUACIÓN QUE LIMITA LA OBTENCIÓN DE CONDICIONES COMPETITIVAS MÁS FAVORABLES PARA EL ESTADO Y AFECTA LA ADECUADA SATISFACCIÓN DEL INTERÉS PÚBLICO, ASÍ COMO EL EQUILIBRIO ENTRE CALIDAD Y PRECIO.

a) Condición:

Mediante Acta de Visita de Control n° 005 de 22 de abril de 2026, suscrita por el jefe de la Unidad de Programación²⁸, se recopiló documentación relacionada al servicio de recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos hospitalarios, tomándose conocimiento que, el 11 de diciembre de 2023, la Red Asistencial Áncash - Essalud, convocó el procedimiento de selección CP-SM-18-2023-ESSALUD/RAAN-1 Concurso Público n.° 2316P00181 para la **“Contratación del servicio de recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos peligrosos, biocontaminados y especiales, por 24 meses de las IPRESS, de la Red Asistencial Áncash”**, por un monto de S/1 251 653,79, siendo las IPRESS, la frecuencia y peso de los residuos, objeto de la convocatoria, las que se detallan a continuación:

IMAGEN N° 01
IPRESS, FRECUENCIA Y PESO DE LOS RESIDUOS

IPRESS	DIRECCION	FRECUENCIA DE RESOLUCION	GENERACION PROMEDIO 24 MESES (KG)
Hospital III Chimbote	Av. Circunvalación – 119 Laderas del Norte Chimbote	Interdiario	421,800.00
Hospital I Cono Sur	Av. Anchoqueta s/n	Interdiario	26,200.00
Policlínico Víctor Panta	Prolong. Jr. Francisco Pizarro N° 444 Barrios Fiscal - 5	Interdiario	12,200.00
Centro Médico Coishco	Jr. Ancash s/n - Coishco	Interdiario	7,200.00
Centro Médico Casma	Av. Libertad s/n	Interdiario	3,000.00
Centro Médico Huarmey	Calle Ricardo Palma Sector B-8 Lote A-1	Interdiario	3,400.00
Cap II San Jacinto	La Alameda Solivin	Interdiario	4,000.00
Centro Médico de Sihuas	Av. 28 de Julio Norte – Plazuela San Francisco de Agoshica	Cada 30 Días	3,600.00
Posta Médica de Cabana	Urb. La Pampa s/n	Cada 30 Días	300.00
Posta Médica de Pallasca	Jr. Marañón 111 – Barrio Checras	Cada 30 Días	140.00
Posta Médica de Pampas	Pampas 665 – Plaza de Armas	Cada 30 Días	400.00
Posta Médica de Conchucos	Calle Palma N°184 Sector Plaza	Cada 30 Días	360.00
TOTAL KILOS (24 MESES)			482,600.00

Fuente: Bases Integradas CP-SM-18-2023-ESSALUD/RAAN-1 (Seace)

²⁸ Luis Fernando Millones Alba, Contador Público.

Es así que, el 19 de enero de 2024, en la etapa del procedimiento de selección correspondiente, el comité de selección, en la evaluación de las propuestas presentadas por los postores, determinaron que no cumplieron con los requisitos de calificación, por lo que procedieron a realizar la **declaratoria de desierto**.

Motivo por el cual, el comité de selección, en mérito a sus atribuciones, mediante informe n.º 002-CP-18-2024-ESSALUD/RAAN-1 de 20 de febrero de 2024, en el cual **comunica a la gerente de la Red Asistencial de Ancash**, Dra. Carol Torres Solano, la **declaratoria de desierto** del procedimiento de selección del Concurso Público CP-SM-18-2023-ESSALUD/RAAN-1.

En ese sentido, conforme el numeral 65.2 del artículo 65 Declaratoria desierto del Reglamento de Ley la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado²⁹ (vigente a la fecha de comunicación de la declaratoria de desierto), **se debió realizar una segunda convocatoria mediante una adjudicación simplificada; sin embargo, hasta la fecha de elaboración del presente informe de control, no se ha realizado el procedimiento de selección correspondiente.**

Es así que, la Red Asistencial Ancash - Essalud, desde el año de 2024, viene fraccionando la contratación del servicio de recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos, peligrosos, biocontaminados y especiales. A modo de ejemplo, se muestran las últimas tres (3) órdenes de compra, con la empresa Multinegocios Aron E.I.R.L., las que se detallan a continuación:

