



## Resolución Jefatural

Arequipa, 15 de Mayo del 2025

### VISTOS:

El Responsable de Gestión de la Calidad de la Micro Red de Salud Ciudad Blanca, solicita se proyecte la Resolución Jefatural de Aprobación del "Plan de Trabajo de Autoevaluación" del ámbito de la Micro Red de Salud Ciudad Blanca para el **periodo 2025** y;

### CONSIDERANDO:

Que la Ley N°26842 Ley General de Salud, determina que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea y que es responsabilidad del estado proporcionar las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

Que por Ley N°27657, de fecha 29 de enero del 2002, se aprueba la Ley del Ministerio de Salud, cuya finalidad es lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la Promoción, Protección, Recuperación y Rehabilitación de la salud.

Que de acuerdo al Reglamento de Organización y Funciones de la Red de Salud Arequipa – Caylloma aprobado por O.R. N° 044-2008-AREQUIPA, de fecha 14 de marzo del 2008, en su Artículo 8° Funciones Generales, inciso s) dice "Cumplir con las Normas del Sistema de Gestión de la Calidad".

Que, por R.M. N°519-2006/MINSA del 30 de mayo del 2006, se aprobó el documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", en el cual se señala en el eje de intervención de garantía y mejora de la calidad, como instancia para fomentar, fortalecer y brindar apoyo técnico en el desarrollo de procesos de mejoramiento de la calidad insta en el Desarrollo é Implementación de la garantía y mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud.

Que mediante R.M. N° 502-2016/MINSA, de fecha 15 de julio del 2016, que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoria de Calidad de Atención en Salud, en el



punto 6.1.1 menciona que cada establecimiento de salud constituirá los siguientes comités; Comité de Auditoría en Salud y Comité de Auditoría Médica.

Qué, mediante R.M.Nº456-2007/MINSA del 04 de junio del 2007 se aprobó la NTS Nº 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Apoyo la misma que establece en sus disposiciones especificaciones, la organización para la acreditación, implica diferentes unidades orgánicas y funcionales que asumen responsabilidades exclusivas compartidas para el desarrollo del proceso de acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Médicos de Apoyo.

Por los fundamentos anteriormente mencionados es conveniente conformar el “Comité de Autoevaluación de la Micro red de Salud Ciudad Blanca para el periodo 2025”, el mismo que asumirá las funciones de asistencia técnica, monitoreo, evaluación y supervisión de las Autoevaluaciones.

De conformidad con la Ley N° 27867, ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria Ley N° 27902, ley N° 32185 Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2025 y según Decreto Ley N° 22867 de Desconcentración Administrativa, Ordenanza Regional N° 10-2007-Arequipa, que aprueba la Modificación de Reglamento de Organización y Funciones del Gobierno Regional de Arequipa y la O.R.Nº 044 -2008- Arequipa que aprueba el desarrollo de la estructura organizacional de la Gerencia Regional de Salud Arequipa-Red de Salud Arequipa Caylloma

Con la opinión favorable de la Jefatura y del Responsable de Personal;

#### **SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1º.-** APROBAR el “**PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACION**”, correspondiente a la Micro Red de Salud Ciudad Blanca, para el periodo 2025.

**ARTÍCULO 2º.-** El presidente del **Comité de Autoevaluación** velará por la ejecución, seguimiento y evaluación e informe del avance del plan de trabajo, conforme corresponda.

**ARTÍCULO 3º.-** Encargar al responsable de Personal la notificación de la presente resolución.

#### **REGISTRESE Y COMUNIQUESE**

  
  
Luis A. Gaona Zeballos  
C O P 10010  
JEFE DE MICRO RED

LAGZ/AESC/kcb.  
Cc. Archivo  
Cc. Interesado

## PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN MICRORED CIUDAD BLANCA 2025

### I. INTRODUCCIÓN:

La experiencia demuestra que la calidad de la atención en salud no depende de manera determinante de mayor tecnología, ni de mayor valor de los procedimientos. Es un concepto equivocado que las grandes entidades de salud con el equipamiento tecnológico de punta y altos costos, son los únicos que pueden ofrecer calidad. La calidad depende de la estructuración de procesos y del uso apropiado de la tecnología que le ofrezcan al usuario, lo mejor para resolver su patología a costos razonables.

