



Resolución Jefatural

Arequipa, 30 de Junio del 2026

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 2026** 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 promover 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”.

Qué, 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 Auditoria en Salud y Comité de Auditoria Medica.



Qué, mediante R.M.Nº456-2007/MINSA del 04 de junio del 2007 se aprobó la NTS N° 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 2026.

ARTÍCULO 2º.- El presidente del **Comité de Autoevaluación** velara 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



GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCION RED DE SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA
MICRO RED DE SALUD CIUDAD BLANCA
Luis A. Gaona Zaballos
COP 10010
JEFE DE MICRO RED

LAGZ/AESC/kcb.

Cc. Archivo

Cc. Interesado

PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN MICRORED CIUDAD BLANCA 2026

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° 28842 "Ley General de Salud"
- Ley N° 27657 "Ley del Ministerio de Salud"
- D.S. N° 03- 2006-SA "Reglamento de Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo.
- R.M. N° 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 2026																			
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	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							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 incluya acciones implementadas.								X							Gestión de la calidad
10	Socialización de Resultados	Infór/ 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		x		X			Gestión de la calidad

CRONOGRAMA DEL PLAN DE AUTOEVALUACION 2026																			
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								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 incluya acciones implementadas.							X	X							Gestión de la calidad
9	Socialización de Resultados	Infór/ 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 2026																					
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 delPlan 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									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	Informe/ 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 2026																					
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											Gestion de la calidad	
2	Reporte de inicio de la autoevaluación	oficio	1	oficio con formato de inicio de autoevaluación					X											Gestion de la calidad	
3	Cronograma de actividades por macroprocesos	informe	1	formato de cronograma						X										Gestion de la calidad	
4	Capacitación en los diferentes macroprocesos	informe	1	informe						X										Gestion de la calidad	
5	Listado de estandares	libro	1	libro de estandares de acuerdo a la categoría del EESS						X										Gestion de la calidad	
6	Aplicación del listado de estandares	libro	1	Listado con datos							X									Gestion de la calidad	
7	Procesamiento de Datos	digitación	1								X	X								Gestion de la calidad	
8	Evaluación y análisis de los resultados	informe	1	informe donde se incluye acciones implementadas							X	X								Gestion de la calidad	
9	Socialización de Resultados	Informe/ Actas	1	Informe/ actas.								X								Gestion de la calidad	
10	Elevar los resultados a nivel superior	oficio	1	oficio con firma de recepción								X								Gestion de la calidad	
11	Acciones de mejora implementadas	informe	1	ver el avance del último informe encontrado.											X					Gestion 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			Gestion de la calidad	

CRONOGRAMA DEL PLAN DE AUTOEVALUACION 2026																					
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 delPlan Operativo Anual de Autoevaluación y Acreditación	Cronograma	1	Plan elaborado					X											Gestion de la calidad	
2	Reporte de inicio de la autoevaluación	oficio	1	oficio con formato de inicio de autoevaluación					X											Gestion de la calidad	
3	Cronograma de actividades por macroprocesos	informe	1	formato de cronograma						X										Gestion de la calidad	
4	Capacitacion en los diferentes macroprocesos	informe	1	informe						X										Gestion de la calidad	
5	Listado de estandares	libro	1	libro de estandares de acuerdo a la categoría del EESS						X										Gestion de la calidad	
6	Aplicación del listado de estandares	libro	1	Listado con datos							X									Gestion de la calidad	
7	Procesamiento de Datos	digitación	1								X	X								Gestion de la calidad	
8	Evaluación y analisis de los resultados	informe	1	informe donde se incluye acciones recomendadas							X	X								Gestion de la calidad	
9	Socialización de Resultados	Informe/ Actas	1	Informe/ actas.								X								Gestion de la calidad	
10	Elevar los resultados a nivel superior	oficio	1	oficio con firma de recepción								X								Gestion de la calidad	
11	Acciones de mejora implementadas	informe	1	ver el avance del ultimo informe encontrado.										X						Gestion 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				Gestion de la calidad	

CRONOGRAMA DEL PLAN DE AUTOEVALUACION 2026																					
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 delPlan Operativo Anual de Autoevaluación y Acreditación	Cronograma	1	Plan elaborado				X	X											Gestion de la calidad	
2	Reporte de inicio de la autoevaluación	oficio	1	oficio con formato de inicio de autoevaluación					X											Gestion de la calidad	
3	Cronograma de actividades por macroprocesos	informe	1	formato de cronograma						X										Gestion de la calidad	
4	Capacitación en los diferentes macroprocesos	informe	1	informe						X										Gestion de la calidad	
5	Listado de estandares	libro	1	libro de estandares de acuerdo a la categoría del EESS						X										Gestion de la calidad	
6	Aplicación del listado de estandares	libro	1	Listado con datos							X									Gestion de la calidad	
7	Procesamiento de Datos	digitación	1								X	X								Gestion de la calidad	
8	Evaluación y analisis de los resultados	informe	1	informe donde se incluye acciones recomendadas							X	X								Gestion de la calidad	
9	Socialización de Resultados	Informe/ Actas	1	Informe/ actas.								X								Gestion de la calidad	
10	Elevar los resultados a nivel superior	oficio	1	oficio con firma de recepción								X								Gestion de la calidad	
11	Acciones de mejora implementadas	informe	1	ver el avance del ultimo informe encontrado.										X						Gestion 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				Gestion de la calidad	