CUADRO N° 01

ÓRDENES DE COMPRA PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE RECOLECCIÓN, TRANSPORTE Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS SÓLIDOS PELIGROS, BIOCONTAMINADOS Y ESPECIALES DE LA RED ASISTENCIAL ÁNCASH POR LOS PERIODOS ENERO, FEBRERO Y MARZO DE 2026

Ítem	Orden de compra	Proveedor	Inicio	Fin	Monto (S/)
1	4505302169	Multinegocios Aron EIRL	01.01.2026	31.01.2026	41 888,46
2	4505339137	Multinegocios Aron EIRL	01.02.2026	28.02.2026	43 998,80
3	4505358585	Multinegocios Aron EIRL	01.03.2026	31.03.2026	43 998,55

Fuente: Órdenes de compra n.ºs 4505302169, 4505339137 y 4505358585.

Elaborador por: Comisión de Control.

Del cuadro anterior, se puede apreciar que los montos de las órdenes de compra, varían entre S/41 888,46 a S/43 998,80, encontrándose al límite de los S/44 000,00, monto que establece el OECE como tope mínimo para los diversos tipos de procedimiento de selección, tal como se muestra a continuación:

.....*Imagen en la página siguiente*.....



Firmado digitalmente por
 FARFAN ALFARO Franklin
 Rolando FAU 20131378972
 soft
 Motivo: Doy Visto Bueno
 Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
 SALAZAR CHECA Luis Miguel
 FAU 20131378972 soft
 Motivo: Doy Visto Bueno
 Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
 VILLEGAS BACA Lenin
 William FAU 20131378972
 soft
 Motivo: Doy Visto Bueno
 Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

²⁹ Actualmente derogada.

IMAGEN N° 02
TOPES PARA CADA PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN PARA EL AÑO 2026



Organismo Especializado para las Contrataciones Públicas Eficientes

TOPES (*) PARA CADA PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN PARA LA CONTRATACION DE BIENES, SERVICIOS Y OBRAS - RÉGIMEN GENERAL - LEY N° 32069 - LEY GENERAL DE CONTRATACIONES PÚBLICAS

Año Fiscal 2026 y en Soles

TIPO PROCEDIMIENTO	MONTOS (**)				
	BIENES	SERVICIOS			OBRAS
		SERVICIO EN GENERAL	CONSULTORÍA DE OBRAS	CONSULTORÍA EN GENERAL	
Licitación Pública	>= de 485,000	-	-	-	>= de 5'000,000 (***)
Licitación Pública Abreviada	< de 485,000	-	-	-	< de 5'000,000
Concurso Público de Servicios	-	>= de 485,000	-	-	-
Concurso Público para Consultoría	-	-	-	>= de 485,000	-
Concurso Público Abreviado	-	-	< de 485,000	> de 44,000	-
Concurso Público para Evaluadores Expertos	-	< de 100,000	> de 44,000	-	-
Concurso Público para Gerentes de Proyectos	-	< de 485,000	> de 44,000	-	-
Concurso Proyecto Arquitectónico y Urbanístico	-	-	> de 44,000	-	> de 44,000
Subasta Inversa Electrónica	> de 44,000	> de 44,000	-	-	-
Comparación de Precios	<= a 100,000	<= a 100,000	-	-	-
Contratación Directa	> de 44,000	> de 44,000	> de 44,000	> de 44,000	> de 44,000

Fuente: OECE



Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00

De lo expuesto, se puede advertir que la Red Asistencial Áncash - Essalud, viene emitiendo desde el año 2024, diversas órdenes de servicios fraccionados, es decir mediante contrataciones iguales o menores a ocho Unidades Impositivas Tributarias (8 UIT), lo que configura un fraccionamiento indebido cuando se realiza la división de una contratación de un mismo objeto contractual, con el propósito de evadir la aplicación de la normativa de contrataciones del Estado³⁰.

Por lo cual, la Red Asistencial Áncash - Essalud, al no convocar el procedimiento de selección para la contratación del servicio de recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos peligros, biocontaminados y especiales, viene generando que el Estado no obtenga condiciones de competencia efectiva y propuestas más ventajosas para satisfacer el interés público, de modo que garantice el equilibrio entre la calidad y el precio, lo que afecta directamente al adecuado uso de los recursos públicos.

b) Criterio:

El hecho advertido se encuentra relacionado con la normativa siguiente:

- Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, vigente desde el 22 de abril de 2025.