**La Autoevaluación Es un** proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, **orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.**

### II. FINALIDAD:

Contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.

### III. OBJETIVOS:

1. Ofrecer evidencias a los usuarios de los servicios de salud, que las decisiones clínicas, no clínicas y preventivo-promocionales se manejan con atributos de calidad.
2. Promover una cultura de calidad en todos los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo del país a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.

### IV. ALCANCE

El presente plan tendrá alcance al 100% de los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Ciudad Blanca.

### V. BASE LEGAL:

- Ley N<sup>a</sup> 28842 “Ley General de Salud”
- Ley N<sup>a</sup> 27657 “Ley del Ministerio de Salud”
- D.S. N<sup>o</sup> 03- 2006-SA “Reglamento de Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo.
- R.M. N<sup>o</sup> 519-2006 aprueba el documento técnico “Sistema de Gestión de la Calidad”

- NTS. N° 050-MINSA DGSP-V. 2 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”

## **VI. METODOLOGIA DE EVALUACION:**

### **Consideraciones Especificas:**

1. El proceso comprende la fase de evaluación Interna Autoevaluación
2. Las acciones de evaluación estarán a cargo de evaluadores internos previamente capacitados.
3. La evaluación se realiza en base a estándares definidos por la Autoridad. Sanitaria. Nacional.
4. El Listado de Estándares de Acreditación es el único instrumento para la evaluación periódica.
5. Los estándares de acreditación están **enfocados en procesos como aspecto central de la metodología de mejora continua.**
6. Se brindará asistencia técnica durante la ejecución.
7. El proceso de autoevaluación debe ser llevado con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad.

### **Comité del Proceso de Autoevaluación:**

Unidad funcional designado oficialmente por la Dirección de Red.

La Coordinación la realizara la Responsable de Calidad.

Formulan el Plan y el Informe Técnico de Autoevaluación.

### **Equipo de Evaluadores Internos**

Son profesionales de la salud y/o técnicos asistenciales y administrativos.

El evaluador líder será el responsable del área a autoevaluar.

Formulan el Plan y el Informe Técnico de Autoevaluación.

### **Autoevaluación**

- A cargo de un equipo de evaluadores internos
  - Es de carácter obligatorio
  - Se realiza mínimo una vez al año
1. El proceso de acreditación debe ser llevado con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad.

### **Calificación de la evaluación:**

- 1.- Aprobado / Acreditado

❖ **Aprueba con el 85%**

2.- No Aprobado / No Acreditado

❖ **70 a 84.9% 6m nueva evaluación**

❖ **50 a 69.9% 9m nueva evaluación**

❖ **Menor 50% autoevaluación**

## VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

CRONOGRAMA DEL PLAN DE AUTOEVALUACION 2025																			
MICRORED CIUDAD BLANCA CENTRO DE SALUD CIUDAD BLANCA																			
OBJETIVO: Garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.																			
N°	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META	fuente de verificación	CRONOGRAMA POR MESES												RECURSOS		RESPONSABLE
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	SI.	FF	
1	Plan Operativo Anual de Autoevaluación y Acreditación	Plan Elaborado	1	Plan elaborado				X											Gestión de la calidad
2	Conformación de Evaluadores Internos	informe	1	formato de equipo de evaluadores interno				X											Gestión de la calidad
3	Reporte de inicio de la autoevaluación	oficio	1	oficio con formato de inicio de autoevaluación						X	X								Gestión de la calidad
4	Cronograma de actividades por macroprocesos	informe	1	formato de cronograma							X								Gestión de la calidad
5	Capacitación en los diferentes macroprocesos	informe	1	informe							X								Gestión de la calidad
6	Listado de estándares	libro	1	libro de estándares de acuerdo a la categoría del EESS							X								Gestión de la calidad
7	Aplicación del listado de estándares	libro	1	Listado con datos							X	X							Gestión de la calidad
8	Procesamiento de Datos	digitación	1									X							Gestión de la calidad
9	Evaluación y análisis de los resultados	informe	1	informe donde se incluye acciones implementadas.								X							Gestión de la calidad
10	Socialización de Resultados	Infro/ Actas	1	Informe/ actas.								X							Gestión de la calidad
11	Elevar los resultados a nivel superior	oficio	1	oficio con firma de recepción								X							Gestión de la calidad
12	Acciones de mejora implementadas	informe	1	ver el avance del último informe encontrado.												X			Gestión de la calidad
13	Monitoreo de la Ejecución del Plan de	Informe	4	Seguimiento, monitoreo del avance de las auditorías en cada MR.										X		X			Gestión de la calidad

