

"Año de la Esperanza y Fortalecimiento de la Democracia"

Resolución Directoral Ejecutiva

Nº 178-2026-GR CUSCO/GRSC/U.E.406:RSSCVRAEM

Kimbiri, 20 de marzo de 2026

VISTO:

El Memorandum Nº0276-2026-GR CUSCO-GRSC-RSSCVRAEM/DIR, de fecha 18 de marzo de 2026, el Informe Nº 0110-2026-GRC/GERESA-CUSCO/DIR U.E.406 RSSC VRAEM/OPP-ifdv, con registro de ingreso Nº3113, de la Unidad de Trámite Documentario, emitida por el Jefe de la Oficina de Planificación y Presupuesto de la Unidad Ejecutora 406: Red de Servicios de Salud Cusco VRAEM, y;

CONSIDERANDO:

Que, conforme establece el Artículo 124º de la Ley Nº 26842, en aplicación y cumplimiento de las normas de salud que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional, los órganos desconcentrados o descentralizados quedan facultados para disponer, dentro de su ámbito, medidas de prevención y control de carácter general o particular en las materias de su competencia;

Que, el Artículo 74º del decreto supremo Nº 005-90PCM, Reglamento del Decreto Legislativo Nº 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público, establecen las condiciones para la Asignación de Funciones; asimismo de conformidad a lo establecido por Decreto Legislativo Nº 1057 que regula el régimen de Contratación Administrativa de Servicios y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo Nº 075-2008-PCM, precisan que el personal contratado bajo este régimen puede conformar comisiones temporales;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual establece como uno de sus componentes la Garantía y Mejora de la Calidad, que implica que se genere, mantenga y mejore la calidad de los servicios de salud a través de procesos, siendo uno de ellos la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

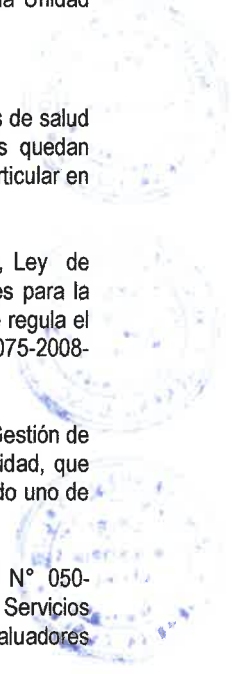
Que, mediante Resolución Ministerial Nº 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud Nº 050-MINSA/DGSP-V02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" establece en los Procedimientos para el proceso de acreditación, inciso 4, los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, debiendo ser aprobado por la autoridad institucional;

Que, mediante Resolución ministerial Nº 270-2009/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;

Que, con informe Nº066-2026/GRC/GRSC/U.E.406 RSSC VRAEM-DIR/DAIS-UGCS, emitido por la Coordinadora de Gestión y Calidad Sanitaria, de la Unidad Ejecutora 406: Red de Servicios de Salud Cusco VRAEM, solicita la emisión de la Resolución Directoral de aprobación del "Plan Anual de Autoevaluación Para la Acreditación de Establecimientos de Salud 2026", con el objetivo de dar cumplimiento al cronograma de actividades a desarrollarse en el presente año, para lo cual adjunta el documento en físico, que forma parte de la presente Resolución;

Que, el numeral 72.2 del artículo 72º del Texto Único Ordenado de la Ley Nº 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo Nº 004-2019-JUS; señala: "Toda entidad es competente para realizar las tareas materiales internas necesarias para el eficiente cumplimiento de su misión y objetivos, así como la distribución de las atribuciones que se encuentren comprendidas dentro de su competencia";

Con Visto Bueno de Dirección Ejecutiva, Oficina de Administración, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Dirección de Atención Integral de Salud, y la Oficina de Asesoría Legal de la Unidad Ejecutora 406: Red de Servicios de Salud Cusco VRAEM;



"Año de la Esperanza y Fortalecimiento de la Democracia"

Resolución Directoral Ejecutiva

Nº 178-2026-GR CUSCO/GRSC/U.E.406:RSSCVRAEM

Kimbiri, 20 de marzo de 2026

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR el Documento Técnico: **"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD 2026"**, de la Unidad Ejecutora 406: Red de Servicios de Salud Cusco VRAEM, documento que como anexo forma parte integrante de la Presente Resolución Directoral;

ARTICULO SEGUNDO.- DISPONER que la Responsable de la Dirección de Atención Integral de Salud de la Unidad Ejecutora 406: Red de Servicios de Salud Cusco VRAEM, realice la conducción de la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión que se aprueba por el primer numeral de la presente Resolución.

ARTICULO TERCERO.- DEJAR SIN EFECTO cualquier Acto Resolutivo que se oponga con lo dispuesto en el artículo primero de la presente Resolución Directoral;

ARTICULO CUARTO.- NOTIFICAR, la presente Resolución Directoral, a las partes interesadas y a las instancias administrativas para sus fines administrativos y de Ley.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E 406 RED DE SERVICIOS DE SALUD
CUSCO VRAEM

MG. YONY CRISOSTOMO PAQUIYURI
DIRECTOR EJECUTIVO
CEP 32213
DNI. 28298274

Distribución:
D.E.
ADM.
O.P.P.
DAIS
AL
Coordind. Calidad



PERÚ

Ministerio de Salud



PLAN DE AUTOEVALUACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM

LIC. ENF. VONY CRISOSTOMO PAQUIVAURI

DIRECTOR EJECUTIVO

DRA. OBSTA. NANCY GUTIERREZ YUCRA

DIRECTOR DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD

DRA. OBSTA. ALEXANDRA ESTHEFANIA GARCIA CUETO

COORDINADOR DE LA UNIDAD DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA



FEBRERO - 2026



INDICE

I. INTRODUCCIÓN	3
II. JUSTIFICACIÓN	5
III. OBJETIVO	7
IV. ALCANCE	8
V. BASE LEGAL	8
VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN	9
VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN.....	3
VIII. EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN.....	6



I. INTRODUCCIÓN

La calidad en los servicios de salud se ha consolidado, en las últimas décadas, como un eje estratégico imprescindible para garantizar el derecho fundamental a la salud y la satisfacción de las necesidades de la población. En un contexto global caracterizado por cambios epidemiológicos, innovación tecnológica acelerada, mayores expectativas ciudadanas y limitaciones presupuestarias, la autoevaluación para la acreditación de establecimientos de salud se convierte en una herramienta esencial de gestión, mejora continua y transparencia. La acreditación no solo representa un reconocimiento formal del cumplimiento de estándares, sino también un proceso sistemático de revisión interna que promueve una cultura organizacional orientada a la excelencia, la seguridad del paciente y la eficiencia institucional.

