

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

## INFORME TECNICO DE AUTOEVALUACIÓN HAL 2025



**Director Ejecutivo del HAL:** M.C. Javier Cuno Vera

**Jefa de Oficina de Gestión de la Calidad:** M.C. Jorge Washington Vera Torres

**Coordinador y Evaluador Líder:** M.C. Jorge Washington Vera Torres

**Equipo de Evaluadores Internos.**

**CUSCO, 2025**

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

## **CONTENIDO**

- I. PRESENTACIÓN**
- II. OBJETIVOS**
  - II.1- Objetivo general**
  - II.2- Objetivos específicos**
- III. ALCANCE**
- IV. MARCO LEGAL, METODOLOGÍA E INICIO DE AUTOEVALUACIÓN**
- V. EQUIPO DE ACREDITACION Y DE EVALUADORES INTERNOS**
- VI. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUTOEVALUACION**
- VII. OBSERVACIONES**
- VIII. PUNTAJE ALCANZADO Y ANALISIS DE RESULTADOS**
- IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**
- X. ANEXOS**

## I. PRESENTACIÓN:

### Contextualización y datos históricos.

El proceso de acreditación hospitalaria en el Perú es una iniciativa relativamente reciente, impulsada por la necesidad de mejorar la calidad de atención en un sistema de salud fragmentado (público: MINSA, EsSALUD, FFAA/PNP; y privado) que ha generado brechas de calidad y acceso, con el propósito de establecer estándares uniformes de seguridad y calidad para todos los usuarios.

El hito histórico inicial fue el establecimiento de la **habilitación obligatoria** normada desde **1987**, durante el primer gobierno de Alan García Pérez y siendo Ministro de Salud David Tejada de Rivero, mediante el DS-N°023-1987 SA que establecía el Reglamento General de EESS del sector no público en Perú, el cual regulaba los requisitos mínimos de operatividad a través de una licencia de funcionamiento. Hacia **1996**, el Ministerio de Salud inicia el desarrollo de manuales y estándares de acreditación hasta la aprobación en **2007** de la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", por RM N°456-2007/MINSA, durante el segundo gobierno de Alan García Pérez y siendo Ministro de Salud Carlos Vallejos Sologuren, norma actualmente en vigencia y que implica un proceso de **acreditación voluntaria** con estándares de calidad superiores y aplicables a ambos sectores de la salud: público y privado.

El proceso de acreditación se estructura en dos fases principales:

- **Autoevaluación o Evaluación Interna:**

Proceso sistemático y obligatorio, realizado por evaluadores internos capacitados de la propia institución, para identificar brechas y planificar acciones de mejora continua.

- **Evaluación Externa:**

Fase posterior y voluntaria, realizada por entidades acreditadoras externas y autorizadas. Los evaluadores externos verifican el nivel de cumplimiento de los estándares.

El establecimiento de estándares de calidad en los procesos sanitarios permite una optimización adecuada de los recursos destinados a la salud, lo que redundará en beneficios para los usuarios de los centros de salud. Invertir en calidad se traduce en una inversión en la economía de la salud.

La implementación de acciones de mejora garantiza que la organización cuente con un sistema de seguimiento para la calidad, el cual debe ser comprendido por todo el personal, quienes deben saber cómo actuar ante las oportunidades de mejora que se presenten. Dada la realidad restrictiva en la que operan los centros de salud, es fundamental jerarquizar los procesos que se van a mejorar, para lo cual el evaluador deberá estar familiarizado con alguna herramienta de priorización.

El resultado final consiste en demostrar el grado de cumplimiento de los estándares, con el objetivo de optimizar la eficiencia en la prestación de servicios especializados de salud en áreas como Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización. Del mismo modo, se busca elevar la calidad de nuestros servicios, basándose en el conocimiento, la importancia del factor humano y el fortalecimiento continuo de sus capacidades.

**II. OBJETIVOS:****Objetivo general:**

Evaluar las competencias asistenciales y administrativas para ofrecer servicios de salud de alta calidad en el Hospital Antonio Lorena, cumpliendo con los estándares de gestión sanitaria y buscando la acreditación como hospital de tercer nivel.

**Objetivos específicos:**

- Evaluar el nivel de cumplimiento de los estándares correspondientes a los 21 Macroprocesos como Hospital de Tercer Nivel de Atención.
- Identificar áreas susceptibles para implementar proyectos y acciones de mejora continua de la calidad.

**III. ALCANCE:**

La evaluación interna es de aplicación obligatoria en todos los Servicios y/o Departamentos Asistenciales; así como Unidades Administrativas de la Unidad Ejecutora Hospital “Antonio Lorena” nivel III-1, dependiente del Gobierno Regional del Cusco.

**IV. METODOLOGÍA DE LA AUTOEVALUACIÓN:**

- La autoevaluación es llevada a cabo en el marco de la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02, "Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobada con Resolución Ministerial N° 456-2007-MINSA, así como la “Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo” y el “Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categorías: I-1 a III-1 y SMA”.
- Las técnicas utilizadas fueron: verificación, revisión documentaria, observación, entrevista a los evaluados, muestreo y encuesta según criterio correspondiente.
- Mediante R.D. N°093-2025-HAL/UGRH del 21 de abril de 2025, se aprueba del PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN 2025 del Hospital Antonio Lorena. (Ver Anexo N°01)
- Se recibió por parte de la GERESA asistencia técnica virtual para el Equipo de Evaluadores Internos y de Acreditación, con asistencia parcial de los mismos. De igual manera, se tuvieron reuniones presenciales de sensibilización desde la Oficina de Gestión de la Calidad del HAL (Ver Anexo N° 02).
- Mediante el Informe N° 136-2025-GRSC-HAL/D, se realizó la comunicación oficial de inicio de la Autoevaluación a la Dirección de Gestión de la Calidad - GERESA – Cusco, a partir del día 1 de Setiembre del 2025 (Ver Anexo N° 03).
- Mediante Memorándum Circular N° 181-2025-GRSC-HAL/D emitido por la Dirección Ejecutiva del HAL, se comunicó el inicio del Proceso de Autoevaluación a los Jefes de Oficinas, Unidades, Departamentos y Servicios del HAL (Ver Anexo N° 04).

**V. EQUIPO DE ACREDITACIÓN Y DE EVALUADORES INTERNOS:****A. EQUIPO DE ACREDITACIÓN:**

**PRESIDENTE:** Dr. Dennis Fernando Mendoza Gamarra

**INTEGRANTES:**

N°	DEPARTAMENTOS Y OFICINAS
01	SUB DIRECTOR
02	Director de Administración
03	Jefe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

04	Jefe de Departamento de Medicina
05	Jefe de Departamento de Cirugía
06	Jefe de Departamento de Pediatría y Neonatología
07	Jefe de Departamento de Oncología
08	Jefe de Departamento de Ginecología y Obstetricia
09	Jefe de Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
10	Jefe de Departamento de Anestesia, Analgesia y Reanimación
11	Jefe de Departamento de Medicina Física y Rehabilitación
12	Jefe de Departamento de Enfermería
13	Jefe de Departamento de Apoyo al Diagnóstico
14	Jefe de Departamento de Apoyo al Tratamiento

#### B. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

- Coordinador General: Lic. Aurelia Luna Torres
- Evaluador líder: M. C. Jorge Washington Vera Torres

#### INTEGRANTES:

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESIÓN	CARGO
01	AURELIA LUNA TORRES	LIC. ENFERMERIA.	JEFE OFIC. GESTIÓN DE LA CALIDAD
02	JORGE WASHINGTON VERA TORRES	MEDICO	RESP. AUTOEVALUACIÓN-OGC
03	GRACIELA ASCUE DE GUEVARA	LIC. ENFERMERIA.	JEFA DEL DPT. ENF.
04	MONICA DELGADO HUAMANTUPA	LIC. ENFERMERIA	EQUIPO TECNICO(OGC)
05	MARIA VERONICA ALVAREZ SOLIS	MEDICO	EQUIPO TECNICO(OGC)
06	DINA MEDRANO CONTRERAS	LIC. ENFERMERIA	EQUIPO TECNICO(OGC)
07	RUBEN EDUARDO CABRERA ALVAREZ	MEDICO	DPT. ONCOLOGIA
08	MILAGROS FUENTES VARGAS	Ing. SISTEMAS	UNIDAD ESTADÍSTICA
09	CHARITO MILUSKA MEZA GARCIA	Q. FARMACEUTICO	FARMACIA
10	MARIA DELFINA GARAYAR ESQUIVEL	LIC. ENFERMERIA	SUP. CONSULTORIOS EXTERNOS
11	LIZ GUADALUPE CALLALLI MENDOZA	LIC. ENFERMERIA	JEFA DE MEDICINA HOSPITALIZACION
12	YANETH HUACAC GUZMAN	MEDICO	CAPACITACION
13	KARLA CORBACHO CHIPANA	LIC. ENFERMERIA	SUP. HOSPITALIZACION
14	PILAR ACHAUÍ PEÑA	LIC. ENFERMERIA	NEUROCIRUGIA
15	YANINA BRAVO PEÑA	LIC. ENFERMERIA	INFECTOLOGIA
16	CELINDA MONTES PEDRAZA	LIC. ENFERMERIA	NEONATOLOGIA
17	MARIA CARMEN CAHUA OLIVAREZ	LIC. ENFERMERIA	CENTRO QUIRÚRGICO
18	JINA GEORGINA CHAVEZ RODRIGUEZ	OBSTETRA	OBSTETRICIA
19	YANET PINARES MEJÍA	LIC. ENFERMERIA	JEF. ENF. SERVICIO CIRUGÍA
20	JANET CHAPARRO VELASQUEZ	LIC. ENFERMERIA	SUP. HOSPITALIZACIÓN
21	BRUMILDA MORENO PEREZ	LIC. ENFERMERIA	JEF. DEP. ENFERMERÍA
22	MAGDA YONI CUARESMA SANCHEZ	LIC. ENFERMERIA	JEF. ENF. SERVICIO DE CIRUGIA ESPECIALIDADES
23	EDLY CALLALLI MATOS	MEDICO	DEP. CIRUGIA Y ESPECIALIDADES QUIRURGICAS
24	STEFANY MARY SANTA CRUZ CARRASCO	MEDICO	DEP. PEDIATRIA

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

Mediante la R.D. N° 084-2025-HAL/UGRH, de fecha 03 de abril de 2025, se conformaron los equipos de acreditación y autoevaluación, integrados por 15 y 24 miembros respectivamente. (Ver Anexo N° 05).

