



## RESOLUCION JEFATURAL

Arequipa, 31 de enero del 2026

En el uso de las facultades conferidas mediante Resolución Directoral Nro. 0417-2025-GRA/GRS/GR-RSAC-D-OPPD-I-J-CGCLAS donde se designa las funciones de jefe de la microred socabaya a partir del 30 de junio del 2025 y visto el documento N°005-2026-CALIDAD del responsable de calidad en salud de la MR. Socabaya, donde solicita la emisión de Resolución de Aprobación del **"Plan del proceso de acreditación y autoevaluación de los establecimientos de salud MR. Socabaya para el periodo 2026;**

### 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 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 e implementación de la garantía y mejoramiento de la calidad de auditoría en la atención en salud;

Que, mediante R.M. N° 456-2007/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;

La Gerencia de la Micro red Socabaya, **dispone la emisión de la R.J. de aprobación del "Plan del proceso de acreditación y autoevaluación de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo" de la MR. Socabaya para el periodo 2026;**



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA  
MICRORED DE SALUD SOCABAYA

Nro. 008-2026-GRA/GRS/GR-RSAC-D-MRS.SMS-J



## RESOLUCION JEFATURAL

Arequipa, 31 de enero del 2026

### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO 1º.** - Aprobar, el "Plan del proceso de acreditación y autoevaluación de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo el cual consta de 11 folios para el período 2026 de la Micro Red Socabaya.

**ARTICULO 2º.** - El presente Plan es de utilidad para el cumplimiento del comité de auto evaluadores y apoyo técnico de los equipos evaluadores internos, de la jurisdicción, apoyo en todo el proceso de las actividades programadas bajo estricta responsabilidad administrativa.

**ARTÍCULO 4º.** - Encargar al responsable de personal la notificación de la presente resolución.

**ARTÍCULO 5º.** -Disponer la publicación de la presente resolución en el portal institucional de la red de salud Arequipa Caylloma.

REGISTRESE Y COMUNIQUESE



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
DIRECCION RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA  
MICRO RED DE SALUD DE SOCABAYA

Dr. C.D. Miguel Angel Lizarraga Ugarte  
JEFE DE LA MICRO RED DE SOCABAYA

MLU/rsfd  
C.c arch.



GOBIERNO REGIONAL

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA

# **PLAN DE AUTOEVALUACION DE LA MICRORED SOCABAYA**

## **AÑO 2026**

## PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACION DE LA MICRORED DE SALUD SAN MARTIN DE SOCABAYA AÑO 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. JUSTIFICACION:

Contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los Centros de salud de Socabaya como los Puestos de Salud, como establecimientos del primer nivel de atención, cuenten 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, a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.

### IV. ALCANCE:

El presente plan tendrá alcance al 100% en los establecimientos como Nivel I. 3 que son los Centros de Salud, y I.2 que son los Puestos de salud. de la Micro red Socabaya de la Red de Salud Arequipa Caylloma.

## 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 Específicas:

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:

Es la Unidad funcional designado oficialmente por la Jefatura del Centro de Salud San Martin de Socabaya y Gerente de Microred Dr. Miguel Ángel Lizárraga Ugarte.

La Coordinación la realizaran los responsables de calidad de cada establecimiento de salud, quienes van a formular el plan de autoevaluación, monitorearlo en su ejecución y finalizado el proceso elaboraran el informe técnico de autoevaluación.

Finalizado el informe se eleva a la gerencia de la Microred con un oficio.

### Equipo de Evaluadores Internos

Son los profesionales de la salud y/o técnicos asistenciales y administrativos de los Centros de Salud y los puestos de Salud, responsables de macro procesos.