Desde el ámbito internacional, organismos como la Organización Mundial de la Salud han impulsado marcos conceptuales y lineamientos orientados al fortalecimiento de los sistemas sanitarios bajo principios de equidad, calidad, accesibilidad y seguridad. Asimismo, experiencias desarrolladas por entidades acreditadoras como la Joint Commission International han demostrado que la implementación de estándares estructurados mejora significativamente los resultados clínicos, reduce eventos adversos y fortalece la confianza de la ciudadanía. Estos referentes internacionales subrayan que la autoevaluación constituye la fase más crítica del proceso de acreditación, ya que permite identificar brechas, analizar riesgos, medir indicadores de desempeño y establecer planes de mejora basados en evidencia. En este marco, la calidad se entiende como el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener resultados deseados en salud, consistentes con el conocimiento profesional actual. La autoevaluación implica un análisis exhaustivo de dimensiones como liderazgo y gobernanza, gestión del talento humano, infraestructura y equipamiento, seguridad del paciente, gestión de riesgos, procesos asistenciales, satisfacción del usuario y mejora continua. Este ejercicio no debe asumirse como una auditoría punitiva, sino como un proceso participativo, reflexivo y estratégico que involucra a todos los niveles de la organización.

En el ámbito nacional, el Estado peruano ha establecido políticas y normas técnicas orientadas a garantizar la calidad de la atención. El Ministerio de Salud del Perú ha desarrollado lineamientos para la acreditación de establecimientos de salud que promueven estándares verificables y medibles, alineados con las prioridades sanitarias del país. La acreditación en el Perú no solo busca asegurar el cumplimiento normativo, sino también fortalecer la gestión institucional, promover la humanización de la atención y consolidar una cultura de mejora continua. En este sentido, la autoevaluación se convierte en el punto de partida para la identificación objetiva de fortalezas y debilidades, así como para la formulación de planes de acción orientados a cerrar brechas estructurales y organizacionales. La realidad nacional presenta desafíos particulares, tales como desigualdades territoriales, limitaciones en infraestructura, brechas en recursos humanos y diversidad sociocultural. Por ello, la autoevaluación debe contextualizarse en función de las características demográficas, epidemiológicas y geográficas de cada región. No se trata únicamente de cumplir estándares, sino de adaptarlos a la realidad concreta del territorio, garantizando pertinencia cultural, accesibilidad y eficiencia en el uso de recursos.

En el ámbito regional, la Gerencia Regional de Salud Cusco desempeña un rol fundamental en la conducción, supervisión y fortalecimiento de los servicios de salud dentro de su jurisdicción. La región Cusco, caracterizada por su diversidad geográfica, dispersión poblacional y coexistencia de contextos urbanos y rurales, enfrenta retos particulares en términos de cobertura, referencia y contrarreferencia, capacidad resolutoria y acceso oportuno a servicios especializados. La autoevaluación en este nivel

implica analizar no solo el cumplimiento de estándares en cada establecimiento, sino también la articulación de la red regional, la gestión estratégica de recursos y la implementación de políticas sanitarias priorizadas.

La Gerencia Regional de Salud Cusco tiene la responsabilidad de promover procesos de acreditación que fortalezcan la calidad institucional, fomenten la transparencia y consoliden una gestión basada en resultados. La autoevaluación regional debe considerar indicadores de desempeño sanitario, ejecución presupuestal, disponibilidad de medicamentos e insumos, gestión del riesgo sanitario y respuesta ante emergencias y desastres, aspectos especialmente relevantes en una región con alta vulnerabilidad geográfica y climática. Asimismo, debe promover la capacitación continua del personal, el fortalecimiento del liderazgo directivo y la participación activa de la comunidad.

En el ámbito local, la Red de Servicios de Salud Cusco VRAEM asume un papel estratégico en la prestación directa de servicios a poblaciones que, en muchos casos, se encuentran en situación de vulnerabilidad social, dispersión territorial y limitaciones de acceso. El VRAEM presenta particularidades socioeconómicas y culturales que demandan una gestión sanitaria sensible, intercultural y orientada a la equidad. En este contexto, la autoevaluación para la acreditación adquiere una dimensión aún más significativa, pues permite fortalecer la capacidad resolutive de los establecimientos, mejorar la continuidad del cuidado y garantizar la seguridad del paciente en escenarios complejos.

La autoevaluación en la Red de Servicios de Salud Cusco VRAEM debe contemplar aspectos críticos como la adecuación de infraestructura, la disponibilidad de equipamiento biomédico, la gestión de medicamentos, la organización de los procesos asistenciales, la referencia oportuna de casos complejos y la implementación de estrategias de salud pública adaptadas a la realidad local. Asimismo, debe evaluar la satisfacción del usuario, la pertinencia cultural de la atención, la comunicación efectiva con la comunidad y la articulación con otros sectores para abordar determinantes sociales de la salud.

En suma, la autoevaluación para la acreditación de calidad en los establecimientos de salud constituye un proceso estratégico, integral y transformador que articula estándares internacionales, políticas nacionales, conducción regional y gestión local. Más que un requisito administrativo, representa una oportunidad para fortalecer la gobernanza sanitaria, optimizar recursos, mejorar resultados clínicos y consolidar la confianza de la población en el sistema de salud. Desde la perspectiva internacional hasta la realidad concreta de la Red de Servicios de Salud Cusco VRAEM, la calidad debe asumirse como un compromiso permanente con la excelencia, la seguridad y la dignidad de las personas, orientando cada acción institucional hacia la mejora continua y la sostenibilidad del sistema sanitario.



II. JUSTIFICACIÓN

La formulación del Plan de Autoevaluación para la Acreditación de los Establecimientos de Salud se justifica como una necesidad estratégica, técnica y legal orientada a garantizar la mejora continua de la calidad, la seguridad del paciente y el cumplimiento de los estándares establecidos por el sistema nacional de salud. La autoevaluación no constituye únicamente un requisito previo a la acreditación, sino un proceso sistemático de análisis interno que permite identificar brechas estructurales, organizacionales y asistenciales, generando planes de mejora sostenibles y alineados con el marco normativo vigente.