No obstante, debido a diversos factores como sobrecarga laboral, renunciaciones y falta de motivación o identificación institucional, participaron 15 evaluadores reconocidos mediante resolución (que representan el 62.5%). Adicionalmente, 3 evaluadores sin resolución contribuyeron, sumando un total de 18 evaluadores internos en este proceso. La distribución de integrantes en los diferentes macroprocesos se detalla en el siguiente cuadro:

N°	MACROPROCESO	RESPONSABLE	INTEGRANTES
1	DIRECCIONAMIENTO	Jorge Washington Vera Torres	Jorge Washington Vera Torres
2	GESTIÓN DE RRHH		Edly Callalli Matos Janet Chaparro Velasquez Jaqueline Figueroa Quiñones
3	GESTIÓN DE LA CALIDAD	Graciela Ascue Menzala	Graciela Ascue Menzala Maria Delfina Garayar Esquivel Lila Viochi Zanabria Aguirre
4	MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	Graciela Ascue Menzala	Graciela Ascue Menzala Maria Delfina Garayar Esquivel Liz Guadalupe Mendoza Callalli Margot Vera Huaman
5	GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	Monica Delgado Huamantupa	Monica Delgado Huamantupa
6	CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN		
7	ATENCIÓN AMBULATORIA	Jorge Washington Vera Torres	Jorge Washington Vera Torres Stefany Mary Santa Cruz Jina Georgina Chavez Rodriguez
8	ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	Graciela Ascue Menzala	Graciela Ascue Menzala Charito Miluska Meza Garcia Maria Delfina Garayar Esquivel
9	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	Dina Medrano Contreras	Dina Medrano Contreras
10	ATENCIÓN QUIRÚRGICA	Maria Veronica Alvarez Solis	Maria Veronica Alvarez Solis Brumilda Moreno Perez
11	DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	Maria Veronica Alvarez Solis	Maria Veronica Alvarez Solis Stefany Mary Santa Cruz Carrasco Yanina Bravo Peña
12	APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO		
13	ADMISIÓN Y ALTA	Maria Delfina Garayar Esquivel	Maria Delfina Garayar Esquivel Madga Yoni Cuaserna Sanchez
14	REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS		
15	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS	Dina Medrano Contreras	Dina Medrano Contreras Janet Chaparro Velasquez
16	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN		
17	DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA.		
18	MANEJO DEL RIESGO SOCIAL	Brumilda Moreno Perez	Brumilda Moreno Perez Jina Georgina Chavez Rodriguez Liz Guadalupe Mendoza Callalli
19	MANEJO DE NUTRICIÓN		
20	GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES		
21	GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA		

Cabe destacar que, las 03 participantes sin reconocimiento por R.D. pertenecen al Servicio de Obstetricia, demostrando su identificación institucional y con el proceso, hecho que lleva a considerar su formalización para el próximo proceso de Autoevaluación.

En cuanto a, los 09 evaluadores designados por R.D. que no se integraron al proceso de Autoevaluación, se informa que solo uno de ellos presentó su renuncia de manera formal (Ver Anexo N° 06), lo cual deberá ser tomado en cuenta por la Oficina de Recursos Humanos para la consideración de cumplimiento de obligaciones en los trabajadores del HAL.



## VI. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN:

El desarrollo del Proceso de Autoevaluación tuvo en consideración los ítems señalados en la “Guía Técnica del Evaluador”, comportándose como un instrumento esencial para su realización. Es así que, se procedió secuencialmente con los pasos siguientes:

- Programación de la autoevaluación en el plan operativo institucional y plan de trabajo del HAL 2025.
- Conformación de los equipos de acreditación y de evaluadores internos.
- Elaboración, aprobación y ejecución del plan de autoevaluación 2025.

De esta manera, se consideraron 3 fases que se detallan en el siguiente cuadro:

FASES	TÓPICOS
<b>Fase I:</b> Organización	*Conformación del Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos mediante Resolución Directoral RD N° 084-2025-HAL/UGRH con fecha 03 de abril del 2025. *Elaboración y aprobación del Plan de Trabajo de Autoevaluación 2025 con RD N° 093-2025-HAL/UGRH *Capacitación al Equipo de Evaluadores Internos *Comunicación a GERESA de inicio de Proceso de Autoevaluación mediante Informe N° 136-2025-GRSC-HAL/D
<b>Fase II:</b> Autoevaluación	*Evaluación de los Macroprocesos (día 01 de Setiembre al 15 de Octubre - 2025). *Aplicación y llenado en Hoja de Registro y Hoja de Recomendaciones dando cumplimiento a Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSPE.
<b>Fase III:</b> Informe Técnico	*Emisión del Informe Técnico de Autoevaluación, Elaboración de Acciones de Mejora Continua y desarrollo de Planes de Acción.

## VII. OBSERVACIONES:

- Participación del equipo de evaluadores no fue completa, a pesar de su designación con una R.D.
- Carencia de recursos humanos, financieros y tecnológicos, lo cual dificulta la correcta ejecución del proceso de autoevaluación.
- Desconocimiento generalizado del proceso de autoevaluación por parte de los evaluados, dificultando su realización.
- Insuficiente apoyo logístico por parte del Comité de Gestión del HAL.
- Cuestionamientos respecto a la antigüedad de la N.T.S. N° 050-MINSA/DGSP v.02.
- Equipo técnico de la OGC insuficiente, lo que provoca sobrecarga laboral.
- Cambio frecuente de jefaturas en oficinas administrativas, evidenciándose perfiles inadecuados para el puesto de trabajo.

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

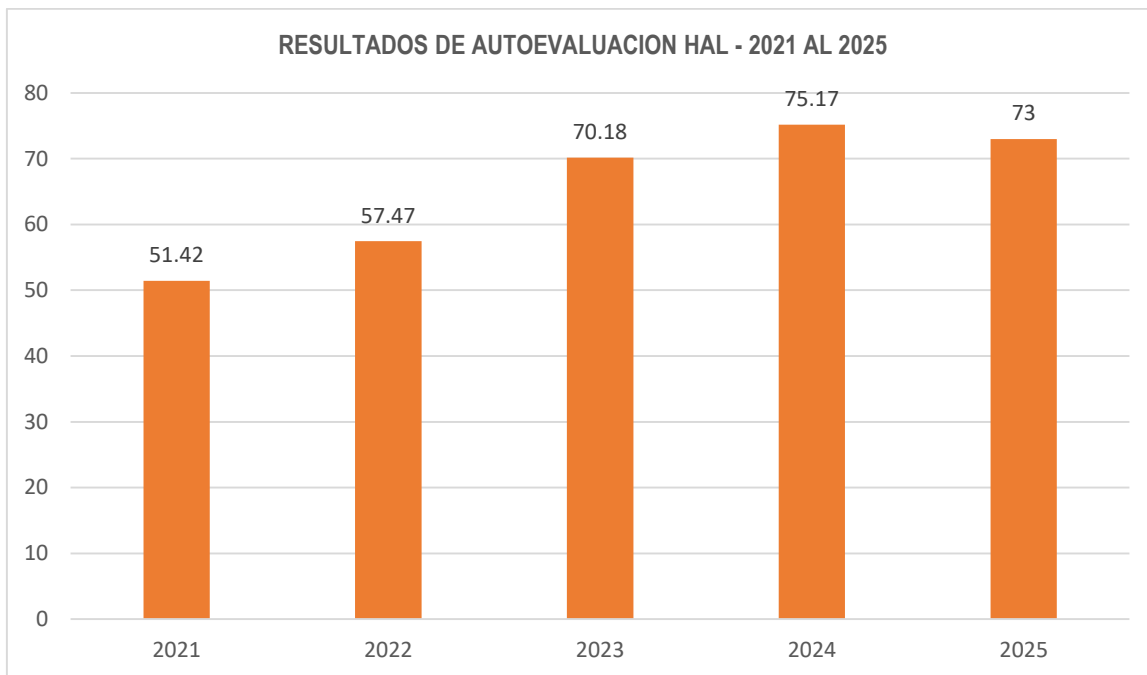
# VIII. PUNTAJE ALCANZADO Y ANALISIS DE RESULTADOS:

Establecimiento :	00002305-ANTONIO LORENA										
Tipo de Establecimiento :	III-1										
Fase:	AutoEvaluación										
Año:	2025					MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Periodo :	1										
		Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimie nto x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimient o x categoría
Macroprocesos	Criterio total	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	6	4	1	11	54.72	46.67	85.29	222.64	172.77	77.60
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	41.04	19.31	47.06			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	47.88	40.29	84.15			
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	47.88	37.36	78.02			
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	13.68	11.24	82.14			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	34.20	30.91	90.38	254.45	188.02	73.89
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	47.88	34.71	72.50			
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de hospitalización	26	5	14	7	26	47.88	31.92	66.67			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	47.88	45.36	94.74			
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	47.88	41.77	87.23	159.03	105.84	66.55
Docencia e Investigación	15	9	6	0	15	34.20	13.03	38.10			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	11	1	9	1	11	17.10	14.77	86.36			
Admisión y alta	16	3	7	6	16	17.10	14.41	84.29			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	17.10	17.10	100.00			
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	17.10	16.11	94.23			
Gestión de la información	14	6	7	1	14	17.10	8.18	47.83			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	17.10	9.73	56.90			
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	17.10	16.32	95.45			
Nutrición y dietética	10	4	5	1	10	17.10	8.55	50.00	Total	342	134
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	17.10	4.60	26.92			
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	17.10	4.02	23.53			
Total	342	134	167	41	342	636.12	466.37		636.12	466.63	
									Puntaje Final (x)	73	

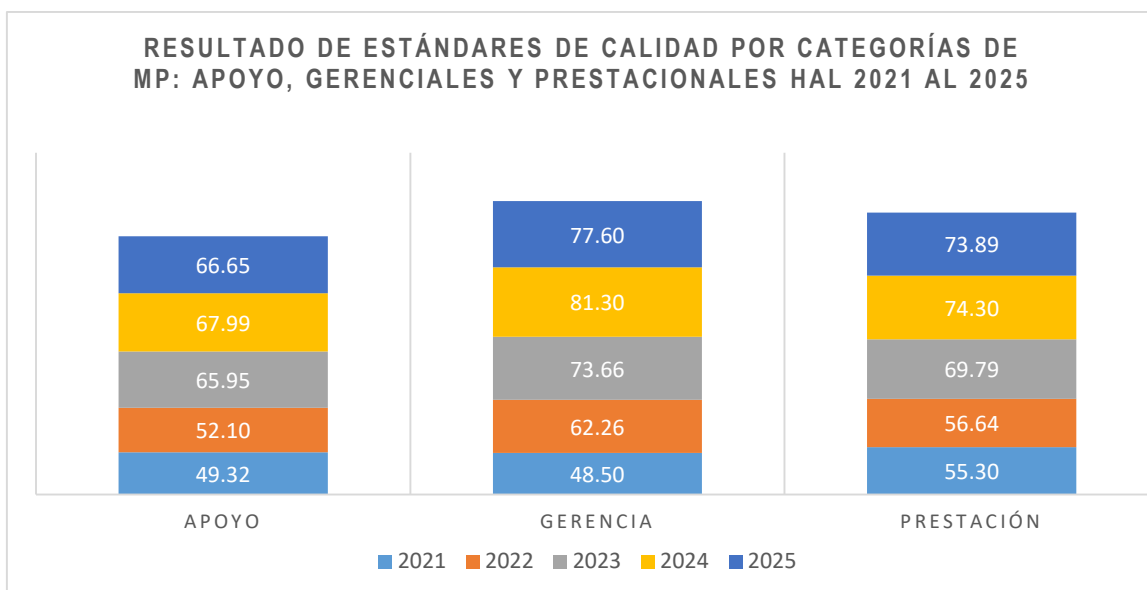
**ANALISIS:** En el proceso de Autoevaluación 2025, el HAL obtuvo 73 % de cumplimiento, a nivel de los 21 Macro Procesos (MP); destacando positivamente: En el grupo de los **MP Gerenciales:** Control de la Gestión y Prestación con 90.38%, Direccionamiento con 85.29% y Gestión de la Calidad con 84.15%. En el grupo de los **MP Prestacionales:** Atención de Emergencias con 94.74%, Atención Quirúrgica con 87.23%. En el grupo de los **MP de Apoyo:** Referencia y Contrarreferencia con 100%, Manejo del Riesgo Social con el 95.45% y Gestión de Medicamentos con un 94.23%.