CRONOGRAMA DEL PLAN DE AUTOEVALUACION 2025																			
C.S. SAN JUAN DE CIUDAD BLANCA																			
OBJETIVO: Garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.																			
N°	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META	fuente de verificación	CRONOGRAMA POR MESES												RECURSOS		RESPONSABLE
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	SI.	FF	
1	Plan Operativo Anual de Autoevaluación y Acreditación	Cronograma	1	Plan elaborado				X											Gestión de la calidad
2	Reporte de inicio de la autoevaluación	oficio	1	oficio con formato de inicio de autoevaluación					X										Gestión de la calidad
3	Cronograma de actividades por macroprocesos	informe	1	formato de cronograma					X										Gestión de la calidad
4	Capacitación en los diferentes macroprocesos	informe	1	informe					X										Gestión de la calidad
5	Listado de estándares	libro	1	libro de estándares de acuerdo a la categoría del EESS					X										Gestión de la calidad
6	Aplicación del listado de estándares	libro	1	Listado con datos						X	X								Gestión de la calidad
7	Procesamiento de Datos	digitación	1								X	X							Gestión de la calidad
8	Evaluación y análisis de los resultados	informe	1	informe donde se incluye acciones implementadas.							X	X							Gestión de la calidad
9	Socialización de Resultados	Infro/ Actas	1	Informe/ actas.								X							Gestión de la calidad
10	Elevar los resultados a nivel superior	oficio	1	oficio con firma de recepción								X							Gestión de la calidad
11	Acciones de mejora implementadas	informe	1	ver el avance del último informe encontrado.									X						Gestión de la calidad
12	Monitoreo de la Ejecución del Plan de	Informe	4	Seguimiento, monitoreo del avance de las auditorías en cada MR.					X	X				X		X			Gestión de la calidad

CRONOGRAMA DEL PLAN DE AUTOEVALUACION 2025																			
C.S. COMUNITARIO AYELEN																			
OBJETIVO: Garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.																			
N°	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META	fuente de verificación	CRONOGRAMA POR MESES												RECURSOS		RESPONSABLE
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	SI.	FF	
1	cronograma del Plan Operativo Anual de Autoevaluación y Acreditación	Cronograma	1	Plan elaborado				X										Gestión de la calidad	
2	Reporte de inicio de la autoevaluación	oficio	1	oficio con formato de inicio de autoevaluación				X										Gestión de la calidad	
3	Cronograma de actividades por macroprocesos	informe	1	formato de cronograma				X										Gestión de la calidad	
4	Capacitación en los diferentes macroprocesos	informe	1	informe				X										Gestión de la calidad	
5	Listado de estándares	libro	1	libro de estándares de acuerdo a la categoría del EESS				X										Gestión de la calidad	
6	Aplicación del listado de estándares	libro	1	Listado con datos					X	X								Gestión de la calidad	
7	Procesamiento de Datos	digitación	1							X	X							Gestión de la calidad	
8	Evaluación y análisis de los resultados	informe	1	informe donde se incluye acciones implementadas.							X							Gestión de la calidad	
9	Socialización de Resultados	Infom/ Actas	1	Informe/ actas.								X						Gestión de la calidad	
10	Elevar los resultados a nivel superior	oficio	1	oficio con firma de recepción									X					Gestión de la calidad	
11	Acciones de mejora implementadas	informe	1	ver el avance del último informe presentado.										X				Gestión de la calidad	
12	Monitoreo de la Ejecución del Plan de	Informe	4	Seguimiento, monitoreo del avance de las auditorías en cada MR.				X			X				X		X	Gestión de la calidad	