Desde una perspectiva constitucional, el derecho a la protección de la salud se encuentra reconocido en la Constitución Política del Perú, que establece la responsabilidad del Estado de garantizar el acceso a servicios de salud de calidad para toda la población. Este mandato constitucional fundamenta la obligación de las instituciones sanitarias públicas de implementar mecanismos que aseguren la idoneidad, eficiencia y seguridad en la prestación de servicios. En este contexto, la acreditación y su fase previa de autoevaluación constituyen instrumentos concretos para hacer efectivo dicho mandato.

En el ámbito legal sectorial, la Ley N° 26842 - Ley General de Salud establece que la calidad de la atención es responsabilidad de los prestadores de servicios de salud y que el Estado debe normar, supervisar y evaluar las condiciones en que estos servicios se brindan. Esta norma reconoce la necesidad de implementar sistemas de evaluación que permitan verificar el cumplimiento de estándares técnicos, sanitarios y administrativos. Por tanto, el Plan de Autoevaluación se sustenta directamente en esta disposición legal, al constituir un mecanismo formal para asegurar que los establecimientos operen conforme a criterios de calidad previamente definidos.

Asimismo, la Ministerio de Salud del Perú, en su calidad de ente rector del sistema nacional de salud, ha aprobado normas técnicas y directivas que regulan el proceso de acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Estas disposiciones establecen estándares estructurales, de proceso y de resultados que deben ser cumplidos progresivamente. La autoevaluación se convierte, entonces, en la herramienta metodológica que permite verificar el nivel de cumplimiento de dichos estándares antes de la evaluación externa, promoviendo la autorregulación institucional y la responsabilidad gerencial.

Desde el enfoque de gestión pública moderna, la implementación del Plan de Autoevaluación se alinea con los principios de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, que promueve una administración orientada a resultados, eficiencia en el uso de recursos y mejora continua de los servicios al ciudadano. La acreditación no debe entenderse como un evento aislado, sino como parte de un ciclo permanente de planificación, ejecución, evaluación y retroalimentación. En este marco, la autoevaluación permite fortalecer la cultura organizacional basada en evidencia, indicadores y análisis de riesgos.

En el nivel regional y local, las Direcciones y Gerencias Regionales de Salud tienen la responsabilidad de garantizar que los establecimientos bajo su jurisdicción cumplan con las condiciones mínimas de calidad y seguridad. El Plan de Autoevaluación se justifica porque facilita la identificación oportuna de deficiencias en infraestructura, equipamiento, recursos humanos, procesos asistenciales, gestión de medicamentos, bioseguridad y satisfacción del usuario. Al detectar estas brechas de manera anticipada, se pueden implementar acciones correctivas antes de una evaluación externa, evitando sanciones, observaciones críticas o riesgos para la salud de la población.

Desde el punto de vista técnico, la autoevaluación fortalece la gestión del riesgo sanitario, ya que permite identificar eventos adversos potenciales, fallas en protocolos clínicos y debilidades en los sistemas de vigilancia y control. En un entorno donde la seguridad del paciente constituye un eje prioritario a nivel global, la adopción de mecanismos internos de evaluación contribuye a reducir la morbilidad evitable y a optimizar la calidad de la atención. Asimismo, fomenta la participación activa del personal de salud, promoviendo compromiso, corresponsabilidad y sentido de pertenencia institucional.

En términos administrativos y financieros, el Plan de Autoevaluación también se justifica porque permite una mejor planificación presupuestal. La identificación clara de brechas facilita la priorización de inversiones en infraestructura, equipamiento biomédico, capacitación y fortalecimiento organizacional. De esta manera, los recursos públicos se orientan estratégicamente hacia áreas críticas, garantizando eficiencia y transparencia en su utilización.

Otro elemento fundamental que sustenta la justificación del plan es el principio de mejora continua. La acreditación no es un fin en sí mismo, sino un medio para consolidar estándares sostenibles en el tiempo. La autoevaluación periódica permite monitorear avances, evaluar el impacto de las intervenciones implementadas y actualizar los planes de mejora conforme a nuevas disposiciones normativas o cambios epidemiológicos. Esto asegura que la calidad no sea circunstancial, sino parte integral de la gestión institucional.

Finalmente, desde una perspectiva social, el Plan de Autoevaluación fortalece la confianza de la población en los servicios de salud. La transparencia en los procesos, el cumplimiento de estándares y la búsqueda permanente de excelencia contribuyen a mejorar la percepción ciudadana y a garantizar una atención digna, segura y humanizada. En contextos donde la población demanda mayor eficiencia y calidad en los servicios públicos, la acreditación respaldada por una autoevaluación rigurosa se convierte en un indicador tangible de compromiso institucional.

En conclusión, la justificación del Plan de Autoevaluación para la Acreditación de los Establecimientos de Salud se sustenta en un sólido marco constitucional y legal, en la normativa sectorial vigente, en los principios de modernización de la gestión pública y en la necesidad técnica de garantizar servicios seguros y eficientes. Este plan representa una herramienta estratégica que articula responsabilidad legal, mejora continua y compromiso con la calidad, asegurando que los establecimientos de salud cumplan su misión fundamental de proteger y promover la salud de la población bajo estándares verificables y sostenibles.



III. OBJETIVO

4.1. OBJETIVO GENERAL.

Implementar el proceso integral de autoevaluación en los establecimientos de salud, orientado al cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en la normativa vigente, con la finalidad de lograr la acreditación institucional y fortalecer la mejora continua en la prestación de los servicios de salud.

4.2. OBJETIVO ESPECIFICO.

O.E.1. Diagnosticar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en los establecimientos de salud.

Actividades Estratégicas:

- Conformar el Comité de Autoevaluación y Acreditación mediante resolución directoral.
- Socializar la normativa y los estándares de acreditación al personal asistencial y administrativo.
- Aplicar instrumentos de evaluación establecidos por la autoridad sanitaria.
- Realizar revisión documentaria de normas, manuales, protocolos y registros institucionales.
- Ejecutar inspecciones internas de infraestructura, equipamiento y condiciones de bioseguridad.

O.E.2. Identificar y priorizar las brechas estructurales, organizacionales y asistenciales que limitan el cumplimiento de los estándares de calidad.

Actividades Estratégicas:

- Analizar los resultados de la autoevaluación por cada dimensión evaluada (gestión, procesos asistenciales, soporte administrativo, seguridad del paciente).
- Clasificar las brechas según nivel de criticidad (alta, media, baja).
- Determinar el impacto sanitario y riesgo asociado a cada brecha identificada.
- Presentar los resultados al equipo de gestión para validación y priorización.