“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”



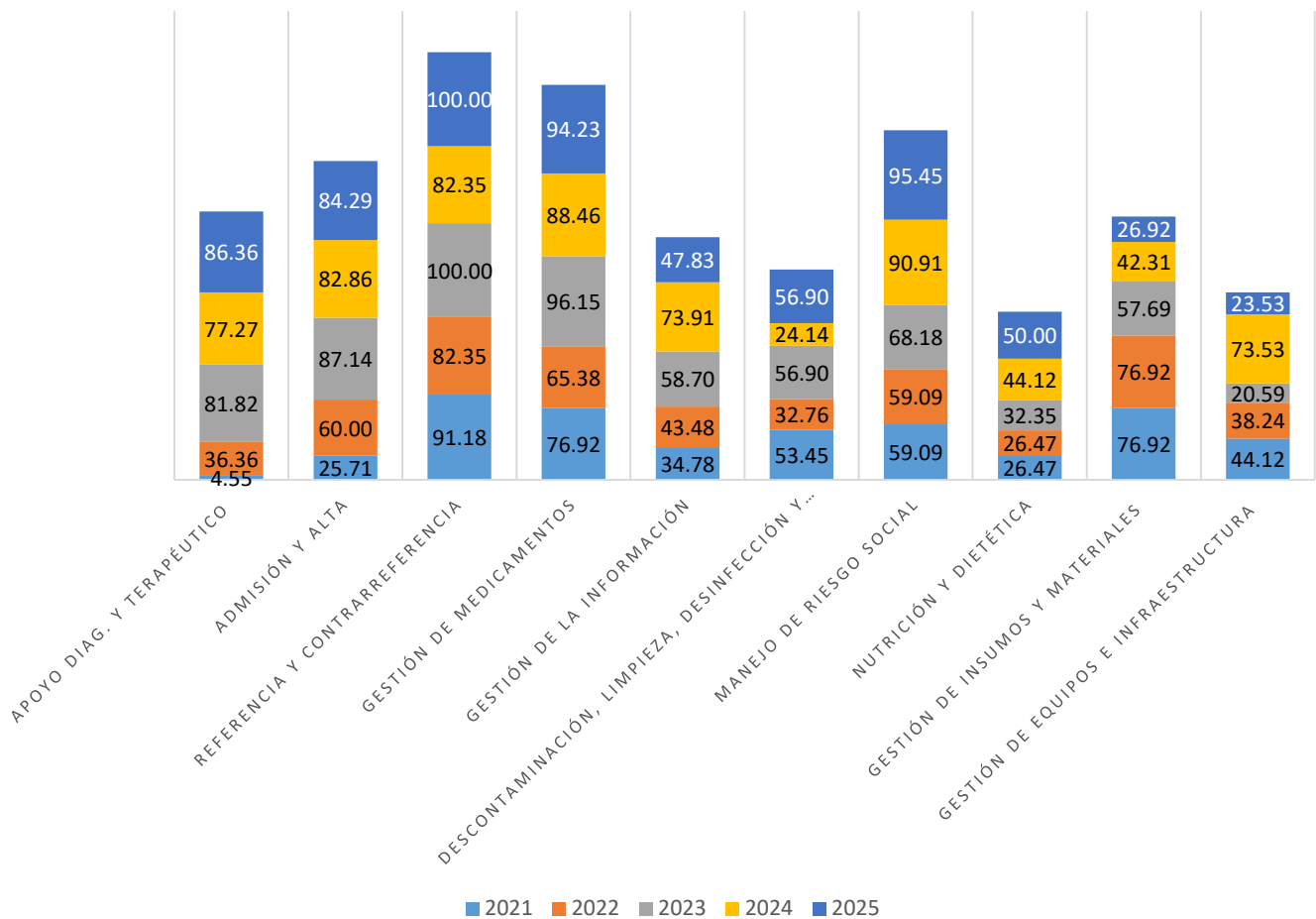
**ANÁLISIS:** La gráfica muestra la evolución de los resultados del proceso de Autoevaluación desde 2021 hasta 2025. Se observa un comportamiento ascendente hasta 2024, seguido de un descenso en el año actual. No obstante, se cumple con el resultado mínimo esperado para 2025 (60%), conforme a lo establecido en la ficha N° 46 de Convenios de Gestión 2025. Sin embargo, no se alcanzó el incremento del 5% esperado con respecto al año anterior (75.17%), lo que implica la necesidad de un compromiso de mejora en un plazo de 6 meses, a través de la corrección de falencias existentes.



**ANÁLISIS:** En el proceso de Autoevaluación 2025 - HAL, destacan los **MP Gerenciales** con el 77.60, seguido de los **MP Prestacionales** con el 73.89 y en tercer lugar están los **MP de Apoyo** con el 66.65. Por tanto, para el presente año persiste un mejor desempeño en los Macroprocesos Gerenciales en relación a las otras categorías.

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

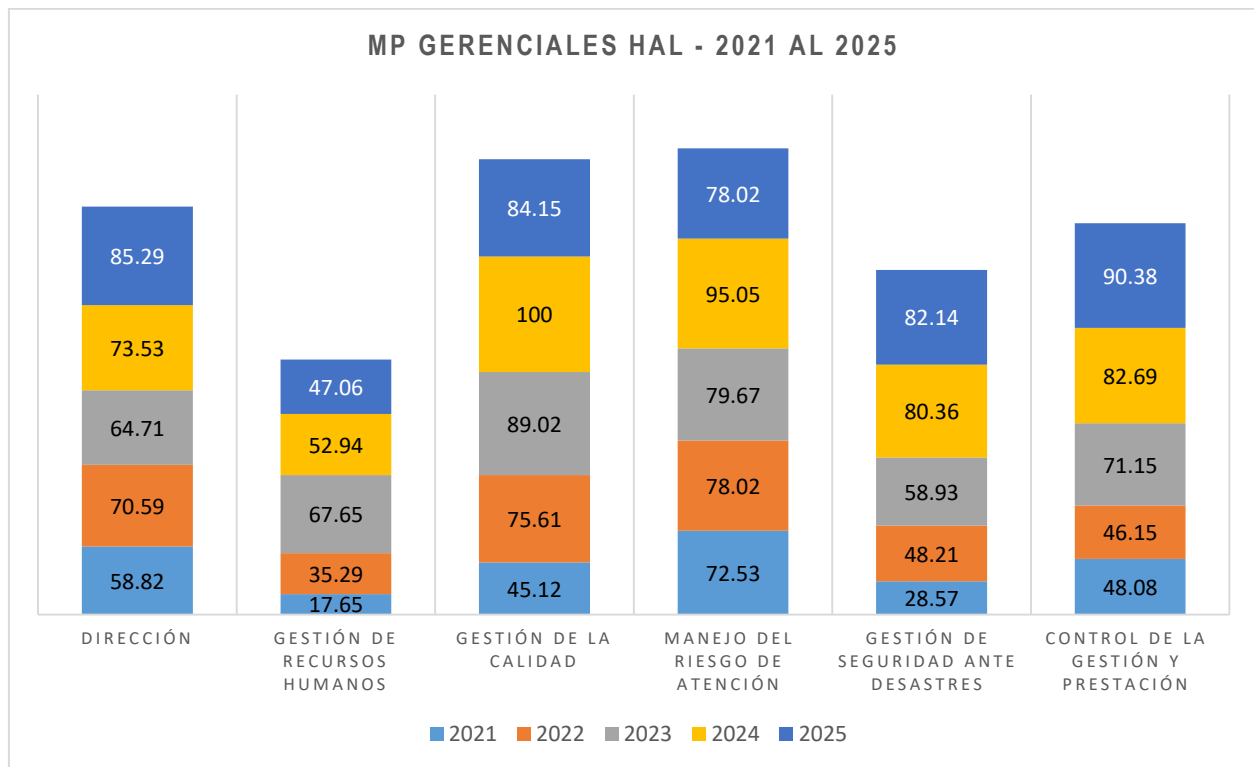
### MP DE APOYO HAL - 2021 AL 2025



**ANÁLISIS:** En el proceso de Autoevaluación HAL - 2025, se evidenció en los Macroprocesos de Apoyo un decremento global de 1.34 (de 67.99 a 66.65), lo cual se explica por la disminución en los MP: **GIN** bajó 26.08, **GIM** bajó 15.39, y **EIF** bajó 50 puntos porcentuales.

Sin embargo, es importante mencionar la mejora en los resultados de algunos **MP de Apoyo**: **ADT**, **ADA**, **RCR**, **GMD**, **DLDE**, **MRS** y **NYD** que subieron 11.9, 1.43, 17.65, 5.77, 32.76, 4.54 y 5.88 puntos porcentuales respectivamente.

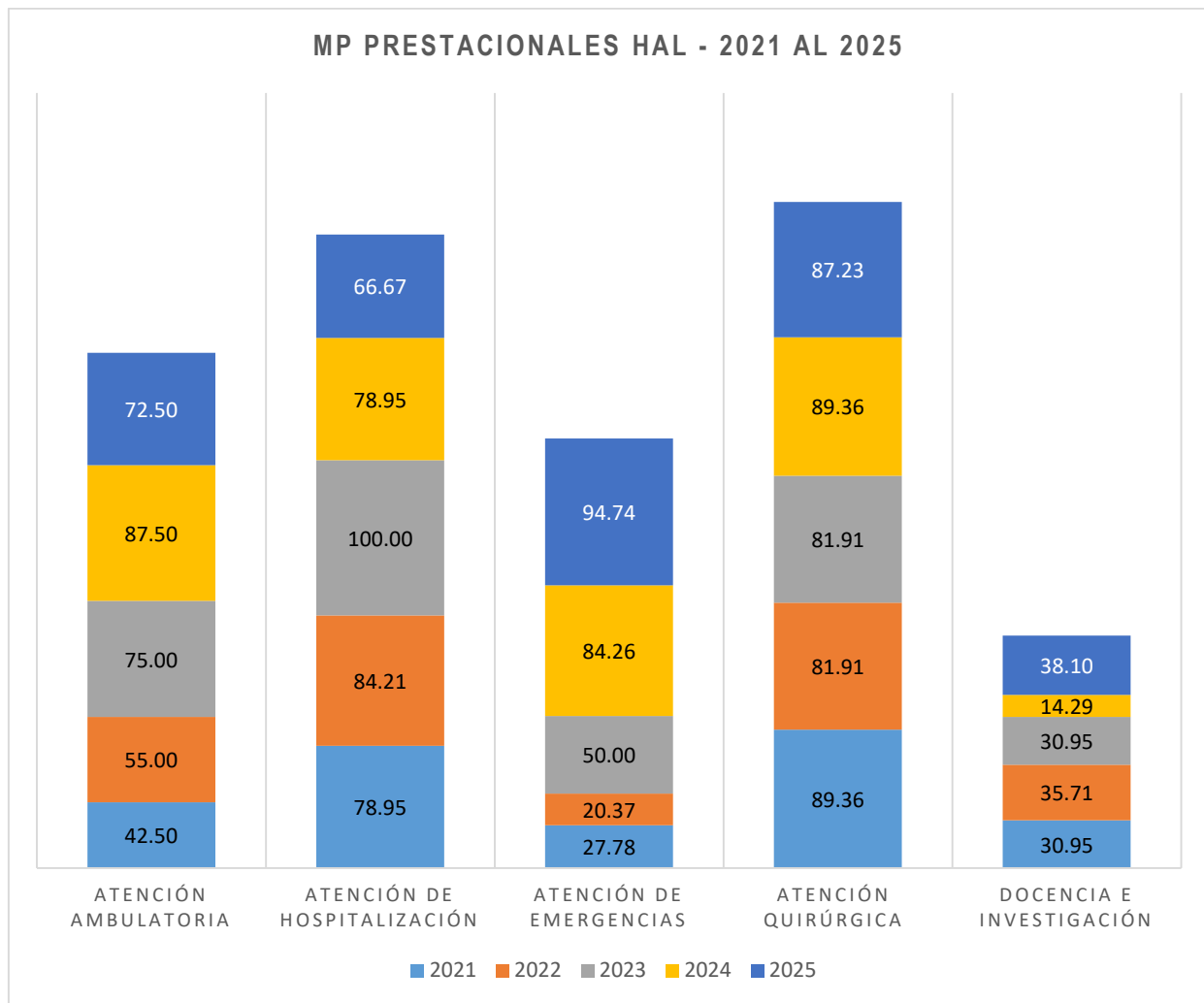
“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”



**ANÁLISIS:** En el proceso de Autoevaluación HAL - 2025, se evidenció en los Macroprocesos Gerenciales un decremento global de 3.7 (de 81.3 a 77.6), lo cual se explica por una disminución en los MP: **GRH, GCA y MRA** que disminuyeron 5.38, 15.85 y 17.03 puntos porcentuales respectivamente.