“Artículo 5. Principios rectores de la contratación pública
(...)

b) Eficacia y eficiencia: las entidades contratantes actúan de forma eficaz y eficiente para lograr el cumplimiento de los fines públicos, priorizando estos por encima de formalidades no esenciales para sus objetivos. La aplicación de estos principios garantiza la calidad técnica de los expedientes técnicos, especificaciones técnicas y términos de referencia, así como la ejecución contractual. Los procesos, procedimientos, contratos, programas, sistemas y trámites son revisados y evaluados de forma periódica a fin de identificar y retirar aquellos que

³⁰ Opinión n.º 014-2019/DTN de 21 de enero de 2019, el Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado (OSCE).



Firmado digitalmente por VILLEGAS BACA Lenin William FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

no son racionales o proporcionales para optimizar de forma permanente el proceso de contratación pública.

(...)

j) Competencia: los procesos de contratación incluyen disposiciones que permiten establecer condiciones de competencia efectiva y obtener la propuesta más ventajosa para satisfacer el interés público que subyace a la contratación, de modo que garantice el equilibrio entre la calidad y el precio. Se encuentra prohibida la adopción de prácticas que restrinjan o afecten la competencia.

(...)

Artículo 6. Enfoques de la Ley

Al aplicar la presente ley, los operadores consideran los siguientes enfoques:

(...)

b) Gestión por resultados: es una estrategia de gestión pública que permite vincular la asignación de recursos presupuestales, bienes y servicios (productos), y resultados a favor de la población, con la característica de permitir que estos puedan ser medibles. Contribuye a la mejora de la calidad del gasto público al propiciar que las entidades contratantes empleen los recursos públicos con eficacia y eficiencia, así como a mejorar la toma de decisiones en materia presupuestal y de gestión.

(...)

Artículo 26. Responsabilidades en el proceso de contratación

26.1. La organización, elaboración de la documentación y conducción del proceso de contratación, el cual incluye la ejecución del contrato hasta su conclusión, así como la adopción de decisiones discrecionales cuando correspondan, son responsabilidad de los funcionarios y servidores de la entidad contratante con independencia del régimen jurídico de su vínculo, habiendo priorizado los principios de publicidad y valor por dinero, así como los enfoques de la ley que cautelan la efectividad de los resultados de las decisiones adoptadas.

(...)

Artículo 50. Supuestos de fraccionamiento

50.1. Se encuentra prohibido fraccionar la contratación de bienes, servicios u obras, ya sea mediante la realización de dos o más procedimientos de selección o dando lugar a contratos menores, con los fines siguientes:

a) Evitar el empleo del procedimiento de selección que corresponda según la necesidad anual.

(...)"

- **Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado con Decreto Supremo N° 009-2025-EF, publicado el 22 de enero de 2025 y vigente desde el 22 de abril de 2025**

"Artículo 45. Fraccionamiento

45.1. El área usuaria, la DEC y/u otras dependencias de la entidad contratante cuya función esté relacionada con la correcta planificación de los recursos, son responsables en caso se incurra en fraccionamiento, debiendo efectuarse en cada caso el deslinde de responsabilidades correspondiente.

(...)"



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

c) Consecuencia:

La situación expuesta, limita la obtención de condiciones competitivas más favorables para el Estado y afecta la adecuada satisfacción del interés público, así como el equilibrio entre calidad y precio.

VI. DOCUMENTACIÓN VINCULADA A LA ACTIVIDAD

La información y documentación que la Comisión de Control ha revisado y analizado durante el desarrollo de la Visita de Control “Verificación de las prestaciones sanitarias en el Hospital III Chimbote - EsSalud”, se encuentra detallada en el **Apéndice n.º 1**.

VII. INFORMACIÓN DEL REPORTE DE AVANCE ANTE SITUACIONES ADVERSAS

Durante la ejecución del presente servicio de Control Simultáneo en la modalidad de Visita de Control, no se emitió ningún reporte de avance ante situaciones adversas.

VIII. CONCLUSIÓN

Durante la ejecución de la Visita de Control “Verificación de las prestaciones sanitarias en el Hospital III Chimbote - EsSalud”, se ha advertido seis (6) situaciones adversas que afectan o podrían afectar la continuidad del proceso, el resultado o el logro de los objetivos de las prestaciones sanitarias en el Servicio de Emergencia, Diagnóstico por Imágenes, Nutrición y la Unidad de Mantenimiento del Hospital III Chimbote - EsSalud, las cuales han sido detalladas en el presente informe.