O.E.3. Fortalecer la cultura de calidad y mejora continua en el personal de los establecimientos de salud.

Actividades Estratégicas:

- Desarrollar talleres de sensibilización sobre calidad y acreditación.
- Implementar programas de capacitación en gestión por procesos y seguridad del paciente.
- Promover reuniones periódicas de evaluación de indicadores sanitarios.
- Establecer mecanismos de reconocimiento a buenas prácticas.
- Implementar encuestas de satisfacción del usuario interno.
- Fomentar la participación activa del personal en comités de calidad.

O.E.4. Garantizar el monitoreo, seguimiento y evaluación continua del proceso de autoevaluación y mejora institucional.

Actividades Estratégicas:

- Diseñar un cronograma anual de seguimiento del plan.
- Implementar indicadores de gestión y calidad.
- Realizar auditorías internas periódicas.
- Elaborar informes trimestrales de avance.
- Preparar la documentación requerida para la evaluación externa de acreditación.



IV. ALCANCE

El proceso de autoevaluación será de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de la Red de Servicios de Salud, así como en sus respectivas unidades orgánicas de línea, asesor y de apoyo.

V. BASE LEGAL

- 📖 Ley N°26842, Ley General de Salud
- 📖 Decreto Legislativo N°1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- 📖 Ley N°30895, Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud
- 📖 Ley N°27867, Ley Orgánica de los Gobiernos regionales.
- 📖 Ley N°27444, Ley General de Procedimientos Administrativos
- 📖 Ley N°29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- 📖 D.S. N°013-2006-SA, que aprueba el “reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo
- 📖 R.M. N°405-2005/MINSA, Reconocen que las Direcciones Regionales de Salud Constituyen la Única Autoridad de Salud en cada Gobierno regional
- 📖 R.M. N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Sistema de gestión de la Calidad en Salud”
- 📖 R.M. N°727-2009/MINSA, que aprueba el documento técnico de “Política Nacional de Calidad en Salud”
- 📖 R.M. N°2007/MINSA, que aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP V 02 “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”
- 📖 R.M. N°072-2008/MINSA, que modifica la NTS N°050-MINSA/DGSP V 02 respecto a los miembros de las Comisiones sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud
- 📖 R.M. N°270-2009/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo”
- 📖 R.M. N°370-2009/MINSA, Aprobar la Directiva Administrativa N°151-MINSA/DGSP-V.01 “Directiva Administrativa que Regula la Organización y Funciones de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud”
- 📖 D.S. N°021-2022-SA, que establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2023.



VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

La metodología de evaluación para la acreditación de los establecimientos de salud de la Red de Servicios de Salud Cusco VRAEM, conforme a lo establecido en la Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", se desarrolla mediante un proceso estructurado en etapas secuenciales, técnicas y estandarizadas. Estas etapas garantizan objetividad, trazabilidad, uniformidad de criterios y consistencia en los resultados de la evaluación.

A continuación, se detalla la metodología organizada por etapas:

I. Etapa de Planificación de la Evaluación

Esta etapa tiene como finalidad organizar técnica y administrativamente el proceso evaluador. Comprende la designación formal del equipo evaluador, el cual debe contar con competencias técnicas, experiencia en gestión sanitaria y conocimiento de los estándares de acreditación. Se establecen responsabilidades individuales y se garantiza la independencia e imparcialidad del equipo.

Asimismo, se elabora el plan de evaluación, que incluye:

- Determinación del alcance (servicios y áreas a evaluar).
- Revisión del tipo y categoría del establecimiento.
- Programación del cronograma de actividades.
- Identificación de documentos que deberán estar disponibles.
- Coordinación previa con la dirección/jefatura del establecimiento.

En esta fase se realiza también la revisión preliminar de información secundaria disponible, con la finalidad de contextualizar la evaluación según la complejidad del establecimiento.

II. Etapa de Revisión Documentaria

Constituye el análisis técnico de la documentación que respalda la gestión institucional. El evaluador verifica la existencia, formalización, actualización y coherencia de:

- Documentos de gestión institucional (ROF, MOF, CAP, POI, reglamentos internos).
- Manuales de procesos y procedimientos (MAPRO).
- Protocolos y guías de atención clínica.
- Planes de gestión de calidad.
- Plan de seguridad del paciente.
- Registros asistenciales y administrativos.
- Indicadores sanitarios y reportes estadísticos.
- Planes de mantenimiento de infraestructura y equipamiento.
- La evaluación documentaria no se limita a constatar la presencia física del documento, sino que exige evidencia de implementación efectiva. La coherencia entre lo normado y lo ejecutado será verificada posteriormente en campo.

III. Etapa de Evaluación In Situ (Verificación en el establecimiento de salud)

Es la etapa central del proceso metodológico. Permite contrastar la documentación con la realidad operativa del establecimiento.

Incluye:

1. **Observación directa:** Recorrido técnico por los servicios asistenciales y administrativos para verificar:

- Condiciones de infraestructura.
- Señalización y rutas de evacuación.
- Bioseguridad.
- Manejo de residuos sólidos hospitalarios.
- Cadena de frío.



- Almacenamiento de medicamentos e insumos.
- Condiciones de esterilización.
- Funcionamiento de equipos biomédicos.

2. Entrevistas estructuradas: Dirigidas a:

- Director o jefe del establecimiento.
- Responsables de áreas críticas.
- Personal asistencial.
- Personal administrativo.
- Usuarios, cuando corresponda.

Las entrevistas buscan corroborar el conocimiento y aplicación de protocolos, flujos de atención, procedimientos de emergencia y mecanismos de seguridad del paciente.

3. Revisión de registros clínicos y administrativos:

Se analiza la trazabilidad de la atención, calidad del llenado de historias clínicas, registros de vigilancia epidemiológica, reportes de eventos adversos y documentación de referencia y contrarreferencia. La metodología exige que toda afirmación sea respaldada por evidencia objetiva y verificable.

IV. Etapa de Evaluación y Calificación de Estándares

La Guía Técnica establece estándares organizados en criterios y subcriterios, cada estándar contiene elementos verificables específicos. La evaluación se realiza bajo una lógica de cumplimiento objetivo:

Cumple: cuando existe evidencia suficiente, válida y consistente.

No cumple: cuando no existe evidencia o esta es insuficiente.

La calificación es técnica y no discrecional. No se aceptan declaraciones verbales sin respaldo documentario o evidencia física.