El evaluador interno es el 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. FECHA DE INICIO DE AUTOEVALUACION: Cuadro N° 1

|   | ESTABLECIMIENTOS<br>M.R.                       | CATEGORIA | FECHA DE<br>INICIO | FECHA FINAL     | N° de<br>Resolución                   |
|---|------------------------------------------------|-----------|--------------------|-----------------|---------------------------------------|
| 1 | CENTRO DE SALUD SAN<br>MARTIN DE SOCABAYA      | I.3       | 1° de<br>AGOSTO    | 31 DE<br>AGOSTO | Resolución<br>Jefatural N°<br>0004-26 |
| 2 | CENTRO DE SALUD 4<br>DE OCTUBRE                | I.3       | 1° de<br>AGOSTO    | 31 DE<br>AGOSTO | Resolución<br>Jefatural N°<br>0004-26 |
| 3 | CENTRO DE SALUD SAN<br>FERNANDO DE<br>SOCABAYA | I:3       | 1° de<br>AGOSTO    | 31 DE<br>AGOSTO | Resolución<br>Jefatural N°<br>0004-26 |

|   |                                   |     |              |              |                                 |
|---|-----------------------------------|-----|--------------|--------------|---------------------------------|
| 4 | CENTRO DE SALUD MENTAL            | I.3 | 1° de AGOSTO | 31 DE AGOSTO | Resolución Jefatural N° 0004-26 |
| 5 | PUESTO DE SALUD CIUDAD MI TRABAJO | I.2 | 1° de AGOSTO | 31 DE AGOSTO | Resolución Jefatural N° 0004-26 |
| 6 | PUESTO DE SALUD LARA              | I.2 | 1° de AGOSTO | 31 DE AGOSTO | Resolución Jefatural N° 0004-26 |
| 7 | PUESTO DE SALUD CERRO SALAVERRY   | I.2 | 1° de AGOSTO | 31 DE AGOSTO | Resolución Jefatural N° 0004-26 |
| 8 | PUESTO DE SALUD HORACIO ZEBALLOS  | I.2 | 1° de AGOSTO | 31 DE AGOSTO | Resolución Jefatural N° 0004-26 |

#### VIII.- EQUIPO RESPONSABLE

**PRESIDENTE :** Dr. Miguel Ángel Lizárraga Ugarte

**SECRETARÍA :** Nut. Karim Julieta Ramos Ninantay

**VOCALES :** Jefes de los establecimientos de Salud de la Microred San Martín de Socabaya

- |                                             |                                 |
|---------------------------------------------|---------------------------------|
| • MC. Edwin Bravo Zuñiga                    | Responsable del CS 4 de octubre |
| • T.S. Maribel Yanque Anconaira             | Responsable del CS San Fernando |
| • Psic. Mg. Carmen Ofelia Santos Zapana     | Responsable del CSMC Socabaya   |
| • Obsta. Zaida Apaza Fuentes Trabajo        | Responsable del PS. Ciudad Mi   |
| • MC. Mario Quiñones León                   | Responsable del PS. Lara        |
| • Nut. Rosa Ninasivinha Soria               | Responsable del PS. Salaverry   |
| • MC. Rosa Marleni Vera Vera Zeballos Gámez | Responsable del PS. Horacio     |

**IX.- RECURSOS HUMANOS:** Responsables de los Macro procesos

**CUADRO N° 2 DE LOS RESPONSABLES DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION EN CENTROS DE SALUD**

| MACROPROCESOS      | CENTRO DE SALUD SAN MARTIN DE SOCABAYA | CENTRO DE SALUD 4 DE OCTUBRE | CENTRO DE SALUD SAN FERNANDO  | CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO     |
|--------------------|----------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|
| 1.DIRECCIONAMIENTO | Dr. Miguel Angel Lizárraga Ugarte      | Dr. Edwin Bravo Zúñiga       | A.S. Maribel Yanque Anconaira | Psic. Mg., Carmen Ofelia Santos Zapana |