Sin embargo, es importante mencionar la mejora en los resultados de algunos **MP Gerenciales** como: **DIR, GSD y CGP** que incrementaron 11.76, 1.78 y 7.69 puntos porcentuales de forma respectiva.

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”



**ANÁLISIS:** En el proceso de Autoevaluación HAL - 2025, se evidenció en los Macroprocesos Prestacionales un mínimo decremento global de 0.41 (de 74.3 a 73.89), evidenciándose una disminución en los MP: **ATA, ATH, ATQ** de 15, 12.28 y 2.13 puntos porcentuales respectivamente.

Por otra parte, se reportó un incremento en los **MP prestacionales: EMG y DIV** de 10.48 y 23.81 puntos porcentuales en el orden dado.

## IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

### IX.1- CONCLUSIONES

- 1) El resultado final del proceso de Autoevaluación HAL-2025 fue de **73 %**, que refleja un leve decremento en relación al 2024. Aún así, se cumple con el resultado mínimo esperado para 2025 (60%), conforme a lo establecido en la ficha N° 46 de Convenios de Gestión 2025. Sin embargo, no se alcanzó el incremento del 5% esperado con respecto al año anterior (75.17%), lo que implica la necesidad de un compromiso de mejora en un plazo de 6 meses, a través de la corrección de falencias existentes.
- 2) Los macroprocesos que destacaron **positivamente**, por grupos, fueron:
  - MP Gerenciales: Control de la Gestión y Prestación (MP 6), Direccionamiento (MP 1) y Gestión de la Calidad (MP 3)
  - MP Prestacionales: Atención de Emergencias (MP 10) y Atención Quirúrgica (MP 11)
  - MP de Apoyo: Referencia y Contrarreferencia (MP 15), Manejo del Riesgo Social (MP 19) y Gestión de Medicamentos.(MP 16)
- 3) Los macroprocesos que reportaron resultados más bajos, por grupos, fueron:
  - MP Gerenciales: Gestión de recursos Humanos (MP 2)
  - MP Prestacionales: Docencia e Investigación (MP 12)
  - MP de Apoyo: Gestión de insumos-materiales (MP 21) y Gestión de equipos e infraestructura (MP 22)
- 4) En relación a la organización y dinámica de trabajo, durante éste último proceso de Autoevaluación HAL-2025, persistió como en años anteriores una falta de compromiso para asumir la responsabilidad asignada por resolución, pues parte del equipo de evaluadores no participaron. Por otra parte, se tuvo la fortaleza de los Responsables de los diferentes macroprocesos, que hicieron todo lo posible por llevar adelante la Autoevaluación, a pesar de las dificultades mencionadas, la gran carga laboral, y otras situaciones como el traslado a la nueva infraestructura del hospital, que influyeron todas ellas en el desenvolvimiento de las actividades inherentes a una evaluación interna.

### IX.2- RECOMENDACIONES:

- 1) El proceso de Autoevaluación debe ser asumido por la Alta Dirección, Comité de Gestión y Jefaturas en general, como una **tarea permanente en el HAL**, a fin de tener a la Evaluación externa y Acreditación hospitalaria, como metas a mediano plazo, en sintonía con La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (PNMS) denominada “Perú, País Saludable”
- 2) Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, sobretudo de aquellos criterios que reportaron cero de puntaje, **implementar acciones de mejora** que reflejen en un plazo de 6 meses la corrección de las falencias existentes, para lo cual se deberá involucrar a jefes asistenciales y administrativos, como actores fundamentales para la motivación del resto de trabajadores del HAL.
- 3) Fortalecer al equipo de evaluadores internos, mejorando sus competencias en el proceso de Autoevaluación, en coordinación con el soporte y acompañamiento del equipo técnico de la GERESA.
- 4) Establecer procesos de estandarización de instrumentos para algunos criterios que son entendidos de manera diferente por los integrantes del Equipo de Evaluadores internos.

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
GERESA CUSCO  
Hospital Antonio Lorena  
  
MC Jorge W. Vera Torres  
JEFE DE LA OFICINA GESTIÓN DE CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
HOSPITAL ANTONIO LORENA  
  
Lic. Brimilda Moreno Pérez  
(E) JEFE DEL DPTO ENFERMERIA  
CEP. 16313

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL ANTONIO LORENA  
  
Mag. Graciela Ascua Monsila  
CEP. 10270  
JEFE DE LA UPSS PEDIATRIA

DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO  
HOSPITAL ANTONIO LORENA  
  
Lic. Monica Velasco Huamantla  
CEP. 64275

  
María Verónica Álvarez Solís  
MEDICO CIRUJANO - AUDITORA  
C.M.P. 35187 R.N.A. 8878

  
Dra. Medrano Contreras  
LIC. ENFERMERIA  
CEP 47794 RNE 6034  
Mag. Adm. y GERENCIA EN SERV. DE SALUD

  
Dra. Eddy Gálvez Martos  
MEDICO CIRUJANO  
OTORRINOLARINGOLOGA  
CMP 53885 RNE 32755

  
Dra. Stefany Santa Cruz Carrasco  
MEDICO PEDIATRA  
CMP: 68299 RNE. 40391

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO  
HOSPITAL ANTONIO LORENA  
  
Q.F. Charito M. Meza García  
JEFE DE FARMACIA

  
Fyrmara Quispe Pacheco  
Ginecología Especialista  
COP 13368 R.N.A. 903-E 02

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD - CUSCO  
HOSPITAL ANTONIO LORENA  
  
Obs. Lila Viochi Lombria Aguirre  
COORDINADORA ESTRATEGIA SANITARIA  
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA  
COP. 16848

  
Magda Vera Huamantla  
OBSTETRA  
COP 15157

  
Magda Yoni Cuaresma Sanchez  
C.E.P. 17237 RE 2864

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO  
HOSPITAL ANTONIO LORENA  
  
Maria Delfina Garayza Esquivel  
C.E.P. 16089  
LIC. DE ENFERMERIA

  
Yarina Bravo Peña  
LIC. EN ENFERMERIA  
CEP 75686

  
Jina Georjina Chavez Rodriguez  
OBSTETRA ESPECIALISTA  
COP 3424 RNE 2091-01

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
HOSPITAL ANTONIO LORENA  
  
Lic. Janet Chaparro Velasquez  
SUPERVISORA DE HOSPITALIZACIÓN  
CEP: 50807

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO  
HOSPITAL ANTONIO LORENA  
  
Lic. D. B. Mendoza Calli  
AREA DEL SERVICIO DE MEDICINAS MUJERES Y VAGINAS  
CEP. 34799 RNE 20844



“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

## IX.2- PROPUESTAS DE MEJORA PARA LOS MACROPROCESOS CON PUNTUACION 0 PRIORIZADOS EN EL HAL 2025

Nº MP	Cód. MP	Macroproceso	Cod Estándar	Estándar	Cod. Criterio	Criterio	MCC	UPSS
1	DIR	Direccionamiento	DIR-1	Establecimiento define y comunica su plan estratégico, operativo y de contingencia; y estos están orientados a resolver problemas relacionados con la salud.	DIR 1-1	Establecimiento ha formulado participativamente y difundido su plan estratégico (misión, visión, políticas institucionales, objetivos y metas).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recabar las actas que evidencien participación del HAL en la formulación del PEI.</li> <li>Realizar talleres de difusión del PEI, o recabar las actas existentes si corresponde.</li> </ul>	Oficina de Planificación y Presupuesto
2	GRH	Gestión, Recursos Humanos	GRH-2	El equipo del establecimiento participa en las decisiones y análisis de la situación institucional.	GRH 2-1	Los trabajadores de salud se organizan en equipos multidisciplinarios, por servicios, unidades o procesos, para reunirse periódicamente y realizar una reflexión de su práctica relacionada con la situación institucional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar en las diferentes áreas, servicios la realización programada de reuniones multidisciplinarias que reflexionen sobre los problemas de la práctica institucional, las cuales deben quedar plasmadas en libro de actas.</li> </ul>	Servicios, áreas, oficinas.
2	GRH	Gestión, Recursos Humanos	GRH-2		GRH 2-2	Los equipos de trabajo identifican problemas, proponen soluciones y participan en las decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar en las diferentes áreas, servicios la realización programada de reuniones donde se analicen y tomen decisiones en relación a la mejora en el desempeño de los recursos humanos, las cuales deben quedar plasmadas en libro de actas.</li> </ul>	Servicios, áreas, oficinas.
2	GRH	Gestión, Recursos Humanos	GRH-4	El EESS garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario.	GRH 4-1	El EESS implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano para que brinde servicios según el MCI, priorizando el enfoque de promoción de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilidad del Documento Técnico: Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida Para la Persona, Familia y Comunidad (MCI) en cada servicio, área, oficina del HAL, para su conocimiento y difusión.</li> <li>Implementar un plan de fortalecimiento de competencias de recursos humanos.</li> </ul>	Oficina de Recursos Humanos

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

3	GCA	Gestión de la calidad	GCA-1	El EESS está organizado para desarrollar acciones del SGCS.	GCA 1-4	El EESS tiene procedimientos documentados de los procesos asistenciales y administrativos priorizados con la finalidad de realizar un seguimiento continuo y establecer ciclos de MCC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar manuales de procedimiento priorizados para los principales procesos asistenciales y administrativos.</li> </ul>	Oficina de Gestión de la calidad/ Jefes de Unidades y Servicios
3	GCA	Gestión de la calidad	GCA-2	El EESS tiene definido e implementa mecanismos para responder a necesidades y expectativas de usuarios.	GCA 2-5	Se identifican periódicamente las principales barreras de acceso de los usuarios a los servicios, se documenta su análisis y se identifican acciones factibles de implementar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de identificación y análisis de barreras de acceso de los usuarios, que proponga soluciones factibles de implementar.</li> </ul>	Oficina de Gestión de la calidad/ Unidad de Comunicaciones
3	GCA	Gestión de la calidad	GCA-2		GCA 2-6	Se desarrollan acciones para disminuir las barreras de acceso de los usuarios que dependen del establecimiento de salud, según lo identificado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe que reporte la implementación de mejoras para disminuir las barreras de acceso, al menos en un 80%.</li> </ul>	Oficina de Gestión de la calidad
3	GCA	Gestión de la calidad	GCA-2		GCA 2-8	El establecimiento tiene fluxogramas de atención general, por servicios y señalización.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar flujogramas oficiales de atención general y por servicios.</li> <li>Reforzar dichos flujogramas con señalización respectiva.</li> </ul>	Oficina de Gestión de la calidad/ Unidad de Comunicaciones
13	ADT (Rad)	Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	ADT-1	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento garantizan la idoneidad de sus procedimientos.	ADT 1-1	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento tienen y aplican guías de procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar normas y guías de procedimientos.</li> </ul>	Áreas de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
13	ADT (Rad)	Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	ADT-1		ADT 1-2	Los servicios de apoyo al diagnóstico tienen y aplican programas de control de calidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establecer programas de control de calidad.</li> </ul>	Áreas de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
13	ADT (Rad)	Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	ADT-2	El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación en caso necesario	ADT 2-1	Los resultados de los exámenes se entregan oportunamente a los profesionales y usuarios según plazos definidos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contar con sistema de registro que consigne la entrega oportuna de resultados de los exámenes.</li> </ul>	Áreas de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