El cumplimiento se consolida en matrices de evaluación oficiales, asegurando trazabilidad y registro detallado de cada hallazgo.

V. Etapa de Consolidación y Análisis de Resultados

En esta fase se realiza:

- Cómputo del porcentaje de cumplimiento global.
- Cálculo de cumplimiento por componente (estructura, proceso y resultados).
- Identificación de estándares críticos no cumplidos.
 - Determinación del nivel alcanzado según los umbrales establecidos en la norma.
 - El análisis considera no solo la cantidad de estándares cumplidos, sino también la criticidad de los incumplimientos detectados, especialmente aquellos relacionados con seguridad del paciente.

VI. Etapa de Elaboración del Informe Técnico

El informe constituye el documento oficial del proceso de evaluación. Debe contener:

- Identificación del establecimiento evaluado.
- Fecha y duración de la evaluación.
- Metodología aplicada.
- Resultados cuantitativos.
- Descripción de fortalezas institucionales.
- Identificación de no conformidades.
- Recomendaciones técnicas específicas para cierre de brechas.
- El informe debe ser claro, objetivo y sustentado en evidencias registradas durante la evaluación.



VII. Etapa de Retroalimentación y Mejora Continua

Si bien la acreditación es el objetivo final, la guía enfatiza el enfoque de mejora continua. En esta etapa:

- Se comunican formalmente los resultados a la dirección/jefatura del establecimiento.
- Se formulan recomendaciones técnicas.
- Se orienta la elaboración del plan de mejora.
- Se establecen plazos para la implementación de acciones correctivas.

En el caso de la Red de Servicios de Salud Cusco VRAEM, esta etapa resulta estratégica, ya que permite adecuar intervenciones a la realidad territorial, priorizando brechas de mayor impacto sanitario.

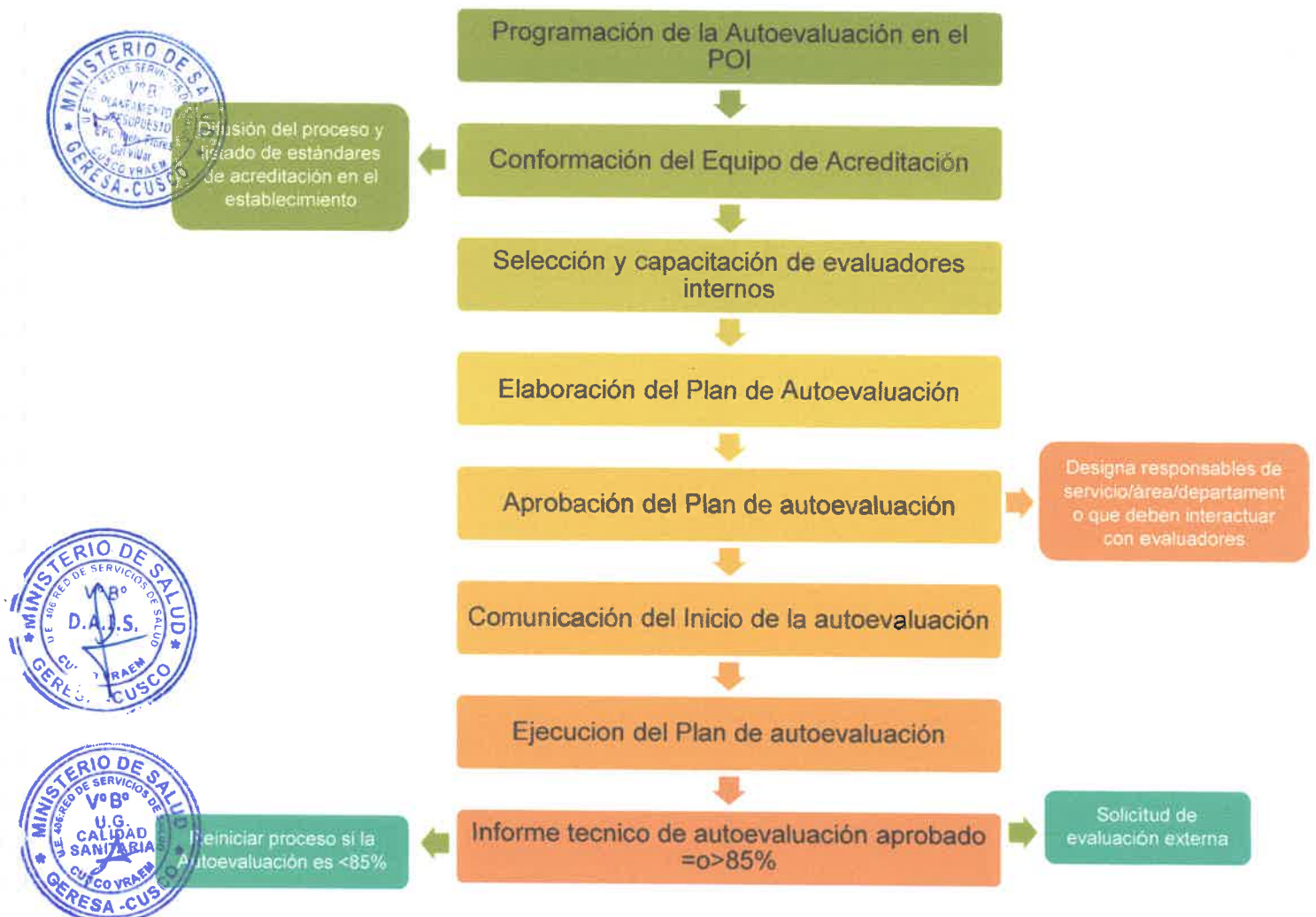
Consideraciones Técnicas

Durante todas las etapas, el evaluador debe garantizar:

- Imparcialidad.
- Confidencialidad de la información.
- Objetividad basada en evidencia.
- Registro sistemático y trazable.
- Enfoque preventivo y no sancionador.

La metodología definida por la Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA establece un proceso estructurado, secuencial y basado en evidencia, que integra planificación, revisión documentaria, verificación en campo, calificación objetiva y consolidación de resultados. Su aplicación rigurosa en los establecimientos de la Red de Servicios de Salud Cusco VRAEM permite asegurar uniformidad de criterios, fortalecer la seguridad del paciente y consolidar una cultura institucional orientada a la mejora continua y la acreditación sostenible.