VIII. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS MICRORED CIUDAD BLANCA 2026						
MACROPROCESO	RESPONSABLES DE LOS MACROPROCESOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS					
	C.S. CIUDAD BLANCA	C.S. SAN JUAN	P.S. ISRAEL	P.S. ALTO JESUS	P.S. VILLA JESUS	CENTRO SALUD MENTAL AYLEN
1.DIRECCIONAMIENTO	LUIS GAONA ZEBALLOS KATHERINE CUADROS BERNAL	EDUARDO BORDA PEÑA	CD JULISSA OCOLA LINARES	OBST LUZ MARINA CALCINA DIAZ	ODONTOLOGO LOAYZA SANDOVAL GUSTAVO	PSICOLOGO JOSELUIS ARIAS LUPO
2. GESTION DE RECURSOS HUMANOS	LUIS GAONA ZEBALLOS	EDUARDO BORDA PEÑA	CD JULISSA OCOLA LINARES	OBST LUZ MARINA CALCINA DIAZ	OBSTETRA VARELY ANDIA MENDOZA	PSICOLOGA VANESA FARFAN LOPEZ
3. GESTION DE LA CALIDAD	ARTURO SALAZAR CUPU	EDUARDO BORDA PEÑA	CD JULISSA OCOLA LINARES	OBST LUZ MARINA CALCINA DIAZ	OBSTETRA MELIDA NAVINTA TOVAR	LIC.KELLY CORNEJO CACERES
	ANTONIETA RINA MURILLO FLORES	DORIA NUÑEZ RAMAYO		CD LUIS ANGEL TANCO CANAZA		PSICOLOGO JOSELUIS ARIAS LUPO
	KATHERINE CUADROS BERNAL					
	LUIS GAONA ZEBALLOS					
4. MANEJO DE RIESGO DE ATENCION	FERNANDO RAMOS PACHECO	GLENNY MARTINEZ SALAS	TEC ENF CARMEN QUISPE MACHACA	TEC ENF DEISI MARIA TUERO COAQUIRA	DRA HAYDEE CENTENO FLORES	ENFERMERA MERCEDES SOSA CARDENAS
	ANDREA CUNO ZAMATA	YENY CASTILLO TEJADA	TEC. ENF. MONICA CASTILLO QUICO	TEC. ENF. NIDIA MARIA VARGAS TORRES		PSICOLOGO JOSELUIS ARIAS LUPO
	ANA BARRANTES LIMAHUAYA					
5. GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	ARTURO SALAZAR CUPU	MIGUEL CALDERON CRUZ	TEC. ENF MONICA CASTILLO QUICO	CD CARLOS BENIGNO SALAZAR CUPU	ODONTOLOGO LOAYZA SANDOVAL GUSTAVO	PSICOLOGA MARIA CARDENAS POMALEQUE
	LUIS GAONA ZEBALLOS		TEC. ENF. ISABEL PURGUAYA CHOQUE	TEC. ENF. NIDIA MARIA VARGAS TORRES		
6. CONTROL DE GESTION Y PRESTACION	ARTURO SALAZAR CUPU	MARIA ELENA TORRES ARENAS	AUX. ASIST SONIA TICONA MESTAS	TEC AUX. ARMANDO ALCIDES MAMANI MAMANI	ODONTOLOGO LOAYZA SANDOVAL GUSTAVO	PSICOLOGO JOSELUIS ARIAS LUPO
	FERNANDO RAMOS PACHECO	DORIA NUÑEZ RAMAYO				LIC. KELLY CORNEJO CACERES
7. ATENCION AMBULATORIA	FERNANDO RAMOS PACHECO	EDUARDO BORDA PEÑA	LIC. MARLENI QUIRQUIHUANA PALOMINO	LIC. LOURDES SORAIDA MAMANI LIMAHUAYA	DRA HAYDEE CENTENO FLORES	PSICOLOGO JOSELUIS ARIAS LUPO
	ANA BARRANTES LIMAHUAYA	SONIA PUMALUMPO CCARI	CD MARIA ISABEL ZAPATA PINTO			PSICOLOGO ANDRES ROJAS BUSTOS
	LUZV DUEÑAS CARPIO					LIC. LUZ SEJE CHAMBI
						LIC. MARLIS LUNA LLAMOCA
8. ATENCION EXTRAMURAL	ANTONIETA RINA MURILLO FLORES	LELIS MEJIA GUERRERO	LIC. SARITA PORRAS	LIC. LOURDES SORAIDA MAMANI LIMAHUAYA	TEC.ENFERMERIA PUMA CHAMBI FELICITAS	LIC. MARLIS LUNA LLAMOCA
			OBST. BETTY BECERRA BARRIGA	OBST LUZ MARINA CALCINA DIAZ	TEC. ENFERMERIA EUFEMIA CALZAYA MAMANI	LIC. KELLY CORNEJO CACERES
9. ATENCION DE HOSPITALIZACION	NO APLICA		NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