13	ADT (Rad)	Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	ADT-3	Se controla la calidad de las actividades de apoyo al diagnóstico según normatividad nacional o institucional.	ADT 3-1	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento desarrollan indicadores de calidad relacionados con la entrega oportuna de sus productos y en función de las necesidades de los pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponer de un Programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento aprobado con RD, que incluya indicadores relacionados a la entrega oportuna de resultados.</li> </ul>	Áreas de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
13	ADT (Rad)	Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	ADT-3		ADT 3-2	La calidad de los resultados de los exámenes y/o tratamientos se garantiza por medio de calibración de equipos y control de calidad de los procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar un Programa de Control de Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, aprobado con R.D. que incluya un plan de calibración de equipos y asegure la idoneidad de los procedimientos.</li> </ul>	Áreas de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
13	ADT (Rad)	Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	ADT-3	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional o institucional.	ADT 3-6	Se capacita al personal del servicio sobre las condiciones que debe cumplir el usuario para la toma de muestra o preparación para los procedimientos y estos las cumplen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar un plan de capacitación del personal sobre toma de muestra y preparación para los procedimientos.</li> <li>Demostrar con evidencias el cumplimiento de dicho plan.</li> </ul>	Áreas de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
13	ADT (Rad)	Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	ADT-3		ADT 3-7	El establecimiento cuantifica, analiza y toma medidas correctivas respecto a las complicaciones y/o reacciones adversas derivadas de la atención en los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorizar la ocurrencia de reacciones adversas o complicaciones derivadas de la actividad.</li> <li>Definir en caso positivo las acciones correctivas.</li> </ul>	Áreas de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
13	ADT (Anat. Patol.)	Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	ADT-2	El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación en caso necesario.	ADT 2-1	Los resultados de los exámenes se entregan oportunamente a los profesionales y a los usuarios según plazos definidos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formular documento que consigne estándares de tiempo para la entrega de resultados de los exámenes, aprobado con R.D.</li> <li>Remitir informes trimestrales de cumplimiento de los estándares de tiempo definidos.</li> </ul>	Áreas de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
13	ADT (Anat. Patol.)		ADT-3	Se controla la calidad de las actividades de apoyo	ADT 3-1	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento desarrollan indicadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponer de un Programa de Control de la Calidad del Servicio</li> </ul>	

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

		Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento		diagnóstico según normatividad nacional o institucional.		de calidad relacionados con la entrega oportuna de sus productos y en función de las necesidades de los pacientes.	de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento aprobado con RD, que incluya indicadores relacionados a la entrega oportuna de resultados.	
13	ADT (Anat. Patol.)	Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	ADT-3		ADT 3-6	Se capacita al personal del servicio sobre las condiciones que debe cumplir el usuario para la toma de muestra o preparación para los procedimientos y estos las cumplen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formular anualmente el Plan de Capacitación del personal de los servicios de apoyo.</li> <li>Informe de capacitación al personal del servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.</li> <li>Efectivizar una encuesta anual de satisfacción dirigida al usuario externo que evidencie el cumplimiento de condiciones para la toma de muestra (mínimo en muestra aleatoria de 20 usuarios).</li> </ul>	Áreas de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
17	GIN	Gestión inform.	GIN-1		GIN 1-1	El EESS identifica las necesidades de información de todos los procesos asistenciales y administrativos con participación del personal de las áreas respectivas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar reuniones del personal de las distintas áreas a fin de identificar necesidades de información, las cuales queden plasmadas en acta.</li> </ul>	Oficina de Estadística e Informática
17	GIN	Gestión inform.	GIN-1	El establecimiento promueve una gestión integral de la información.	GIN 1-5	El EESS tiene personal capacitado durante el último año, para llevar a cabo las actividades de la gestión de la información.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formular anualmente un Plan de Capacitación del personal de Estadística e Informática, sobre actividades de la gestión de la información.</li> <li>Disponer de las constancias o certificados de capacitación del personal del Área de Estadística e Informática.</li> </ul>	
17	GIN	Gestión inform.	GIN-2	El establecimiento realiza el análisis de la veracidad, confiabilidad y la oportunidad de la información.	GIN 2-1	El EESS tiene definido mecanismos para la identificación de los aspectos críticos de la gestión de la información y son fuente para la elaboración de proyectos de mejora continua de la información.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar documento que defina los mecanismos para identificar aspectos críticos de la gestión de la información.</li> </ul>	Oficina de Estadística e Informática

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

							<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborar proyectos de mejora sobre aspectos críticos de la gestión de la información.</li> </ul>	
17	GIN	Gestión de inform.	GIN-3	El EESS promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información.	GIN 3-4	Se identifican semestralmente las percepciones del usuario interno acerca del manejo de la información.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Efectivizar una encuesta semestral de la percepción del usuario interno sobre el manejo de la información.</li> </ul>	Oficina de Estadística e Informática
18	DLDE	Descont. Limpiez, desinfecesteriliz.	DLDE-2	Se realizan los procesos de DLDE, empaque, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con las normas establecidas.	DLDE 2-6	Se establece un sistema de control de pérdidas y deterioros innecesarios de enseres de cama y ropa y se aplica en cada procedimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar un sistema de control de pérdidas y deterioros de enseres de cama y ropa.</li> <li>Realizar un informe mensual de dicho registro.</li> </ul>	Unidad de mantenimiento y Servicios Generales
18	DLDE	Descont. Limpiez., desinfecesteriliz.	DLDE-3	Se realizan los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal de acuerdo a procedimientos establecidos.	DLDE 3-2	Existe un procedimiento especial para el tratamiento de la ropa contaminada que es de conocimiento del personal de lavandería.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar un manual de procedimientos para el tratamiento de ropa contaminada, aprobado con R.D. y socializado al personal respectivo.</li> <li>Efectivizar una encuesta de conocimiento sobre una muestra aleatoria mínima de 10 trabajadores.</li> </ul>	Unidad de mantenimiento y Servicios Generales
18	DLDE	Descont. Limpie desinfecesteriliz.	DLDE-3		DLDE 3-3	Se cuantifica el porcentaje de reclamos y quejas sobre el servicio de lavandería por problemas en la entrega, oportunidad de los enseres de cama y ropa y se toman acciones correctivas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar un libro de registro de quejas en el servicio de lavandería.</li> <li>Informar mensualmente las incidencias así como las medidas correctivas.</li> </ul>	Unidad de mantenimiento y Servicios Generales
20	NYD	Nutrición y dietética	NYD-2	Los requerimientos de los servicios nutricionales concuerdan con las necesidades de los pacientes y la prescripción médica.	NYD 2-3	El profesional de nutrición efectúa la visita diaria a los pacientes con dietas especiales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contratar un personal nutricionista adicional.</li> <li>Implementar informe diario de visitas a pacientes con dietas especiales.</li> </ul>	Nutrición

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

20	NYD	Nutrición y dietética	NYD-2		NYD 2-4	Se registra porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios y se adoptan medidas correctivas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar el registro manual o electrónico de quejas.</li> <li>Elaborar informe mensual.</li> <li>Implementar medidas de mejora según el informe.</li> </ul>	Nutrición
21	GIM	Gestión Insumos Material	GIM-1	Se tienen definidos los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales	GIM 1-3	Se tienen establecidas y se aplican medidas de protección de insumos y materiales por el personal de almacén central.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborar MBP almacenamiento, aprobar con R.D.</li> <li>Realizar el informe de implementación de las medidas recomendadas.</li> <li>Realizar la lista de chequeo del manual de almacenamiento.</li> </ul>	Unidad de Logística/ Unidad de Control Patrimonial
21	GIM	Gestión Insumos Material	GIM-1		GIM 1-4	Se tienen establecidos y se aplican procedimientos para el control de insumos y materiales en el área de distribución (almacén).	<ul style="list-style-type: none"> <li>MAPRO para el control de insumos y materiales, aprobado con RD.</li> <li>Informe de la implementación de las medidas recomendadas del manual en el almacén.</li> <li>Implementar la lista de chequeo del cumplimiento del manual.</li> </ul>	Unidad de Logística/ Unidad de Control Patrimonial
21	GIM	Gestión Insumos Material	GIM-2	Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	GIM 2-2	En el establecimiento se llevan a cabo los procesos de adquisición según los procesos correspondientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborar el MAPRO de la Unidad de Logística en coordinación con la Oficina de Planificación, para su aprobación con R.D.</li> <li>Aplicar lista de chequeo de cumplimiento de la norma técnica.</li> </ul>	Unidad de Logística/ Unidad de Control Patrimonial
21	GIM	Gestión Insumos Material	GIM-2		GIM 2-3	Se cuantifica el porcentaje de entregas de insumos y materiales de acuerdo con una programación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar libro de registro de entrega de insumos y materiales de acuerdo a la programación de requerimiento.</li> <li>Informar de la evaluación del registro de entrega de insumos y materiales, evidenciando la entrega de más del 80% de requerimientos, preferentemente.</li> </ul>	Unidad de logística/ Unidad de Control Patrimonial



“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

21	GIM	Gestión Insumos Material	GIM-2		GIM 2-4	Se registra la opinión de los técnicos en el proceso de adquisición en insumos y materiales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar el registro manual de opinión de los técnicos en los procesos de adquisición</li> <li>Elaborar informe de las auditorías de los procesos de adquisición</li> <li>Realizar la lista de chequeo de la opinión técnica en los procesos de adquisición de insumos y materiales.</li> </ul>	Unidad de logística/ Unidad de Control Patrimonial
22	EIF	Gestión equipos infraestr	EIF-1	El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica las normas para disponer de equipos e infraestructura operativos	EIF 1-3	Se cuenta con personal capacitado para la elaboración de proyectos de inversión y se elaboran proyectos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitar personal en la elaboración de proyectos de inversión.</li> <li>Evidenciar la existencia de al menos un proyecto de inversión al momento de la evaluación.</li> </ul>	Unidad de mantenimiento y Servicios Generales
22	EIF	Gestión equipos infraestr	EIF-1		EIF 1-5	Se cuenta con procedimientos documentados para la adquisición de equipos, mantenimiento; remodelación y/o ampliación de infraestructura física del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordinar con oficina planeamiento, la elaboración y aprobación del MAPRO para la adquisición de equipos, mantenimiento, remodelación o ampliación de infraestructura.</li> </ul>	Unidad de mantenimiento y Servicios Generales
22	EIF	Gestión equipos infraestr	EIF-1		EIF 1-7	Se cuenta y aplica los procedimientos del manual para el mantenimiento de instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboración del MAPRO con asesoramiento de la oficina de planificación.</li> <li>Informe semestral sobre el mantenimiento de las instalaciones según el MAPRO oficial.</li> </ul>	Unidad de mantenimiento y Servicios Generales
22	EIF	Gestión equipos infraestr	EIF-1	El EESS cuenta con recurso humano capacitado y aplica las normas para disponer de equipos e infraestructura operativos	EIF 1-8	Cuenta con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras y éste es aplicado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborar manual de mantenimiento, control y seguimiento de áreas críticas en coordinación con Planificación.</li> <li>Efectuar informe trimestral de la situación de áreas críticas</li> <li>Implementar lista de chequeo de procedimientos realizados según manual.</li> </ul>	Unidad de mantenimiento y Servicios Generales

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

22	EIF	Gestión equipos infraestr	EIF-1		EIF 1-9	Cuenta con manual de medidas que permiten el buen uso y prevención de deterioro de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica) y éste es aplicado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con manual de medidas de buen uso y prevención del deterioro de equipos y servicios básicos aprobado con R.D.</li> <li>• Realizar informe según manual</li> <li>• Aplicar lista de chequeo del cumplimiento del manual.</li> </ul>	Unidad de mantenimiento y Servicios Generales
22	EIF	Gestión equipos infraestr	EIF-2	El EESS cuenta con información y toma decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad.	EIF 2-2	Se realiza mantenimiento preventivo de los equipos de acuerdo a programación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con un plan de mantenimiento preventivo de equipos.</li> <li>• Realizar informe de evaluación de manera trimestral, según el plan.</li> </ul>	Unidad de mantenimiento y Servicios Generales
22	EIF	Gestión equipos infraestr	EIF-2		EIF 2-3	Se cuantifica el porcentaje de soluciones oportunas ante el llamado de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura y equipos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar un libro de registro de solicitudes de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura de equipos.</li> <li>• Realizar informe trimestral de libro de registro.</li> </ul>	Unidad de mantenimiento y Servicios Generales