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00

IX. RECOMENDACIONES

1. Hacer de conocimiento al Director del Hospital III Chimbote - EsSalud el presente Informe de Visita de Control, el cual contiene las situaciones adversas identificadas como resultado de la Visita de Control “Verificación de las prestaciones sanitarias en el Hospital III Chimbote - EsSalud”, con la finalidad que se adopten las acciones preventivas y correctivas que correspondan, en el marco de sus competencias y obligaciones en la gestión institucional, con el objeto de asegurar la continuidad del proceso, el resultado o el logro de los objetivos de las prestaciones sanitarias en el Servicio de Emergencia, Diagnóstico por Imágenes, Nutrición y la Unidad de Mantenimiento del Hospital III Chimbote - EsSalud.
2. Hacer de conocimiento a la Gerente de la Red Asistencial Áncash el presente Informe de Visita de Control, el cual contiene las situaciones adversas identificadas como resultado de la Visita de Control “Verificación de las prestaciones sanitarias en el Hospital III Chimbote - EsSalud”, con la finalidad que se adopten las acciones preventivas y correctivas que correspondan, en el marco de sus competencias y obligaciones en la gestión institucional, con el objeto de asegurar la continuidad del proceso, el resultado o el logro de los objetivos de las prestaciones sanitarias en el Servicio de Emergencia, Diagnóstico por Imágenes, Nutrición y la Unidad de Mantenimiento del Hospital III Chimbote - EsSalud.
3. Hacer de conocimiento al Director del Hospital III Chimbote - EsSalud que debe comunicar al Órgano de Control Institucional (OCI) del Seguro Social de Salud - EsSalud, en el plazo de cinco (5) días hábiles, las acciones preventivas o correctivas adoptadas o por adoptar respecto a las situaciones adversas contenidas en el presente Informe de Visita de Control, adjuntando la documentación de sustento respectiva.




Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

Huaraz, 27 de abril de 2026



Firmado digitalmente por SALAZAR
CHECA Luis Miguel FAU 20131378972
soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 27-04-2026 18:54:47 -05:00

Luis Miguel Salazar Checa
Supervisor




Firmado digitalmente por FARFAN
ALFARO Franklin Rolando FAU
20131378972 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 27-04-2026 18:22:10 -05:00

Franklin Rolando Farfan Alfaro
Jefe de Comisión

AL SEÑOR GERENTE REGIONAL DE CONTROL DE ÁNCASH

El gerente de la Gerencia Regional de Control Áncash que suscribe el presente informe, ha revisado su contenido y lo hace suyo, procediendo a su aprobación.

Huaraz, 27 de abril de 2026



Firmado digitalmente por VILLEGAS
BACA Lenin William FAU 20131378972
soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 27-04-2026 18:57:36 -05:00

Lenin William Villegas Baca
Gerente Regional de Control
Gerencia Regional de Control Áncash

APÉNDICE n.º 1

DOCUMENTACIÓN VINCULADA A LA VISITA DE CONTROL

1. EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III CHIMBOTE - ESSALUD NO CUMPLE CON DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LAS NORMAS TÉCNICAS PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SITUACIÓN QUE PONE EN RIESGO LA PRESTACIÓN INTEGRAL, CONTINUIDAD Y CALIDAD DEL SERVICIO A LOS USUARIOS EN CONDICIÓN DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA.

Nº	Documento
1	Acta de Visita de Control 004 - Hospital III Chimbote, de 21 de abril de 2026

2. EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III CHIMBOTE - ESSALUD NO SE CONTROLA LA ASISTENCIA, PERMANENCIA Y EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL ASISTENCIAL EN ÁREAS CRÍTICAS, SITUACIÓN QUE PONE EN RIESGO LA CONTINUIDAD Y OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN DE PACIENTES EN CONDICIÓN DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA.

Nº	Documento
1	Acta de Visita de Control 004 - Hospital III Chimbote, de 21 de abril de 2026

3. EL SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES DEL HOSPITAL III CHIMBOTE - ESSALUD NO CUMPLE DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN EL REGLAMENTO DE LA LEY DE REGULACIÓN DEL USO DE FUENTES DE RADIACIÓN IONIZANTE Y EN LAS NORMAS TÉCNICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SITUACIÓN QUE PONE EN RIESGO EL MANEJO CLÍNICO QUIRÚRGICO DE LOS PACIENTES, SU PROTECCIÓN ANTE RADIACIONES IONIZANTES Y LA CALIDAD Y OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN.

Nº	Documento
1	Acta de Visita de Control 001 - Hospital III Chimbote, de 16 de abril de 2026

4. EL SERVICIO DE NUTRICIÓN DEL HOSPITAL III CHIMBOTE - ESSALUD NO CUMPLE CON LAS DISPOSICIONES DE LA NORMA TÉCNICA DE LA UPSS DE NUTRICIÓN Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SITUACIÓN QUE PONE EN RIESGO LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO ASISTENCIAL Y LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS.