CRONOGRAMA DEL PLAN DE AUTOEVALUACION 2025																			
P.S. ISRAEL																			
OBJETIVO: Garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.																			
N°	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META	fuente de verificación	CRONOGRAMA POR MESES												RECURSOS		RESPONSABLE
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	SI.	FF	
1	cronograma del Plan Operativo Anual de Autoevaluación y Acreditación	Cronograma	1	Plan elaborado				x										Gestión de la calidad	
2	Reporte de inicio de la autoevaluación	oficio	1	oficio con formato de inicio de autoevaluación						X	X							Gestión de la calidad	
3	Cronograma de actividades por macroprocesos	informe	1	formato de cronograma							X							Gestión de la calidad	
4	Capacitación en los diferentes macroprocesos	informe	1	informe							X							Gestión de la calidad	
5	Listado de estándares	libro	1	libro de estándares de acuerdo a la categoría del EESS								X						Gestión de la calidad	
6	Aplicación del listado de estándares	libro	1	Listado con datos							X	X						Gestión de la calidad	
7	Procesamiento de Datos	digitación	1									X						Gestión de la calidad	
8	Evaluación y análisis de los resultados	informe	1	informe donde se incluye acciones implementadas.									X					Gestión de la calidad	
9	Socialización de Resultados	Infom/ Actas	1	Informe/ actas.									X					Gestión de la calidad	
10	Elevar los resultados a nivel superior	oficio	1	oficio con firma de recepción										X				Gestión de la calidad	
11	Acciones de mejora implementadas	informe	1	ver el avance del último informe presentado.												X		Gestión de la calidad	
12	Monitoreo de la Ejecución del Plan de	Informe	4	Seguimiento, monitoreo del avance de las auditorías en cada MR.											x		X	Gestión de la calidad	

CRONOGRAMA DEL PLAN DE AUTOEVALUACION 2025																			
P.S. ALTO JESUS																			
OBJETIVO: Garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.																			
N°	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META	fuente de verificación	CRONOGRAMA POR MESES												RECURSOS		RESPONSABLE
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	SI.	FF	
1	cronograma del Plan Operativo Anual de Autoevaluación y Acreditación	Cronograma	1	Plan elaborado				X											
2	Reporte de inicio de la autoevaluación	oficio	1	oficio con formato de inicio de autoevaluación						X	X								
3	Cronograma de actividades por macroprocesos	informe	1	formato de cronograma							X								
4	Capacitación en los diferentes macroprocesos	informe	1	informe							X								
5	Listado de estándares	libro	1	libro de estándares de acuerdo a la categoría del EESS							X								
6	Aplicación del listado de estándares	libro	1	Listado con datos							X	X							
7	Procesamiento de Datos	digitación	1									X							
8	Evaluación y análisis de los resultados	informe	1	informe donde se incluye acciones implementadas								X							
9	Socialización de Resultados	Infra/ Actas	1	Informe/ actas.								X							
10	Elevar los resultados a nivel superior	oficio	1	oficio con firma de recepción								X							
11	Acciones de mejora implementadas	informe	1	ver el avance del último informe presentado.												X			
12	Monitoreo de la Ejecución del Plan de	informe	4	Seguimiento, monitoreo del avance de las auditorías en cada MR.										X		X			