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

## ANEXOS:

### ANEXO 1. RD del PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN HAL - 2025

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
HOSPITAL ANTONIO LORENA

REPÚBLICA DEL PERÚ

Nº 093 -2025-HAL/UGRH

**Resolución Directoral**

Cusco, 21 ABR 2025

**VISTO:** el Expediente con registro N° 2634-2025, que contiene el INFORME N° 083-2025 de la JOGC/HAL-GRSC, emitido por la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Antonio Lorena;

**CONSIDERANDO:**

Que, los numerales I, II y IV del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, dispone que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, y que la salud pública es responsabilidad primaria del Estado;

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, que tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación y control y evaluación de su cumplimiento;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el documento Técnico denominado Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, con el objetivo de "Establecer los principios, normas, metodología y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud, siendo uno de sus procesos la seguridad del paciente;

Que, con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSPV.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"; estableciendo que la autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento conforme a la norma acotada, además prevé que uno de los procedimientos para el proceso de acreditación que se deberá observar, es que los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad institucional;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprobó la Documento Técnico "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", la cual tiene por finalidad 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, la norma acotada, en su numeral 6.1 establece que la autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud, cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, quienes hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categorías I-1 hasta el III-2 y Servicios Médicos de Apoyo y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento;

Que, a su vez, en el literal d) del numeral 6.1 de la guía precitada se dispone que el plan de autoevaluación es elaborado por los evaluadores internos y es aprobado por la autoridad institucional, en la que se consigna a los responsables de servicio/área/departamento que interactúan con los evaluadores;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021-MINSA, se aprobó el documento denominado "Normas para la elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general consiste en establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud en el marco de sus funciones rectoras, siendo de observancia obligatoria por los órganos, unidades orgánicas y órganos desconcentrados del Ministerio de Salud;



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
HOSPITAL ANTONIO LORENAN° 093 -2025-HAL/UGRH

## Resolución Directoral

Cusco, 21 ABR 2025

Que, el artículo 12° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Antonio Lorena, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC.CUSCO, señala que la Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica encargada de implementar el sistema de Gestión de la Calidad, para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al usuario; teniendo asignados entre sus objetivos funcionales; "Asesorar en el desarrollo de la auto evaluación, el proceso de acreditación y auditoría clínica, según las normas que establezca el Ministerio de Salud" e "Implementar las estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad y mejora continua en los servicios", entre otros;

Que, en ese contexto normativo, a través del documento del visto, la jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la aprobación del "Plan de Trabajo de Autoevaluación 2025 del Hospital Antonio Lorena, cuyo objetivo general es determinar el grado de cumplimiento de los Macroprocesos, Procesos, Estándares y Criterios establecidos en la Norma Técnica de Acreditación de Servicios de Salud, a través de la autoevaluación en la MR y Hospital para el ejercicio fiscal 2025;

Que, de conformidad con los considerandos precedentes y a fin de contribuir con el cumplimiento de los objetivos institucionales resulta pertinente, emitir el acto resolutorio que apruebe el "Plan de Trabajo de Autoevaluación 2025 del Hospital Antonio Lorena;

Con el visado de la Dirección de Administración, la Unidad de Gestión de Recursos Humanos y Asesoría Legal Externa del Hospital Antonio Lorena;

En uso de las atribuciones y facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Antonio Lorena, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC.CUSCO;

### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO 1°.- APROBAR el PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN 2025** del Hospital Antonio Lorena, que en documento se adjunta con el contenido de diecisiete (17) folios y tres (3) anexos, los mismos que son integrantes de la presente Resolución y por los fundamentos expuestos en la parte considerativa.

**ARTÍCULO 2°.- Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad, la difusión, seguimiento y monitoreo del Plan de Trabajo de Autoevaluación aprobado en la presente Resolución.**

**ARTÍCULO 3°.- Disponer la publicación de la presente Resolución Directoral en el portal web institucional del Hospital Antonio Lorena.**

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.**

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
HOSPITAL ANTONIO LORENA  
ORIGINAL FIRMADO  
M.C. Manuel Sotelo Barbaran  
DIRECTOR EJECUTIVO  
CMP: 52670 RNE: 35056

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

## ANEXO 2. REUNIONES DE SENSIBILIZACIÓN CON LOS EVALUADORES INTERNOS







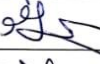
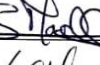















GOBIERNO REGIONAL  
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE  
SALUD

Hospital Antonio Lorena



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana".

RELACION DE PARTICIPANTES			
TEMAS:	REUNIÓN DE COORDINACIÓN A EVALUADORES INTERNOS PARA EL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN AÑO 2025.		
FECHA:	20 DE JUNIO DEL 2025		
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	NRO DNI	FIRMA
1	Janet Chaparro Velosquez	41956137	
2	Bismilda Moreno Peñe	23919166	
3	Adas Ataquaviles Curo	23762008	
4	Celinda Montes Pedraza	31044868	
5	Veronica Caceres Mamani	44517850	
6	Pilar Achahui Pena	43509845	
7	Florencia Masas Jesus Alvarez	48359889	
8	Mosca Yuni Cuaserna Sanchez	23918080	
9	Sabina Marcelo Salata	23959579	
10	CHARITO ROSA GARCIA	23947224	
11	Sari Zinedo Bejar	23960009	
12	Janet Pizarro Mejia	40765152	
13	Vanina Bravo Peña	4442850	
14	Eleba Astete Huaylla	23996065	
15	Patricia I. Flores Palomino	40416053	
16	Lila Valer Candia	23998875	
17	Maria Isabel Mendoza Gachi	41034577	
18	Flor Angela Neyra Onque	45741627	
19	Sara Pantoja Orihuela	23838936	
20	Maria D. Garayar Esquivel	23963102	
21	Reyna Huqman Ninaco	23859756	
22	Graciela Ascue Monsalce	24673041	

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"





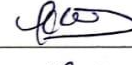




GOBIERNO REGIONAL  
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE  
SALUD

Hospital Antonio Lorena



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana".

RELACION DE PARTICIPANTES			
TEMA:	Reunión de capacitación a Evaluadores Internos para el Proceso de Autoevaluación año 2025		
FECHA:	20 DE JUNIO DEL 2025		
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	NRO DNI	FIRMA
1	Carmen Luz Cusiguispe Quispirope	24491120	
2	Aragon Ilacta Erika	43669851	
3	Maril Isabel Zúñiga Camp	23882988	
4	Ada Cerequevilca Curo	23762007	
5	Dino Medardo Contreras	23954828	
6	Jorge W. Vera Torres	06296594	
7	Aurelia Luna Torres	23804233	
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

### ANEXO 3. COMUNICACIÓN DEL INICIO DE AUTOEVALUACIÓN A GERESA-CUSCO

GOBIERNO REGIONAL  
CUSCOGERENCIA REGIONAL DE  
SALUDDIRECCIÓN EJECUTIVA HOSPITAL  
ANTONIO LORENA

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

CARGO

#### INFORME N° 136-2025-GRSC-HAL/D

A : Dra. Elbia Lisbeth Yépez Chacón  
Gerente Regional de Salud Cusco

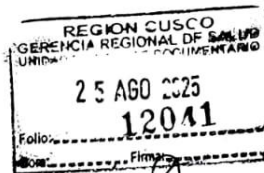
DE : Dr. Manuel Sotelo Barbarán  
Director Ejecutivo del Hospital Antonio Lorena

ASUNTO : Inicio del proceso de Autoevaluación 2025 del Hospital Antonio Lorena.

ATENCIÓN : Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria

REFERENCIA : INFORME N°245 - 2025 JOGC-HAL-GRSC

FECHA : Cusco, 22 de agosto 2025



Por el presente me dirijo a usted, con relación al proceso de Acreditación del Hospital a mi cargo; en lo referente a la implementación de la Autoevaluación.

#### I. ANTECEDENTES



- RM N° 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- RM N° 456 - 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".
- RM N°270 - 2009/MINSA que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- RM N° 150-2025/MINSA Aprueban la Directiva Administrativa N° 372-MINSA/2025/DGOS "Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión 2025 en el marco del artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153"
- DS N° 022-2024-SA, que define el listado de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2025, las fichas técnicas y los scripts para su aplicación e implementación para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del personal de la salud al servicio del Estado

#### II. ANÁLISIS

- La acreditación de establecimientos de salud tiene la finalidad de garantizar a los usuarios que los profesionales de salud cuentan con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, ayudando así a reducir las fallas atribuibles a los servicios de salud; a través de una entrega estandarizada de servicios de salud, que

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

**ANEXO 4. COMUNICACIÓN DEL INICIO DE AUTOEVALUACIÓN A JEFES DE  
DEPARTAMENTO Y ÁREAS**GOBIERNO REGIONAL  
CUSCOGERENCIA REGIONAL DE  
SALUDDIRECCIÓN EJECUTIVA HOSPITAL  
ANTONIO LORENA

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

**MEMORANDUM CIRCULAR N° 181 -2025 -GRSC-HAL/D****HOSPITAL ANTONIO LORENA**  
DIRECCIÓN EJECUTIVA  
SECRETARÍA**DE** : M.C. Manuel Sotelo Barbaran  
Director Ejecutivo del Hospital Antonio LorenaRecibido: 4248  
Registro: 11:42**A** : Jefes de Departamento y Jefes de Área

10 SEP 2025

**ASUNTO** : Inicio del Proceso de Autoevaluación para la Acreditación.HOSPITAL ANTONIO LORENA  
UNIDAD DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS  
SECRETARÍA**REFERENCIA** : Informe N° 262-2025 JOGC/HAL-GRSC

Recibido: 10 SEP 2025

**FECHA** : Cusco, 08 de septiembre del 2025.

Registro: Hora:

Folio:

Por medio del presente, se comunica que, en cumplimiento del Plan Táctico del Plan de Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud, aprobado mediante RD N°080-2025-HAL, se ha dado inicio al proceso de autoevaluación en nuestro hospital a partir del 02 de septiembre de 2025.

Se solicita a los jefes de departamento y jefes de área socializar esta información con su personal, brindar las facilidades necesarias a los equipos de evaluadores, y coordinar activamente con ellos para el adecuado desarrollo de este proceso.

Adjunto a este comunicado se encuentra el listado de asistentes a la reunión de coordinación realizada con el Equipo Evaluador.

Agradecemos de antemano su colaboración.