|                                                |                                   |                                           |                                 |                                       |
|------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| 2.GESTION DE RECURSOS HUMANOS                  | Lic. Galdys Ortiz Masco           | CD. Sheyla Guillen Apaza                  | Psic. Linda Monroy Muñoz        | Sr. David Quiroz Nieto                |
| 3.GESTION DE LA CALIDAD                        | Nut. Karim Julieta Ramos Ninantay | C.D. Roxana Morante Chipana               | Enf. Shirley Dávalos Supo       | QF. Raúl Roberto Frisancho Cervantes  |
| 4. MANEJO DE RIESGO DE ATENCION                | MC. Carmen Elena Solís Pezo       | M.C. Lorena Vásquez Guillén               | M.C. Erika Treviño Mariño       | Psic. Virginia Guadalupe Ramos Sosa   |
| 5.GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES          | QF. Fanny Elizabeth Rivera Salas  | M.C. Edwin Cesar Bravo Zúñiga             | M.C. Luz Palma Chambilla        | Psic Raúl Roberto Fajardo Ramírez     |
| 6.CONTROL DE GESTION Y PRESTACION              | MC. Carmen Elena Solís Pezo       | Obsta. Lourdes Patricia Huaquipaco Torres | M.C. Erika Treviño Mariño       | Psic Mg. Carmen Ofelia Santos Zapana  |
| 7.ATENCION AMBULATORIA                         | CD. Amet Flores Vásquez           | M.C. Elizabeth Valderrama Ojeda           | M.C. Erika Treviño Mariño       | M.C. Johanny Ancise Manrique Mendoza  |
| 8.ATENCION EXTRAMURAL                          | TS Sandra Aquise Sucapuca         | TS Lourdes León Meza                      | Obsta Obdulia Pauca Rodríguez   | -                                     |
| 10. ATENCION DE EMERGENCIA                     | M.C. Yuli Pinto Apaza             | M.C. Daniela Bedregal Albarracín          | M.C. Luz Palma Chambilla        | M.C. Johanny Manrique Mendoza         |
| 13.ATENCION DE APOYO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO | Biol. Rocio Chacón Chua           | Biol. Biviana Huanca Huisa                | Biol. Kevin Huamán Morales      | -                                     |
| 14. ADMISION ALTA                              | Tec. Adm. Ivan Rene Zubia Palza   | T.S. Giovana Espinoza Mantilla            | Tec. Enf. Juana Pinto Hacha     | Tec. Enf. Roxana Veronica Lima Quille |
| 15.REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA               | M.C. Carmen Elena Solís Pezo      | M.C. Daniela Bedregal Albarracín          | M.C. Erika Treviño Mariño       | Lic. Yulissa Machaca Quico            |
| 16.GESTION DE MEDICAMENTOS                     | QF. Fanny Rivera Salas            | QF. Luz Marina Apaza Mamani               | Tec. Enf. Edith Zamalloa García | QF. Raaúl Roberto Frisancho Cervantes |

|                                                          |                                  |                                           |                               |                                   |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 17.GESTION DE LA INFORMACION                             | Tec. Asist.Karla Vilca Luna      | Obsta. Lourdes Patricia Huaquipaco Torres | Sr. Bryan Naveda Soto         | Tec. Adm. Luz Marina Nina Maquera |
| 18.DESCONTAMINACION LIMPIEZA DESINFECCION ESTERILIZACION | Med. Vet. David Quenta Quilla    | I.S. Arturo Álvarez la Torres             | Tec. Betty Vega Cuno          | Sra. Lucy Hualpa Quispe           |
| 19. MANEJO DE RIESGO SOCIAL                              | T.S. Judith Cueva García         | T.S. Lourdes León Meza                    | T.S. Maribel Anconaira Yanque | T.S. Marleny Dora Chávez Rojas    |
| 21.GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES                       | Tec. Enf. Kehisy Lajo Quequezana | Tec.San. Pedro Jacobo Bustinza            | Tec. Enf. Juana Pinto Hacha   | Tec. Adm. Luz Marina Nina Maquera |
| 22.GESTION DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA                  | Tec. Enf. Kehisy Lajo Quequezana | Tec.S. Pedro Jacobo Bustinza              | Tec. Enf. Juana Pinto Hacha   | Tec. Adm. Luz Marina Nina Maquera |