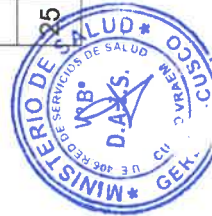
GRÁFICO N°1 FLUJOGRAMA DE AUTOEVALUACIÓN



VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META FISICA	MESES 2026												RESPONSABLE	
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
1	Reuniones del equipo evaluador para elaboración del Plan de trabajo 2026	Plan de Trabajo	Resolución Directoral		X												Equipo Autoevaluador - Líder del equipo
2	Reuniones del equipo evaluador la designación del evaluador líder.	Reunión del Equipo evaluador	Resolución Directoral/Acta	X													Equipo Autoevaluador - Líder del equipo
3	Conformación de los equipos evaluadores de los establecimientos de salud	Equipos Evaluadores en EE.SS.	Resolución Directoral	X													Equipo Autoevaluador - Líder del equipo
4	Designación de los responsables de cada macroproceso	Reunión del Equipo evaluador	Resolución Directoral	X													Equipo Autoevaluador - Líder del equipo
5	Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del listado de estándares de acreditación	Reunión del Equipo evaluador	Acta	X	X	X											Equipo Autoevaluador - Líder del equipo
6	Socialización del Plan de autoevaluación al personal administrativo y asistencial de los establecimientos de salud	Runion virtual de socialización	Informe de socialización			X											Equipo Autoevaluador - Líder del equipo
7	Implementación del Macroproceso de Direccionamiento	Asistencia técnica	Informe de implementación			X											Jefe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto
8	Implementación del Macroproceso de Gestión de Recursos Humanos	Asistencia técnica	Informe de implementación			X											Jefe de la Unidad de Gestión y Desarrollo del Potencial Humano
9	Implementación del Macroproceso de Gestión de la Calidad	Asistencia técnica	Informe de implementación			X											Coordinador de la Unidad de gestión y calidad sanitaria
10	Implementación del Macroproceso de Manejo de Riesgo De Atención	Asistencia técnica	Informe de implementación			X											Coordinador de Salud Ocupacional
11	Implementación del Macroproceso de Emergencias y Desastres	Asistencia técnica	Informe de implementación			X											Coordinador del PP Emergencias y Desastres
12	Implementación del Macroproceso de Control de la Gestión y Prestación	Asistencia técnica	Informe de implementación			X											Jefe de la Unidad de Seguros

13	Implementación del Macroproceso de Atención Ambulatoria	Asistencia técnica	Informe de implementación							X	Jefe de la Unidad de Seguros
14	Implementación del Macroproceso de Atención Extramural	Asistencia técnica	Informe de implementación							X	Coordinador de Promoción de la Salud
15	Implementación del Macroproceso de Atención de Hospitalización	Asistencia técnica	Informe de implementación							X	Dirección de Atención integral de Salud
16	Implementación del Macroproceso de Atención de Emergencia	Asistencia técnica	Informe de implementación							X	Coordinador de PP Emergencias y Urgencias Medicas
17	Implementación del Macroproceso de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Asistencia técnica	Informe de implementación							X	Dirección de Salud Ambiental
18	Implementación del Macroproceso de Admisión y Alta	Asistencia técnica	Informe de implementación							X	Dirección de Atención integral de Salud
19	Implementación del Macroproceso de Referencias y Contrarreferencias	Asistencia técnica	Informe de implementación							X	Coordinador de Referencias y Contrarreferencias
20	Implementación del Macroproceso de Gestión de Medicamentos	Asistencia técnica	Informe de implementación							X	Coordinador de SISMED
21	Implementación del Macroproceso de Gestión de La Información	Asistencia técnica	Informe de implementación							X	Responsable de SIHCE
22	Implementación del Macroproceso de Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	Asistencia técnica	Informe de implementación							X	Dirección de Salud Ambiental
23	Implementación del Macroproceso de Manejo de Riesgo Social	Asistencia técnica	Informe de implementación							X	Jefe de la Unidad de Seguros
24	Implementación del Macroproceso de Gestión de Insumos y Materiales	Asistencia técnica	Informe de implementación							X	Oficina de Administración
25	Implementación del Macroproceso de Gestión de Equipos e Infraestructura	Asistencia Técnica	Informe de implementación							X	Oficina de Administración



VIII. EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN

Los miembros del Equipo de Autoevaluación trabajarán en estrecha coordinación con el personal de salud asistencias y administrativo de los establecimientos que realizan el proceso de autoevaluación y se deberán considerar las siguientes funciones:

FUNCIONES DE EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN

- ✓ Realizar acciones de sensibilización y promoción del proceso de autoevaluación en los establecimientos de salud.
- ✓ Coordina con los evaluadores internos el cronograma y la secuencia de la autoevaluación.
- ✓ Analiza los resultados del Informe Técnico para ser presentados a la Dirección de la Red de Servicios de Salud.
- ✓ Proporciona la información relacionada a la acreditación que le sea solicitada por la Red de Servicios de Salud.
- ✓ Responsable de la información generada.
- ✓ Informa a la Red de Servicios de Salud a la que pertenece los resultados de las evaluaciones.
- ✓ Promueve la implementación de las recomendaciones en coordinación con la Red de los equipos evaluadores en los establecimientos de salud evaluados.

EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM

EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN		
PRESIDENTE INTEGRANTE	DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	OBSTA. NANCY GUTIÉRREZ YUCRA ECON. HENRY GENARO PAREDES JACINTO
INTEGRANTE	JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	CPC. HERBERT RAMIRO VILCA PALOMINO
INTEGRANTE	JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN Y DESARROLLO DEL POTENCIAL HUMANO	ABOG. ROMEL AARON GASTELU QUISPE
INTEGRANTE	COORDINADOR DE LA UNIDAD DE GESTIÓN Y CALIDAD SANITARIA	OBSTA. ALEXANDRA ESTHEFANIA GARCIA CUETO
INTEGRANTE	COORDINADOR DE SALUD OCUPACIONAL	BLGA. MARÍA LUISA AYVAR PIMENTEL
INTEGRANTE	COORDINADOR DEL PP EMERGENCIAS Y DESASTRES	LIC. ENF. WENDY JHERALDINE MENDOZA AQUINO
INTEGRANTE	JEFE DE LA UNIDAD DE SEGUROS	LIC. ENF. SHEYLA YACTAYO AGUILAR
INTEGRANTE	COORDINADOR DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	OBSTA. ROSSI ESCOBAR HUASCO
INTEGRANTE	COORDINADOR DE PP EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	OBSTA. ANNETTE TORRES CELADITA
INTEGRANTE	DIRECCIÓN DE SALUD AMBIENTAL	BLGO. RAMIRO QUISPE REYES
INTEGRANTE	COORDINADOR DE SISMED	Q.F. YULIANA CALLÉ GUZMAN
INTEGRANTE	RESPONSABLE DE SIHCE	ING. SIST. CARLOS BAUTISTA HUAMAN