Atentamente,  
GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
HOSPITAL ANTONIO LORENA  
Dr. Julián Medoza Quispe  
URÓLOGO  
C.M.P. 13745 RNE. 5665

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
HOSPITAL ANTONIO LORENAM.C. Manuel Sotelo Barbaran  
DIRECTOR EJECUTIVO  
C.M.P. 152476 RNE. 35996MINISTERIO DE SALUD  
GINECOLOGÍA - TRAUMATOLOGÍA  
N. A. L.Hesil Xsa bel Taina Turpo  
ENFERMERA JEFE  
CEP N° 20146 RNE N° 3081

C: 09/09/25

R: 9/9/25

Javier Cuno Vera  
PEDIATRA  
C.M.P. 29660 RNE. 28696Luz Estrella Camacho Torres  
MÉDICO-ANESTESIOLOGO  
C.M.P. 24908 RNE. 00107

Calle Carlos Ugarte s/n Urb. Primavera – Santiago  
Portal web: <http://hospitalantoniolorena.gob.pe>

TU SALUD,  
nuestra responsabilidad



“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

## ANEXO 5. CONFORMACION DE LOS EQUIPOS DE ACREDITACIÓN Y DE EVALUADORES INTERNOS:

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
HOSPITAL ANTONIO LORENA



Nº 084-2025-HAL/UGRH

### Resolución Directoral

Cusco, 03 ABR 2025



**VISTO:** El Expediente con registro N° 2230 -2025, conteniendo el Informe N° 078-2025 JOGC-HAL-GRSC, emitido por la Oficina de Gestión de la Calidad, donde solicita la conformación del Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos, para el proceso de Autoevaluación del Hospital Antonio Lorena, periodo 2025, y;



#### CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;



Que, el artículo 2° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, define el término acreditación, como el procedimiento de evaluación periódica de los recursos institucionales, que tiende a garantizar la calidad de la atención a través de estándares previamente definidos por la autoridad de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA se aprobó la NTS N° 050- MINSA/DGSP-V.02 – Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, cuya finalidad es 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, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, asimismo, el numeral 3 del capítulo VI de la precitada Norma Técnica, establece que constituyen parte de los evaluadores, quienes son profesionales de la salud y/o técnicos asistenciales y administrativos del sector salud, públicos, privados formados y autorizado. Evaluadores Internos, realizan la evaluación interna o autoevaluación en los límites de establecimientos de salud/microrred o servicio médico de apoyo donde laboran, aplicando los estándares de acreditación;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA se aprobó 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 fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;



Que, asimismo, el inciso c) del punto 6.1 de la precitada Guía, establece que la selección de los evaluadores internos por la Autoridad Institucional, aplicando los criterios de selección, se cuenta con un listado oficial de evaluadores, quienes reciben entrenamiento para la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar, despliegue técnicas de evaluación e instrumentalización para la evaluación de los criterios de evaluación y reciben todas las facilidades para cumplir con sus funciones en los tiempos establecidos. Los miembros del equipo eligen a su líder por consenso. Antes de aplicar la evaluación el equipo de asegurarse de haber recurrido las instalaciones del establecimiento de salud en su totalidad;

Que, mediante Resolución Directoral N° 155-2024-HAL/UGRH de fecha 24 de abril del 2024, se conformó el Equipo de Acreditación y del Equipo de Evaluadores Internos, para el Proceso de Autoevaluación del Hospital Antonio Lorena -2024;

Que, en ese sentido, mediante Informe N° 078-2025 JOGC-HAL-GRSC, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad solicita a la Dirección Ejecutiva, la conformación del Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos, para el Proceso de Autoevaluación del Hospital Antonio Lorena, periodo 2025, tal como lo dispone la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 – Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
HOSPITAL ANTONIO LORENA



Nº 084-2025-HAL/UGRH

## Resolución Directoral

Cusco, 03 ABR 2025

Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, proponiendo a los profesionales que integrarán los referidos equipos;

Que, por lo señalado en el considerando anterior y siendo prerrogativa del titular de la Entidad constituir, modificar y reestructurar entes técnicos calificados para el mejor desarrollo y cumplimiento de las actividades y objetivos institucionales, resulta necesario conformar el Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos, para el Proceso de Autoevaluación del Hospital Antonio Lorena, para el periodo 2025, mediante acto resolutivo;

Con la visación de la Oficina de Calidad en Salud y la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Lima Este - Vitarte.

De conformidad con la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, la Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA y demás normas pertinentes; y en uso de las atribuciones y facultades conferidas mediante Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC.CUSCO, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Antonio Lorena;

### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO 1º.- CONFORMAR el EQUIPO DE ACREDITACIÓN Y EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS, PARA EL PROCESO DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA 2025, la misma que estará integrada por los siguientes miembros:**

#### A. EQUIPO DE ACREDITACION:

**PRESIDENTE:** M.C. Dennis Fernando MENDOZA GAMARRA

#### INTEGRANTES:

Nº	DEPARTAMENTOS Y OFICINAS
01	Sub Director
02	Director de Administración
03	Jefe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto
04	Jefe de Departamento de Medicina
05	Jefe de Departamento de Cirugía
06	Jefe de Departamento de Pediatría y Neonatología
07	Jefe de Departamento de Oncología
08	Jefe de Departamento de Ginecología y Obstetricia
09	Jefe de Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
10	Jefe de Departamento Anestesia, Analgesia y Reanimación
11	Jefe de Departamento Medicina Física y Rehabilitación
12	Jefe de Departamento de Enfermería
13	Jefe de Departamento de Apoyo al Diagnóstico
14	Jefe de Departamento de Apoyo al Tratamiento

#### B. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

**COORDINADOR GENERAL:** Lic. Aurelia LUNA TORRES



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
HOSPITAL ANTONIO LORENA



Nº 084-2025-HAL/UGRH

## Resolución Directoral

Cusco, 03 ABR 2025

EVALUADOR LIDER: M.C. Jorge Washington VERA TORRES

### EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

Nº	NOMBRES APELLIDOS	PROFESIÓN	CARGO
01	Aurelia LUNA TORRES	Lic. Enfermería	Jefe Ofic. de Gestión de la Calidad
02	Jorge Washington VERA TORRES	Médico	Responsable Autoevaluación - OGC
03	Graciela ASCUE DE GUEVARA	Lic. Enfermería	Jefe Enf. Servicio de Pediatría
04	Monica DELGADO HUAMANTUPA	Lic. Enfermería	Responsable Seguridad del Paciente
05	Maria Veronica ALVAREZ SOLIS	Médico	Responsable Auditoria - OGC
06	Dina MEDRANO CONTRERAS	Lic. Enfermería	Resp. Información para Calidad - OGC
07	Rubén Eduardo CABRERA ALVAREZ	Médico	M.C. - Departamento de Oncología
08	Milagros FUENTES VARGAS	Ing. Sistemas	Unidad de Estadística e Informática
09	Charito Miluska MEZA GARCIA	Q. Farmacéutico	Jefe del Servicio de Farmacia
10	Maria Delfina GARAYAR ESQUIVEL	Lic. Enfermería	Supervisora de Consultorios Externos
11	Liz Guadalupe MENDOZA CALLALLI	Lic. Enfermería	Jefe Enf. Servicio de Medicina
12	Yanet HUACAC GUZMAN	Médico	Jefe Ofic. Investig. Docencia y Capacitación
13	Karla CORBACHO CHIPANA	Lic. Enfermería	Servicio de Neumología
14	Pilar ACHAHUI PEÑA	Lic. Enfermería	Jefe Enf. Servicio de Neurocirugía
15	Yanina BRAVO PEÑA	Lic. Enfermería	Jefe Enf. Servicio de Infectología
16	Celinda MONTES PEDRAZA	Lic. Enfermería	Jefe Enf. Servicio de Neonatología
17	Maria Carmen CAHUA OLIVAREZ	Lic. Enfermería	Servicio de Centro Quirúrgico
18	Jina Georgina CHAVEZ RODRIGUEZ	Obstetra	Servicio de Obstetricia
19	Yanet PINARES MEJIA	Lic. Enfermería	Jefe Enf. Servicio de Cirugía
20	Janet CHAPARRO VELASQUEZ	Lic. Enfermería	Supervisora de Hospitalización
21	Brumilda MORENO PEREZ	Lic. Enfermería	Jefe Departamento de Enfermería
22	Magda Yoni CUARESMA SANCHEZ	Lic. Enfermería	Jefe Enf. Servicio de Cirugía Especialidades
23	Edly CALLALLI MATTOS	Médico	M.C. Dpto. de Cirugía y Esp. Quirúrgicas
24	Stefany Mary SANTA CRUZ CARRASCO	Médico	M.C. Departamento de Pediatría

**ARTÍCULO 2º.-** DAR POR CONCLUIDA la conformación del el Equipo de Acreditación y del Equipo de Evaluadores Internos, para el Proceso de Autoevaluación del Hospital Antonio Lorena, conformado con Resolución Directoral N° 155-2024-HAL/UGRH de fecha 24 de abril del 2024.

**ARTÍCULO 3º.-** NOTIFICAR a los miembros que integran los citados equipos designados en el Artículo 1° de la presente resolución, quienes realizarán sus funciones en cumplimiento a las Normas de Gestión de la Calidad de Atención en Salud y otras disposiciones legales sobre la materia, en adición a sus funciones habituales, sin perjuicio de las actividades administrativas y/o asistenciales que en forma permanentemente vienen desarrollando.

**ARTÍCULO 4º.-** DISPONER la publicación de la presente Resolución Directoral en el portal web institucional del Hospital Antonio Lorena.

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.**

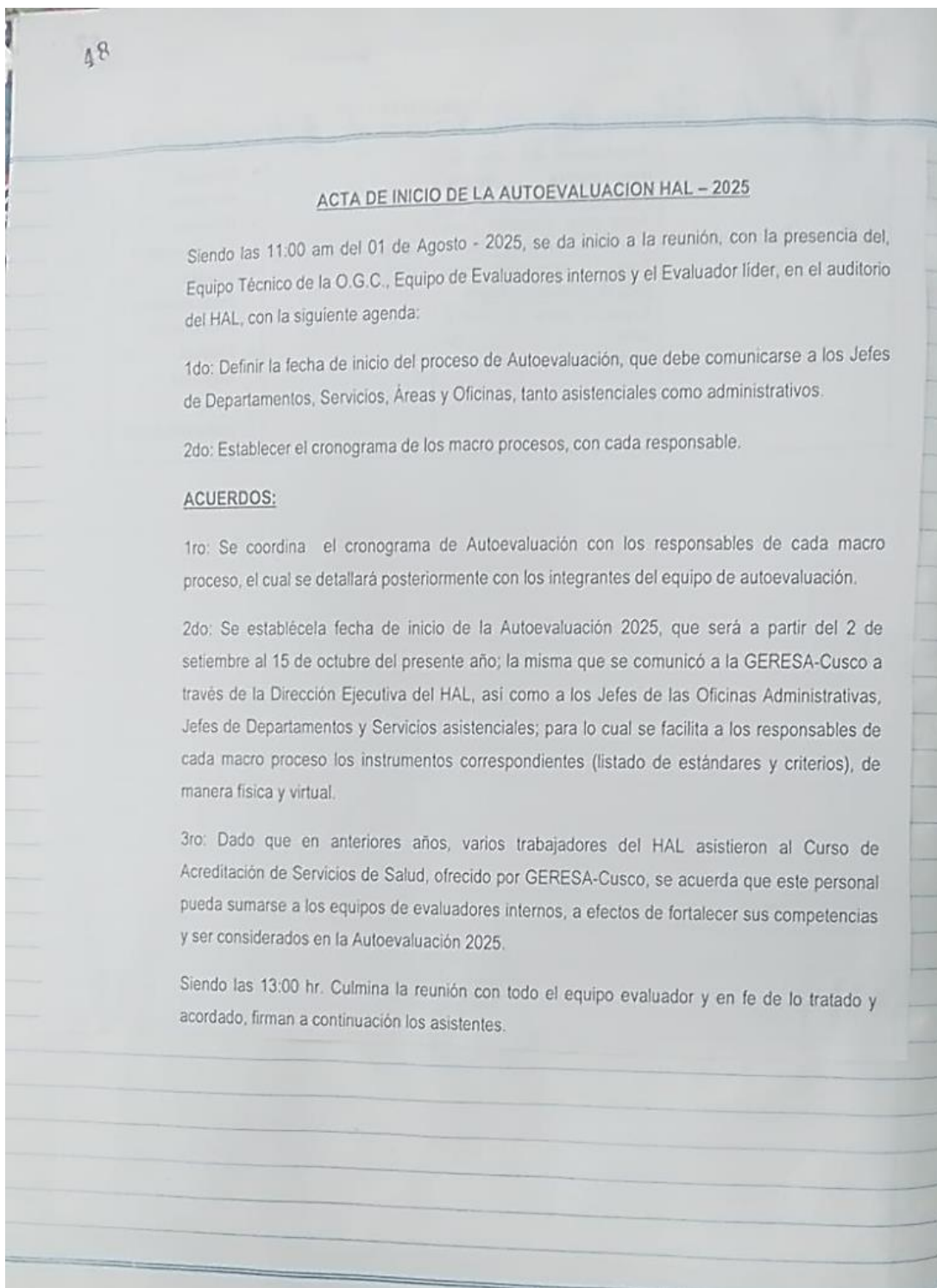
GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
HOSPITAL ANTONIO LORENA