**CUADRO N° 3 DE LOS RESPONSABLES DE AUTOEVALUACION EN LOS PUESTOS DE SALUD**

| MACROPROCESOS                         | PUESTO DE SALUD CIUDAD MI TRABAJO | PUESTO DE SALUD SALAVERRY      | PUESTO DE SALUD LARA                | PUESTO DE SALUD DE HORACIO ZEVALLOS GAMEZ |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|
| 1.DIRECCIONAMIENTO                    | Obs. Zaida Apaza Fuentes          | Nut. Rosa Ninasivincha Soria   | Dr. Mario Quiñones León             | M.C. Marleni Vera Vera                    |
| 2.GESTION DE RECURSOS HUMANOS         | T.S. Jacqueline Alosilla Ochoa    | Enf. Marilyn Walde Vela        | C.D. Roxana Apaza Hilary            | Obs. Lorena Portugal Portugal             |
| 3.GESTION DE LA CALIDAD               | Obs. Mónica Mesías Eguluz         | Nut. Rosa Ninasivincha Soria   | Dr. Mario Quiñones León             | CD. Jenny Menéndez García                 |
| 4. MANEJO DE RIESGO DE ATENCION       | LicLuis Ccama Trujillo            | M.C. Jovanna Alejo Alvarado    | M.C. Lady Maryorie Zabria Arohuanca | Dra. Rosa Marleni Vera Vera               |
| 5.GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES | Lic. Enf. Aracely Acosta López    | Lic. Ivon Reaño Cruz           | M.C. Lady Maryorie Zabria Arohuanca | Tec. Enf. Yenny Barreda Gallegos          |
| 6.CONTROL DE GESTION Y PRESTACION     | Obs. Zaida Luz Apaza Fuentes      | M.C. Lidia Narby Medina Rosado | Dra. Andy Hilaquita Chuquihuilca    | Lic. Rocio Aldazabal Rivera               |
| 7.ATENCION AMBULATORIA                | M.C. Deyssy Chirinos Llerena      | M.C. Jovanna Alejo Alvarado    | M.C. Lady Maryorie Zabria Arohuanca | -                                         |

|                                                        |                                          |                                    |                                         |                                  |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|
| <b>8. ATENCION EXTRAMURAL</b>                          | AS. Jacqueline Alosilla Ochoa            | Obs. Heily Contreras Velasco       | Lic. Enf. Elizabeth Ortiz de Orue Solis | AS. Candelaria Vargas Rivas      |
| <b>10. ATENCION DE EMERGENCIA</b>                      | Dra. Lucy Calcina Mamani                 | Dra. Narby Medina Rosado           | Dr. Mario Quiñones León                 | Dra. Rosa Marleni Vera Vera      |
| <b>13. ATENCION DE APOYO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO</b> | -                                        | -                                  | -                                       | Biol. Patricia Viveros Flores    |
| <b>14. ADMISION Y ALTA</b>                             | Tec. Enf. Anais Ugarte Chire             | Tec. Enf. Nelly Sacsi Huamani      | Tec. Enf. Carola Herrera Retamozo       | Lic. Sandra Salas Arias          |
| <b>15. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</b>               | Dra. Lucy Calcina Mamani                 | Dra. Narby Medina Rosado           | M.C. Rosa Estela Vargas Aquise          | Dra. Rosa Marleni Vera Vera      |
| <b>16. GESTION DE MEDICAMENTOS</b>                     | Tec. Enf. Maria Soledad Saravia Carrillo | Tec. Enf. Marisol Espinoza Huacasi | Tec. Enf. Natalia Aucalle Mamani        | Tec. Enf. Yenny Barrera Gallegos |
| <b>17. GESTION DE LA INFORMACION</b>                   | Tec. Inf. Yamileth Curasi Auccapiña      | Tec. Adm. Norma Mendoza Murillo    | Tec. Adm. Liliana Arviri Choque         | Tec. Adm. Liliana Arviri Choque  |
| <b>19. MANEJO DE RIESGO SOCIAL</b>                     | TS. Jaqueline Alosilla Ochoa             | -                                  | -                                       | TS Candelaria Vargas Rivas       |
| <b>21. GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES</b>             | Tec. Enf. Maria Soledad Carrillo         | Tec. Enf. Nelly Sacsi Huamani      | Tec. Enf. Dinot Margot Salas Medina     | Tec. Enf. Yenny Barrera Gallegos |
| <b>22. GESTION DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA</b>        | Tec. Enf. Maria Soledad Carrillo         | Tec. Enf. Nelly Sacsi Huamani      | Tec. Enf. Dinot Margot Salas Medina     | Tec. Enf. Yenny Barrera Gallegos |