CRONOGRAMA DEL PLAN DE AUTOEVALUACION 2025																			
P.S. VILLA JESUS																			
OBJETIVO: Garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.																			
N°	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META	fuente de verificación	CRONOGRAMA POR MESES												RECURSOS		RESPONSABLE
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	SI.	FF	
1	cronograma del Plan Operativo Anual de Autoevaluación y Acreditación	Cronograma	1	Plan elaborado				X											
2	Reporte de inicio de la autoevaluación	oficio	1	oficio con formato de inicio de autoevaluación						X	X								
3	Cronograma de actividades por macroprocesos	informe	1	formato de cronograma							X								
4	Capacitación en los diferentes macroprocesos	informe	1	informe							X								
5	Listado de estándares	libro	1	libro de estándares de acuerdo a la categoría del EESS							X								
6	Aplicación del listado de estándares	libro	1	Listado con datos							X	X							
7	Procesamiento de Datos	digitación	1									X							
8	Evaluación y análisis de los resultados	informe	1	informe donde se incluye acciones implementadas								X							
9	Socialización de Resultados	Infra/ Actas	1	Informe/ actas.								X							
10	Elevar los resultados a nivel superior	oficio	1	oficio con firma de recepción								X							
11	Acciones de mejora implementadas	informe	1	ver el avance del último informe presentado.												X			
12	Monitoreo de la Ejecución del Plan de	informe	4	Seguimiento, monitoreo del avance de las auditorías en cada MR.										X		X			