10. ATENCION DE EMERGENCIA	JARLY APAZA SILVA	RUBEN ORTIZ CARI	LIC. MARY SOTO ELGUERA	LIC. SUSANA YOLANDA TORRES VILLEGAS	DRA HAYDEE CENTENO FLORES	M.F. CARMEN LIMA APAZA
	GLADYS CHAMBI CONDORI	MARIA JUDITH CANAZAS GUTIERREZ			ENFERMERA OTILIA PAZ ALI	LIC. LUZ SEJE CHAMBI
					ENFERMERA DAYANA CHILQUE ZUNA	PSICOLOGA ANDRES ROJAS BUSTOS
13. ATENCION DE APOYO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	ROSARIO FLORES LUQUE	GLENNY MARTINEZ SALAS	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	LIC. DELMA CONDORI LUQUE
	RICARDA ALEJANDRINA MEDINA RAMOS	YENY CASTILLO TEJADA				LIC. EDITH JENNY TUPAC MAMANI
						LIC. SOFIA TIPULA CONDORI
						LIC. LUZ SEJE CHAMBI
						LIC. MERCEDES SOSA CARDENAS
14. ADMISION Y ALTA	JOSELUIS ALFARO PUMA	CLAUDIA FULLANO SEA	TEC ENF. MONICA CASTILLO QUICO	TEC ENF. NIDIA MARIA VARGAS TORRES	TEC. ENFERMERIA MONICA CHUCTAYA TUNQUIPA	TEC. ENFERMERIA ROXANA CAHUAPAZA MAYTA
	SEVINCHA MORALES ROSMERY	ROXANA ROSADO GUZMAN	TEC ENF. CLAUDIA TANCO URDAY	TEC ENF. DEISI MARIA TUERO COAQUIRA		
15. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	NANCI CHOQUE MAMANI	NIDMA ROMERO CABRERA	TEC. ENF CARMEN QUISPE MACHACA	CD LUIS ANGEL TANCO CANAZA	DRA HAYDEE CENTENO FLORES	GISELLY AGRAMONTE BARRIGA
16. GESTION DE MEDICAMENTOS.	SANDRA TORRES GUTIERREZ	FUSTINA ZAPANA ALDUDE	TEC ENF. BLANCA PUMA DE VALENCIA	TEC ENF. AIDA LUNA VARGAS	TEC. ENFERMERIA SUSAN MANCHA CUTIPA	Q.F. VERONICA DEL CARPIO MANCHEGO
17. GESTION DE LA INFORMACION	MIRIAM CURASI AUCAPIÑA	NIDMA ROMERO CABRERA	AUX. ASIST SONIA TICONA MESTAS	TEC AUX. ARMANDO MAMANI MAMANI	ANGELA VIZCARRA PEÑALVA	GISEL AGRAMONTE BARRIGA
	NANCI CHOQUE MAMANI					
18. DESCONTAMINACIÓN LIMPIEZA DESINFECCION ESTERILIZACION	HENRY VENTURA	HILDA MACHACA PARI	TEC. ENF CLAUDIA TANCO URDAY	TEC ENF. NIDIA VARGAS TORRES	ISRAEL CURASI TRIVIRO	NANCY VARGAS MACEDO
	ELIZABETH LIMAHUAYA	SIXTO ARCE APAZA	AUX. ASIST VILMA NUNONCA AROQUIPA			
19. MANEJO DE RESGO SOCIAL	ANTONIETA RINA MURILLO FLORES	CLAUDIA FULLANO SEA	OBST. BETTY BECERRA BARRIGA	LIC. LOURDES SORAIDA MAMANI LIMAHUAYA	TEC. ENFERMERIA EUFEMIA CALZAYA MAMANI	LIC. MARLIS LUNA LLAMOCA
			TEC. ENF CARMEN QUISPE MACHACA			LIC. KELLY CORNEJO CACERES
						LIC. 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	INGA VERA ELAR JESUS	EDUARDO BORDA PEÑA	TEC. ENF. MONICA CASTILLO QUICO	TEC. AUX. ARMANDO MAMANI MAMANI	TEC. ENFERMERIA PUMA CHAMBI FELICITAS	PSICOLOGO JOSELUIS ARIAS LUPO
	SANDRA TORRES GUTIERREZ	HILDA MACHACA PARI	TEC ENF. BLANCA PUMA DE VALENCIA	TEC ENF. AIDA LUNA VARGAS		Q. F. VERONICA DEL CARPIO MANCHEGO
22. GESTION DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA	INGA VERA ELAR JESUS	EDUARDO BORDA PEÑA	AUX. ASIST SONIA TICONA MESTAS	TEC. AUX. ARMANDO MAMANI MAMANI	ODONTOLOGO LOAYZA SANDOVAL GUSTAVO	PSICOLOGO JOSELUIS ARIAS LUPO
	LUIS GAONA ZEBALLOS	HILDA MACHACA PARI				Q. F. VERONICA DEL CARPIO MANCHEGO

VI INDICADORES 2026

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"		