#### **X.- RECURSOS MATERIALES**

- 1.-Formatos para aplicar las encuestas de satisfacción del usuario a realizarse en el mes de julio 26
- 2.-Listado de acreditación es estándares de calidad, para el nivel de establecimientos 1,3 y 1,2
- 3.-Anexo 8 GEVI.
- 4.-Evidencias de las actividades que se van realizando de cada macro proceso como fotos y documentos.

#### **XI.- RECURSOS FINANCIEROS:** Recursos propios de cada establecimiento

#### **XII.- INFORME FINAL DE AUTOEVALUACION.**

### XIII.- INDICADORES

| Nº | PROCESO      | ESTANDAR                                                           | INDICADOR                                                                   | FORMULA                                                                                                                                                                     | PERIO<br>DO | FUENTE                                                                                                       | UMBRA<br>L | REFERENCIA<br>NORMATIVA                                | CATEG<br>ORIA | RESPONSABLE                                        |
|----|--------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------------------------|
| 1  | ACREDITACION | Todos los Establecimientos de Salud realizan la autoevaluación     | Porcentaje de establecimientos de salud que han realizado la autoevaluación | $\frac{\text{Nº de Establecimientos de Salud que han realizado la Autoevaluación}}{\text{Total Establecimientos de Salud que pertenecen a la Micro red Socabaya}}$          | 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.3 I.4       | De calidad de Centros de Salud y Puestos de Salud. |
| 2  |              | Todos los Establecimientos de Salud han aprobado la Autoevaluación | Porcentaje de Establecimientos de Salud que han aprobado la Autoevaluación  | $\frac{\text{Nº de Establecimientos de Salud que han aprobado la Autoevaluación}}{\text{Total Establecimientos de Salud que pertenecen a la Micro red socabaya Arequipa.}}$ | Anual       | Reporte del aplicativo de Acreditación que han realizado la autoevaluación                                   | 75%        | R.M. Nº 727-2009/MINSA, "Política Nacional de Calidad" |               |                                                    |