Nº	Documento
1	Acta de Visita de Control 003 - Hospital III Chimbote, de 20 de abril de 2026

5. LA UNIDAD DE MANTENIMIENTO Y LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL III CHIMBOTE - ESSALUD NO CUMPLEN DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LA NORMA TÉCNICA DE GESTIÓN INTEGRAL Y MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SITUACIÓN QUE GENERA RIESGOS SANITARIOS, OCUPACIONALES Y AMBIENTALES, AFECTANDO ADEMÁS LA SEGURIDAD DE LOS USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS.

Nº	Documento
1	Acta de Visita de Control 002 - Hospital III Chimbote, de 17 de abril de 2026

6. DESDE EL AÑO 2024, LA RED ASISTENCIAL ÁNCASH - ESSALUD VIENE FRACCIONANDO EL SERVICIO DE RECOLECCIÓN, TRANSPORTE Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS SÓLIDOS PELIGROSOS, BIOCONTAMINADOS Y ESPECIALES, SIN LLEVAR A CABO EL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN CORRESPONDIENTE, EN CONTRAVENCIÓN DE LA



Firmado digitalmente por
 FARFAN ALFARO Franklin
 Rolando FAU 20131378972
 soft
 Motivo: Doy Visto Bueno
 Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
 SALAZAR CHECA Luis Miguel
 FAU 20131378972 soft
 Motivo: Doy Visto Bueno
 Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
 VILLEGAS BACA Lenin
 William FAU 20131378972
 soft
 Motivo: Doy Visto Bueno
 Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

NORMATIVA DE CONTRATACIONES DEL ESTADO, SITUACIÓN QUE LIMITA LA OBTENCIÓN DE CONDICIONES COMPETITIVAS MÁS FAVORABLES PARA EL ESTADO Y AFECTA LA ADECUADA SATISFACCIÓN DEL INTERÉS PÚBLICO, ASÍ COMO EL EQUILIBRIO ENTRE CALIDAD Y PRECIO.

N°	Documento
1	Acta de Visita de Control 002 - Hospital III Chimbote, de 17 de abril de 2026
2	Acta de Visita de Control 005 - Hospital III Chimbote, de 22 de abril de 2026



Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:23:27 -05:00



Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:55:38 -05:00



Firmado digitalmente por
VILLEGAS BACA Lenin
William FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 27-04-2026 18:58:18 -05:00

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

Huaraz, 28 de Abril de 2026

OFICIO N° 000593-2026-CG/GRAN

Señor:

Beto Miranda Sevillano

Director

Hospital III Chimbote - EsSalud

Avenida Circunvalación 119 - urbanización Laderas del Norte

Chimbote/Santa/Áncash



Asunto : Notificación de Informe de Visita de Control n.° 5814-2026-CG/GRAN-SVC.

Referencia : a) Artículo 8 de la Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República.
b) Directiva N° 013-2022-CG/NORM "Servicio de Control Simultáneo" aprobada mediante Resolución de Contraloría N° 218-2022-CG de 30 de mayo de 2022 y modificatorias.

Me dirijo a usted en el marco de la normativa de la referencia, que regula el Servicio de Control Simultáneo y establece la comunicación al Titular de la entidad o responsable de la dependencia, y de ser el caso a las instancias competentes, respecto de la existencia de situaciones adversas que afectan o podrían afectar la continuidad del proceso, el resultado o el logro de los objetivos del proceso en curso, a fin de que se adopten oportunamente las acciones preventivas y correctivas que correspondan.

Sobre el particular, de la revisión de la información y documentación vinculada a la verificación de las prestaciones sanitarias en el Hospital III Chimbote - EsSalud, comunicamos que se ha identificado las situaciones adversas contenidas en el Informe de Visita de Control n.° 5814-2026-CG/GRAN-SVC, que se adjunta al presente documento.

En tal sentido, solicitamos comunicar al Órgano de Control Institucional del Seguro Social de Salud - EsSalud, en el plazo máximo de cinco (5) días hábiles desde la comunicación del presente Informe, las acciones preventivas o correctivas adoptadas y por adoptar respecto a las situaciones adversas identificadas en el citado Informe, adjuntando la documentación de sustento respectiva.

Es propicia la oportunidad para expresarle las seguridades de mi consideración.

Atentamente,

Documento firmado digitalmente
Lenin William Villegas Baca
Gerente Regional de Control II
Gerencia Regional de Control de Áncash
Contraloría General de la República



(LVB/ffa)

Nro. Emisión: 04249 (L425 - 2026) Elab:(U19698 - L427)