EQUIPO DE AUTOEVALUADORES INTERNOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM

EQUIPO DE AUTOEVALUADORES INTERNOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM		
CARGO	APELLIDOS Y NOMBRES	PROFESION
PRESIDENTE	MEDINA LLONTOP PATRICIA EVA	OBSTETRA
SECRETARIA	BAUTISTA ESPINOZA HELEN GERALDINA	LIC.ENFERMERIA
INTEGRANTE	JUAREZ LA ROSA AYDA	LIC.ENFERMERIA
INTEGRANTE	VILLACORTA PONCE LUZ ANGELICA	MÉDICO CIRUJANO
INTEGRANTE	GAMBOA VILA MARISOL	OBSTETRA
INTEGRANTE	SALCEDO TICONA RAQUEL ESTHEFANY	MEDICO CIRUJANO
INTEGRANTE	TORRES ESTELA WILSON	NUTRICIONISTA

INTEGRANTE	GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ CYNTHIA ELIZABETH	BIOLOGA
INTEGRANTE	GOMEZ FIGUEROA PERCY EDÉN	QCO.FARMACÉUTICO
INTEGRANTE	ROJAS BADAJOS FRINEE	ENFERMERA
INTEGRANTE	HUAMAN HUACHACA MAYNEL	ENFERMERO ESPECIALISTA
INTEGRANTE	ARANGO CERVANTES YIMI AUGUSTO	OBSTETRA
INTEGRANTE	MEZA FLORES LIZ NATALY	LICENCIADA EN ENFERMERIA
INTEGRANTE	LOPEZ TAYPE TEDDY	OBSTETRA
INTEGRANTE	FLORES CONTRERAS LIZBETH	OBSTETRA
INTEGRANTE	MARCELO LLACCTAHUAMAN YANET	LICENCIADA EN ENFERMERIA
INTEGRANTE	MEZA DIPAS NANCY MANSOVED	MEDICO CIRUJANO
INTEGRANTE	YARANGA LOAYZA CONSTANTINO	LICENCIADA EN ENFERMERIA
INTEGRANTE	MENDOZA CHUQUIHUAYTA JULI DAYSI	ENFERMERA
INTEGRANTE	TOMAS QUISPE GUADALUPE	MEDICO CIRUJANO

EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD PICHARI VRAEM

EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN		
CARGO	APELLIDOS Y NOMBRES	PROFESION
PRESIDENTE	AIMITUMA AIMITUMA RONALD	BIOLOGO
INTEGRANTE	BUSTILLOS ROCHA ALISON	MEDICO CIRUJANO
INTEGRANTE	CONTRERAS PEREZ KRISTY DENISSA	OBSTETRA
INTEGRANTE	PALOMINO ALFARO JANETT LIVE	OBSTETRA
INTEGRANTE	QUISPE GALLO YANETH	TEC. INFORMATICA
INTEGRANTE	SOTO LUQUE FANY	LIC. ENFERMERIA

EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

P.S. KIMBIRI ALTO		
CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION
PRESIDENTE	MILAGROS NATALI LAURA LAURENTE	MEDICO
INTEGRANTE	YONY ROJAS HUARACA	OBSTETRA
INTEGRANTE	JUNIOR PARDO MORALES	LIC. ENFERMERIA
INTEGRANTE	ADDY DE LA CRUZ POMA	PSICOLOGA
INTEGRANTE	CARMEN HUANCA PATIÑO	TEC. ENFERMERIA

P.S. ANGELES		
CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION
PRESIDENTE	YANINA LOPEZ DE LA CRUZ	OBSTERA
INTEGRANTE	DIANA ALIAGA RAMIREZ	MEDICO
INTEGRANTE	GIMENA CARRERA ROJAS	LIC. ENFERMERIA
INTEGRANTE	ALBERTO GAVILAN AGUILAR	TEC. ENFERMERIA

P.S. SAMANIATO		
CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION
PRESIDENTE	CELMIRA KAREN HUAYTA ATACHAO	MEDICO
INTEGRANTE	ODILON AGUILAR ROMERO	LIC. ENFERMERIA
INTEGRANTE	AROHON JATSU MORALES RIOS	PSICOLOGO
INTEGRANTE	MARIA NOEMI AYALA ESPINOZA	OBSTETRA
INTEGRANTE	GLADYS DURAND RIVERA	TEC. ENFERMERIA

P.S. MAPITUNARI		
CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION
PRESIDENTE	ROSA MELGAREJO RODRIGUEZ	MEDICO
INTEGRANTE	EMILY PAUCAR CORIMANYA	LIC. ENFERMERIA
INTEGRANTE	MERY CRESES TORRES	LIC. PSICOLOGIA
INTEGRANTE	YUDY CRUZ RAMOS	OBSTETRA

P.S. UNION ROSALES		
CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION
PRESIDENTE	SONIA HAYDEE GUTIERREZ TORRES	LIC. ENFERMERIA
INTEGRANTE	LIZ DIANA GUTIERREZ CORDOVA	TEC. ENFERMERIA

P.S. MANITEA ALTA		
CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION
PRESIDENTE	GISELA LIZETH GUZMAN QUINTANILLA	OBSTETRA
INTEGRANTE	RUTH MARLENE QUISPE LUNASCO	TEC. ENFERMERIA



CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION
PRESIDENTE	DEBBIE DEL CARMEN MENENDEZ BAYONA	MEDICO
INTEGRANTE	MARIBEL PANIORA GARCIA	OBSTETRA
INTEGRANTE	ROCSANA MARIBEL GOMEZ GARCIA	PSICOLOGA
INTEGRANTE	JAVIER AUGUSTO ASTUCURI FUENTE	LIC. NUTRICION
INTEGRANTE	PEDRO JUAN CASO DE LA O	TEC. ENFERMERIA