## VIII. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

MACROPROCESO	RESPONSABLES DE LOS MACROPROCESOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS 2025					
	C.S. CIUDAD BLANCA	C.S. SAN JUAN	P.S. ISRAEL	P.S. ALTO JESUS	P.S. VILLA JESUS	CENTRO SALUD MENTAL AYELEN
1 DIRECCIONAMIENTO	LUIS GAONA ZEBALLOS	DR. EDUARDO BORDA PEÑA	DR. IVAN TORRES GAMARRA	LUZ MARINA CALCINA DIAZ	GUSTAVO LOAYZA ZANDOVAL	JOSE LUIS ARIAS LUPO
	KATHERINE CUADROS BERNAL	DRA.DORIA NUÑEZ RAMAYO	SARITA PORRAS PAREDES	LUZ MARINA CALCINA DIAZ		
2. GESTION DE RECURSOS HUMANOS	LUIS GAONA ZEBALLOS	DR. EDUARDO BORDA PEÑA	SARITA PORRAS PAREDES	LUZ MARINA CALCINA DIAZ	JESICA CHAMA CARDENAS	JOSE LUIS ARIAS LUPO
		NIDMA ROMERO CABRERA	DR. IVAN TORRES GAMARRA	LUSI ANGEL TANCO CANAZA		
3. GESTION DE LA CALIDAD	ARTURO SALAZAR CUPU	DR. EDUARDO BORDA PEÑA	DR. IVAN TORRES GAMARRA	LUIS TANCO CANAZA	RAFAEL MACEDO SALAS	LIC.KELLY CORNEJO CACERES
	ANTONIETA RINA MURILLO FLORES	DRA.DORIA NUÑEZ RAMAYO	MARIA ISABEL ZAPATA PINTO	VANESA MAMANI MAMANI		JOSE LUIS ARIAS LUPO
	KATHERINE CUADROS BERNAL	DR. MIGUEL CALDERON CRUZ				
	LUIS GAONA ZEBALLOS					
4. MANEJO DE RIESGO DE ATENCIÓN	FERNANDO RAMOS PACHECO	BLGA. GLENY MARTINEZ SALAS	BETY BECERRA BARRIGA	LUZ MARINA CALCINA DIAZ	DRA. HAYDEE CENTENO FLORES	ENFERMERA SOFIA TIPULA CONDORI
	ANDREA CUNO ZAMATA		MARY SOTO ELGUERA	NIDIA VARGAS TORRES		JOSE LUIS ARIAS LUPO
	ANA BARRANTES LIMAHUAYA					
5.GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	ARTURO SALAZAR CUPU	DR. MIGUEL CALDERON CRUZ	BLANCA PUMA VALENCIA	VANESSA ROCIO MAMANI MAMANI	GUSTAVO LOAYZA ZANDOVAL	GEORGINA ESQUIVEL SONCCO
	LUIS GAONA ZEBALLOS		PEDRO CHOQUEPUMA LUNA	NIDIA VARGAS TORRES		
6. CONTROL DE GESTION Y PRESTACION	ARTURO SALAZAR CUPU	DRA.DORIA NUÑEZ RAMAYO	VILAMA NUÑONCA AROSQUIPA	LUIS TANCO CANAZA	GUSTAVO LOAYZA ZANDOVAL	JOSE LUIS ARIAS LUPO
	FERNANDO RAMOS PACHECO	OBST.MARIA ELENA TORRES ARENAS	PAOLA VIZCARRA VIZCARRA			LIC. KELLY CORNEJO CACERES
7. ATENCION AMBULATORIA	FERNANDO RAMOS PACHECO	DR. EDUARDO BORDA PEÑA	DR. IVAN TORRES GAMARRA	SUSANA TORRES VILLEGAS	DRA. HAYDEE CENTENO FLORES	LIC. DELMA CONDORI LUQUE
	ANA BARRANTES LIMAHUAYA	OBST. JANEHT ALVAREZ	MARLENE QUIRQUIHUAÑA PALOMINO	LOURDES MAMANI LIMAHUAYA		MERCEDES SOSA
	LUZVI DUEÑAS CARPIO					
8. ATENCION EXTRAMURAL	ANTONIETA RINA MURILLO FLORES	DRA. LEIS MEJIA ACEVEDO	MONICA REVUELTA ZELAYA	LOURDES MAMANI LIMAHUAYA	DRA. HAYDEE CENTENO FLORES	LIC. MARIS LUNA LLAMOCA
		LIC. CARLA CHAVEZ RODRIGUEZ	OMAR CASAPIA TEJADA	LUZ MARINA CALCINA DIAZ		LIC. KELLY CORNEJO CACERES
9. ATENCION DE HOSPITALIZACION				NO APLICA		
10. ATENCION DE EMERGENCIA	JARLY APAZA SILVA	LIC. SONIA PUMALUNTO CCARI	MONICA REVUELTA ZELAYA	SUSANA TORRES VILLEGAS	DRA. HAYDEE CENTENO FLORES	LIC. EDITH TUPAC MAMANI
	GLADYS CHAMBI CONDORI	LIC JUDITH CANAZAS GUTIERREZ	MARLENE QUIRQUIHUAÑA PALOMINO			PSICOLOGO MARCOS MERMA VALVERDE
		RUBEN ORTIZ CCARI	PAOLA VIZCARRA VIZCARRA			PSQ. MARTIN CARPIO
13. ATENCION DE APOYO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	ROSARIO FLORES LUQUE	DRA. YENI CASTILLO DELGADO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	LIC. DELMA CONDORI LUQUE
	RICARDA ALEJANDRINA MEDINA RAMOS	BLGA. GLENY MARTINEZ SALAS				LIC. EDITH JENNY TUPAC MAMANI
						LIC. MERCEDES SOSA CARDENAS
						SOFIA TIPULA CONDORI
14.ADMISSION Y ALTA	JOSE LUIS ALFARO PUMA	TEC. ENF UIZ MARINA ESPINOZA	CLAUDIO TANCO URDAY	NIDIA VARGAS TORRES	FELICITAS PUMA CHAMBI	TEC ENFERMERIA ROXANA CAHUAPAZA MAYTA
	JOSE ALBERTO HUAHUACHAMPI COLLANQUI	CLAUDIA FULLANO ZEA	JUNIOR LLAMOCA MENDOZA	VANESA ROCIO MAMANI MAMANI		JOSE LUIS ARIAS LUPO
						CARMEN MERCEDES LIMA APAZA
15. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	NANCI CHOQUE MAMANI	NIDMA ROMERO CABRERA	JUNIOR LLAMOCA MENDOZA	JULIO TICONA URURI	DRA. HAYDEE CENTENO FLORES	ZULMA DIAZ PAREDES
			CARMEN QUISPPE MACHACA			
16. GESTION DE MEDICAMENTOS.	SANDRA TORRES GUTIERREZ	EVA LEONOR TORRES	BLANCA PUMA VALENCIA	AIDA LUNA VARGAS	SUSAN MANCHA CUTIPA	Q.F. VERONICA DEL CARPIO MANCHEGO
		FAUSTINA ZAPANA ALDUDE	CAARMEN CHAVEZ MACEDO			
17.GESTION DE LA INFORMACION	MIRIAM CURASI AUCAPIÑA	DR. MIGUEL CALDERON CRUZ	MARIA ISABEL ZAPATA PINTO	VANESA ROCIO MAMANI MAMANI	GUSTAVO LOAYZA ZANDOVAL	TEC. ADMINISTRATIVO ZULMA DIAZ PAREDES
	NANCI CHOQUE MAMANI	NIDMA ROMERO	CLAUDIO TANCO URDAY			GISEL AGRAMONTE BARRIGA
			DR. IVAN TORRES GAMARRA			
18. DESCONTAMINACIÓN LIMPIEZA DESINFECCION ESTERILIZACIÓN	HENRY VENTURA	EUSEBIO CHIRIO COLQUE	VILAMA NUÑONCA AROSQUIPA	NIDIA VARGAS TORRES	GLADYS CRUZ MAMANI	NANCY VARGAS MACEDO
	ELIZABETH LIMAHUAYA	SIXTO ARCE APAZA	CARMEN QUISPPE MACHACA	VANESA MAMANI MAMANI		
		HILDA MACHACA PARI	MARY SOTO ELGUERA			
19. MANEJO DE RIESGO SOCIAL	ANTONIETA RINA MURILLO FLORES	LIZ MARINA ESPINOZA TAPIA	BETY BECERRA BARRIGA	LOURDES MAMANI LIMAHUAYA	GLADYS CRUZ MAMANI	LIC. KELLY CORNEJO CACERES
		EVA TORRES ABARCA	CARMEN QUISPPE MACHACA			LIC. MARIS LUNA LLAMOCA
		FANY CAYRA FALCON				NELY TRELLES PEREZ
20. NUTRICION Y DIETETICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
21 GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES	YESY QUISPPE VALVERDE	HILDA MACHACA PARI	CARMEN QUISPPE MACHACA	LUIS TANCO CANAZA	FELICITAS PUMA CHAMBI	Q. F. VERONICA DEL CARPIO MANCHEGO
	SANDRA TORRES GUTIERREZ		IVAN TORRES GAMARRA	AIDA LUNA VARGAS		JOSE LUIS ARIAS LUPO
22 GESTION DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA	YESI QUISPPE VALVERDE	HILDA MACHACA PARI	CARMEN QUISPPE MACHACA	LUIS TANCO CANAZA	FELICITAS PUMA CHAMBI	Q. F. VERONICA DEL CARPIO MANCHEGO
	JOSE HUAHUACHAMPI		IVAN TORRES GAMARRA	AIDA LUNA VARGAS		JOSE LUIS ARIAS LUPO