# XIV.- CRONOGRAMA DEL PLAN DE AUTOEVALUACION DE LA MICRORED DE SALUD SOCABAYA AÑO 2026

| COMPONENTE: GARANTIA Y MEJORA DE LA CALIDAD                                                                       |                                                                                   |           |   |      |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|---|------|---|-------|---|---|---|---------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|------|---|---|---|-------|---|--|--|
| ACTIVIDAD                                                                                                         |                                                                                   |           |   |      |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |  |  |
| 03.- Realización de autoevaluación para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo |                                                                                   |           |   |      |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |  |  |
| TAREAS                                                                                                            |                                                                                   | RESULTADO |   | META |   | ENERO |   |   |   | FEBRERO |   |   |   | MARZO |   |   |   | ABRIL |   |   |   | MAYO |   |   |   | JUNIO |   |  |  |
|                                                                                                                   |                                                                                   |           |   | 1    | 2 | 3     | 4 | 1 | 2 | 3       | 4 | 1 | 2 | 3     | 4 | 1 | 2 | 3     | 4 | 1 | 2 | 3    | 4 | 1 | 2 | 3     | 4 |  |  |
| Conformación del equipo de acreditación                                                                           | Equipo reconocido con Resolución Directoral.                                      | 1         |   |      |   | X     |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |  |  |
| Instalación del comité                                                                                            | Acta de Instalación y/ apertura.                                                  | 1         |   |      |   | X     |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |  |  |
| Elaboración del Plan de Trabajo                                                                                   | Plan aprobado con Resolución                                                      | 1         |   |      |   |       | X |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |  |  |
| Capacitación de Evaluadores internos.                                                                             | Personal Informado                                                                | 4         |   |      |   |       |   | X |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |  |  |
| Oficiar el inicio de la autoevaluación                                                                            | es de conocimiento de todos el inicio de autoevaluación                           | 1         |   |      |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |  |  |
| entrega oficial de documentos                                                                                     | EES con material recopilación de evidencias                                       | 1         | X | X    | X |       |   | X | X | X       | X | X | X | X     | X | X | X | X     | X | X | X | X    | X | X | X | X     | X |  |  |
| Consolidar los resultados de autoevaluación de los EES                                                            | evaluaciones ejecutadas                                                           | 2         | X | X    | X |       |   | X | X | X       | X | X | X | X     | X | X | X | X     | X | X | X | X    | X | X | X | X     | X |  |  |
| Socialización de resultados                                                                                       | personal informado                                                                | 1         | X | X    | X |       |   | X | X | X       | X | X | X | X     | X | X | X | X     | X | X | X | X    | X | X | X | X     | X |  |  |
| Seguimientos de las recomendaciones y/o Implementaciones de mejora                                                | EES rumbo a la acreditación                                                       | 4         | X | X    | X |       |   | X | X | X       | X | X | X | X     | X | X | X | X     | X | X | X | X    | X | X | X | X     | X |  |  |
| informe a la Red de Salud Calidad.                                                                                | Anual                                                                             | 1         |   |      |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |  |  |
| seguimiento de las recomendaciones emitidas en base a las observaciones encontradas.                              | Personal toma acciones de mejora para fortalecer y mejorar el resultado obtenido. | 12        | X | X    | X |       |   | X | X | X       | X | X | X | X     | X | X | X | X     | X | X | X | X    | X | X | X | X     | X |  |  |

**CRONOGRAMA DEL PLAN DE AUTOEVALUACION DE LA MICRORRED DE SALUD SOCABAYA AÑO 2026**

| COMPONENTE: GARANTIA Y MEJORA DE LA CALIDAD                                                                                                                           |                                                                                   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVIDAD                                                                                                                                                             |                                                                                   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 03.- Realización de autoevaluación para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo Acreditación DE IPRESS y Servicios Médicos de Apoyo |                                                                                   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| TAREAS                                                                                                                                                                | RESULTADO                                                                         | META | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Conformación del equipo de acreditación                                                                                                                               | Equipo reconocido con Resolución Directoral.                                      | 1    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Instalación del comité                                                                                                                                                | Acta de Instalación y/ apertura.                                                  | 1    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Elaboración del Plan de Trabajo                                                                                                                                       | Plan aprobado con Resolución                                                      | 1    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Capacitación de Evaluadores internos.                                                                                                                                 | Personal Informado                                                                | 4    |   |   |   |   | x |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | x |
| Oficiar el inicio de la autoevaluación                                                                                                                                | es de conocimiento de todos el inicio de autoevaluación                           | 1    | x |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| entrega oficial de documentos                                                                                                                                         | EESS con material de evidencias                                                   | 1    | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Consolidar los resultados de autoevaluación de los EESS                                                                                                               | evaluaciones ejecutadas continuas                                                 | 2    | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |   |
| Socialización de resultados                                                                                                                                           | personal informado                                                                | 1    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Seguimientos de las recomendaciones y/o Implementaciones de mejora                                                                                                    | EESS rumbo a la acreditación                                                      | 4    | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| informe a la Red de Salud Calidad.                                                                                                                                    | Anual                                                                             | 1    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | x | x | x | x |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| seguimiento de las recomendaciones emitidas en base a las observaciones encontradas.                                                                                  | Personal toma acciones de mejora para fortalecer y mejorar el resultado obtenido. | 12   | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |

Arequipa enero del 2026