C.S. CHIRUMPIARI

CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION
PRESIDENTE	LUCIA VILCAHUAMAN CACERES	MEDICO
SECRETARIA	NELLY ORELLANA ESCOBAR	OBSTETRA
INTEGRANTE	NERIO ROJAS CALDERON	LIC. ENFERMERIA
INTEGRANTE	KATHERINE CARPIO PALOMINO	CIRUJANO DENTISTA
INTEGRANTE	CESAR MEZA CONDE	TEC. ENFERMERIA

P.S. PUEBLO LIBRE

CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION
PRESIDENTE	KARINA GALLEGOS BEJAR	OBSTERA
INTEGRANTE	ERIKSON HUALLANCA VASQUEZ	MEDICO
INTEGRANTE	ELSA BAÑICO CONDE	LIC. ENFERMERIA
INTEGRANTE	EDUAR MENDEZ CABEZAS	TEC. ENFERMERIA
INTEGRANTE	REYNALDO ATAO NIEVE	TEC. ENFERMERIA

C.S. VILLA KINTIARINA

CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION
PRESIDENTE	LÍZBETH ELITA CRISTÓBAL GÓMEZ	MÉDICO
INTEGRANTE	JACKELINE HUAMANI ALVARADO	BIÓLOGA
INTEGRANTE	ROCIO BRIGADA YARANGA	LIC. ENFERMERIA
INTEGRANTE	IBETH LAZO HUALLIPA	OBSTETRA
INTEGRANTE	NOEMI LUCIA NAVARRO CHACON	LIC. ENFERMERIA

P.S. VILLA VIRGEN

CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION
PRESIDENTE	ENVER FLORES CONTRERAS	OBSTETRA
INTEGRANTE	ORLANDO CALVANCANTI DEL AGUILA	MEDICO
INTEGRANTE	JAMIR CERVANTES TITO	LIC ENFERMERIA
INTEGRANTE	SALY MILUSKA COILA CONDORI	PSICÓLOGA
INTEGRANTE	LAGOS HUACHACA NIRLY	TEC. EN ENFERMERIA

P.S. OMAYA

CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION
PRESIDENTE	YORDY RONALDO RIVEROS LAURA	MEDICO
INTEGRANTE	GUISELA UCHARIMA GOMEZ	LIC ENFERMERIA
INTEGRANTE	JIMMY PACHECO CABEZUDO	OBSTETRA
INTEGRANTE	NANCY SANTIAGO ZAMORA	TEC ENFERMERIA

P.S. OTARI

CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION
PRESIDENTE	PAMELA PASACHE ALARCON	OBSTETRA
INTEGRANTE	MILSSA BORDA AGUILAR	TEC. EN ENFERMERIA
INTEGRANTE	CATLINA BARBOZA SERINA	AUX. EN ENFERMERIA

P.S. PICHARI BAJA

CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION
PRESIDENTE	NAYSHA ANELIZ CARBAJAL PANDALLA	OBSTETRA
INTEGRANTE	OSCAR RAMIREZ PAHUARA	TEC. ENFERMERIA
INTEGRANTE	NAIDA GUEVARA ÑAUPAS	TEC. ENFERMERIA

P.S. PUERTO MAYO

CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION
PRESIDENTE	MIGUEL SALDAÑA	MEDICO
INTEGRANTE	YESICA GARCÍA LOPEZ	OBSTETRA
INTEGRANTE	LIZBETH TORRES CCORI	LIC. ENFERMERIA
INTEGRANTE	CECILIA VILA CALLE	TEC. ENFERMERIA

P.S. QUISTO CENTRAL

CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION
PRESIDENTE	ADRIANA VICTORIA ARANGO TORRES	MEDICO
INTEGRANTE	ZUMILDA CCORISONCOO CARDENAS	OBSTETRA
INTEGRANTE	SAYURU GARCIA MALCA	LIC ENFERMERIA

C.S. MANTARO

CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION
PRESIDENTE	JOHN HUAMAN LUJAN	MEDICO



INTEGRANTE	VICTOR ARCA CORDERO	OBSTETRA
INTEGRANTE	DIANA JIMENEZ JIMENEZ	LIC. ENFERMERIA
INTEGRANTE	DAYANA RAMOS CAMPOS	PSICOLOGA
INTEGRANTE	RAUL SOTOMAYOR VELASQUEZ	ODONTOLOGO

P.S. TAMBO DEL ENE

CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION
PRESIDENTE	DEIVIS AÑANCA MAMANI	MEDICO
INTEGRANTE	NIKOL KATHERIN MACETAS LEGUIA	LIC. ENFERMERIA
INTEGRANTE	DENNIS YUREMA ALVAREZ GALINDO	OBSTETRA
INTEGRANTE	KELLY CHAVEZ AVENDAÑO	TEC. ENFERMERIA

C.S. NATIVIDAD

CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION
PRESIDENTE	WALTER CISNEROS AGUILAR	BIOLOGO
INTEGRANTE	NOEMI SANCHEZ CCORISAPRA	OBSTETRA
INTEGRANTE	YANELA HUAMANI COLQUICHAGUA	MEDICO
INTEGRANTE	BRYAN PONCIANO ANDIA	LIC. ENFERMERIA
INTEGRANTE	ESTEPHANY BARNECHEA AQUINO	PSICOLOGA

P.S. PITIRINKINI

CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION
PRESIDENTE	EMELY CRISPIN AYALA	OBSTETRA
INTEGRANTE	ISABEL CRISOSTOMO RODRIGUEZ	LIC ENFERMERIA

C.S. MENTAL COMUNITARIO PICHARI

CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION
PRESIDENTE	NELSON LAURA CHUCHON	LIC. ENFERMERIA
INTEGRANTE	PAMELA QUISPE REYES	LIC. ENFERMERIA
INTEGRANTE	DAVID LLIUYACC GAVILAN	PSICOLOGO
INTEGRANTE	DIPSON OMAR PAZ IRRAZABAL	PSICOLOGO
INTEGRANTE	ELVA CAMPOS MUÑOZ	PSICOLOGA
INTEGRANTE	CARMEN ROSA GUILLEN SANTANA	TRABAJADORA SOCIAL
INTEGRANTE	MARIELA CONCEPCION RAMOS VALLEJO	QUIMICA FARMACEUTICA
INTEGRANTE	LETICIA AIMEE PERNIO ALEJO	MEDICO DE FAMILIA
INTEGRANTE	FLOR MARLENY CHUCHON FARFAN	TECNOLOGO MEDICO EN TERAPIA FISICA Y REHABILITACION
INTEGRANTE	DIEGO E. ATACHAO VILCHEZ	PSICOLOGO