## VI INDICADORES 2025

Nº	PROCESO	ESTANDAR	INDICADOR	FORMULA	PERIODO	FUENTE	UMBRA L	REFERENCIA NORMATIVA	CATEG ORIA	RESPON SABLE
1	ACREDITACION	Todos los Establecimientos de Salud realizan la autoevaluación	Porcentaje de establecimientos de salud que han realizado la autoevaluación	$\frac{\text{Nº de Establecimientos de Salud que han realizado la Autoevaluación}}{\text{Total Establecimientos de Salud que pertenecen a la Red Arequipa Caylloma}}$	Anual	Reporte del aplicativo de Acreditación, de los establecimientos de salud que han realizado la autoevaluación	75%	R.M. 456-2007-.NTS de Acreditación 050-MINSA/DGSP-V.02	I-1 a II - 1	Oficina de Calidad
2		Todos los Establecimientos de Salud han aprobado la Autoevaluación	Porcentaje de Establecimientos de Salud que han aprobado la Autoevaluación	$\frac{\text{Nº de Establecimientos de Salud que han aprobado la Autoevaluación}}{\text{Total Establecimientos de Salud que pertenecen a la Microred Ciudad Blanca}}$	Anual	Reporte del aplicativo de Acreditación que han realizado la autoevaluación	75%	R.M. Nº 727-2009/MINSA, "Política Nacional de Calidad"		