ORIGINAL FIRMADO

Dr. Dennis Fernando Alendroza Gamarra  
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HAL  
CMP: 38244 RNE: 28701

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”



## ANEXO 6. ACTA DE INICIO Y CULMINACION DE AUTOEVALUACION HAL 2025:





"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"


49



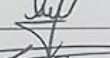
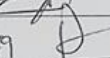

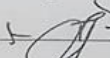

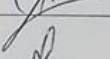
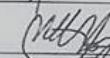


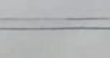
GOBIERNO REGIONAL  
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE  
SALUD

Hospital Antonio Lorena



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

RELACION DE PARTICIPANTES				
TEMA: REUNION TECNICA : EVALUACION INTERNA - AUTOEVALUACION DEL HAL AÑO 2025				
FECHA: 01 DE AGOSTO DEL 2025				
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	NRO DNI	FIRMA
1	Brumilda Moreno Pérez	sf. Dto Enf.	23919166	
2	Vanessa Silva Ramirez	sf. de Salud	448645801	
3	Carelín Alarcón Delacruz	Jefe Servicio	40165250	
4	Enrique B. Gutierrez Gajon	Jefe. Mucio	06441396	
5	JHOUANI RODRIGUEZ	JEFE DEPARTAMENTO	40378879	
6	Luisa Mendoza Quispe	J. Dpto. Cirujia	73893825	
7	H. Ponchaca Contreras	Jefe G-0	23882815	
8	OSCAR GARCIA ARROYO	SENO. ANADON	40925018	
9	Javier Lino Venero	J. Dpto. Pediatría	24484776	
10	Milagros Albaladejo	Enfermera	54735116	
11	Ma Verónica Alvarez Solis	OCC	29623252	
12	FORGE VERA TORRES	OCC	06296594	
13				
14				

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

## ACTA DE CULMINACION DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION HAL – 2025

Siendo las 9.30 horas del 14 de noviembre de 2025, se da inicio a la reunión, con la presencia del Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad (OGC), evaluador líder, equipo de evaluadores internos; a efectos de informar el resultado logrado en el marco de los Convenios de Gestión 2025.

Se comunica que el proceso de digitación de los diferentes Macroprocesos fue asumido por el personal del Equipo Técnico de la OGC, a pesar de la sobrecarga laboral existente.

El jefe de la OGC, procede a informar el resultado obtenido del 73%, correspondiente a *no aprobado* con cargo a subsanar observaciones en 6 meses. Posteriormente se determinan los siguientes acuerdos:





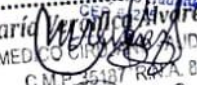
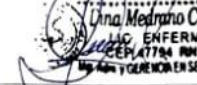
**PRIMERO.** Formular el informe de Autoevaluación 2025 para su envío a GERESA – Cusco, considerando aspectos técnicos contenidos en la normativa y la Ficha Técnica N° 046 de Convenios de Gestión 2025.

**SEGUNDO.** Consignar en dicho informe aquellos macroprocesos que obtuvieron una puntuación de 0. A fin, de establecer propuestas de mejora continua a ser ejecutadas con miras a la próxima Autoevaluación del 2026.

**TERCERO.** Coordinar con GERESA – CUSCO la socialización de los resultados obtenidos a los integrantes del Comité de Gestión del HAL, a efectos de lograr su participación activa en el proceso de MCC a implementarse próximamente.

En fe de lo tratado y acordado, firmamos los asistentes.

### EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS PARTICIPANTES

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESIÓN	ÁREA	FIRMA
01	JORGE WASHINGTON VERA TORRES	MEDICO	EQUIPO TECNICO(OGC)	 MC Jorge W. Vera Torres JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD GOBIERNO REGIONAL CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA
02	BRUMILDA MORENO PEREZ	LIC. ENFERMERIA	DPTO. ENFERMERIA	 L.C. Brumilda Moreno Perez DPTO. ENFERMERIA HOSPITAL ANTONIO LORENA
03	GRACIELA ASCUE MENZALA	LIC. ENFERMERIA	PEDIATRIA	 L.C. Graciela Ascue Menzala PEDIATRIA HOSPITAL ANTONIO LORENA
04	MONICA DELGADO HUAMANTUPA	LIC. ENFERMERIA	EQUIPO TECNICO(OGC)	 L.C. Monica Delgado Huamantupa EQUIPO TECNICO(OGC) HOSPITAL ANTONIO LORENA
05	MARIA VERONICA ALVAREZ SOLIS	MEDICO	EQUIPO TECNICO(OGC)	 M.C. Maria Veronica Alvarez Solis MEDICO CIRUJANO C.M.P. 35187 R.N.A. 8878
06	DINA MEDRANO CONTRERAS	LIC. ENFERMERIA	EQUIPO TECNICO(OGC)	 L.C. Dina Medrano Contreras EQUIPO TECNICO(OGC) HOSPITAL ANTONIO LORENA



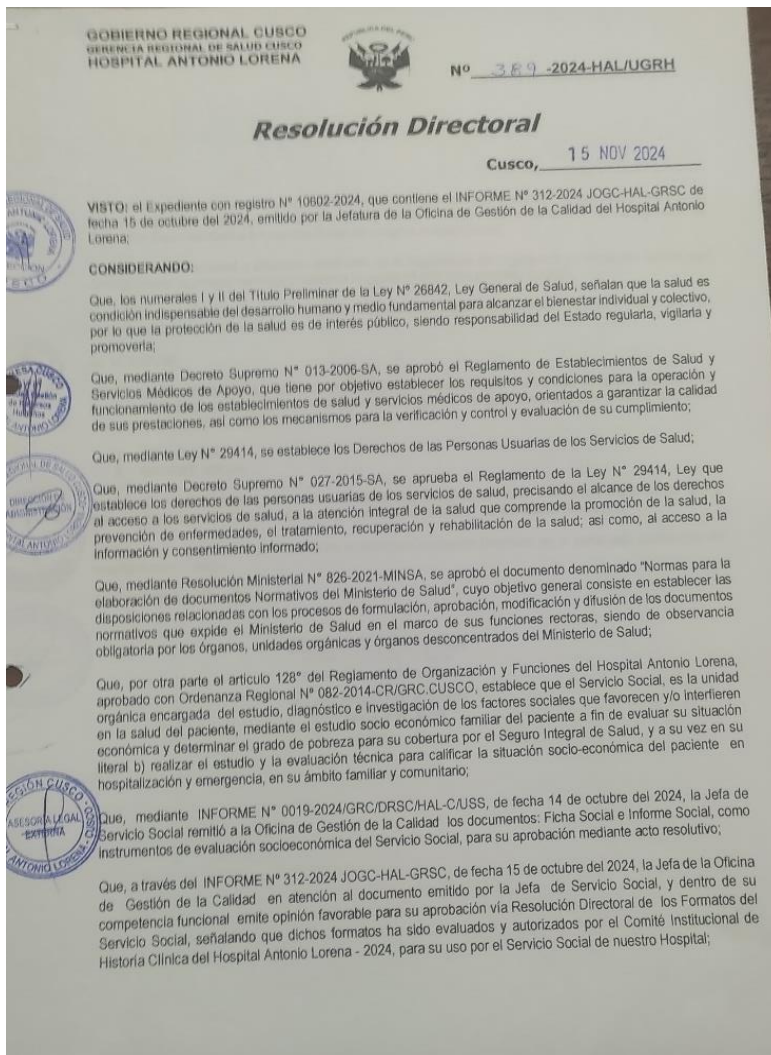
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

07	EDLY CALLALLI MATOS	MEDICO	OTORRINOLARINGOLOGÍA	 Dra. Edly Callalli Matos MEDICO CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGO CMP: 53885 RNE: 32755
08	STEFANY MARY SANTA CRUZ CARRASCO	MEDICO	PEDIATRIA	 Dra. Stefany Santa Cruz Carrasco MEDICO PEDIATRA CMP: 68299 RNE: 40391
09	CHARITO MILUSKA MEZA GARCIA	Q. FARMACEUTICO	FARMACIA	 Q.F. Charito Miluska Meza Garcia JEFE DE FARMACIA
10	JAQUELINE FIGUEROA QUIÑONES	OBSTETRA	OBSTETRICIA	 Jaqueline Figueroa Quiñones Obstetra Especialista COP 15568 RNE 901 E 01
11	LILA VIOCHI ZANABRIA AGUIRRE	OBSTETRA	OBSTETRICIA	 L. Viochi Zanabria Aguirre OBSTETRA COP 16846
12	MARGOT VERA HUAMAN	OBSTETRA	OBSTETRICIA	 Margot Vera Huaman OBSTETRA
13	MADGA YONI CUARESMA SANCHEZ	LIC. ENFERMERIA	CX. ESPECIALIDADES	 Madga Yoni Cuaresma Sanchez C.E.P 17237 RE 2364
14	MARIA DELFINA GARAYAR ESQUIVEL	LIC. ENFERMERIA	CONSULTORIOS EXTERNOS	 Maria Delfina Garayar Esquivel C.E.P: 38240 LIC. DE ENFERMERIA
15	YANINA BRAVO PEÑA	LIC. ENFERMERIA	INFECTOLOGIA	 Yanina Bravo Peña LIC. EN ENFERMERIA CEP 7560
16	JINA GEORGINA CHAVEZ RODRIGUEZ	OBSTETRA	OBSTETRICIA	 JINA GEORGINA CHAVEZ RODRIGUEZ OBSTETRA ESPECIALISTA COP 15568 RNE 901 E 01
17	JANET CHAPARRO VELASQUEZ	LIC. ENFERMERIA	DPTO. ENFERMERIA	 Lic. Janet Chaparro Velasquez SUPERVISORA DE HOSPITALIZACIÓN CEP: 50007
18	LIZ GUADALUPE MENDOZA CALLALLI	LIC. ENFERMERIA	MEDICINA INTERNA	 Lic. Liz Guadalupe Mendoza Callalli JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINAS MUTUAS Y VALORES CEP 34799 RNE 20844

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

## FUENTE AUDITABLES DE LA EVALUACION DE ALGUNOS MACROPROCESOS

### MP 19 – MANEJO DEL RIESGO SOCIAL



“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

## MRS 1.2

**FICHA SOCIAL**

**DATOS GENERALES DEL PACIENTE:**

Apellido: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Meses: \_\_\_\_\_ Días: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Grado de instrucción: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Distrito: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Documento de Identidad: \_\_\_\_\_  
 Región: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ C.E. \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_  
 Lugar de alojamiento: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

**TIPO DE SEGURO:** SIS ☐ ESSALUD ☐ SANIDAD ☐ OTRO ☐

**COMPOSICIÓN FAMILIAR:**

NÚMERO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	ESTADO CIVIL	OCCUPACIÓN	PARENTESCO
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Servicio: \_\_\_\_\_ Cana N° \_\_\_\_\_ N° HCL: \_\_\_\_\_  
 Dx. Médico: \_\_\_\_\_  
 Fecha de ingreso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ENFERMEDADES:** TBC ☐ HTA ☐ CÁNCER ☐ NINGUNA ☐ ITS ☐ VIH ☐ ALT. MENT. ☐  
 Otro: \_\_\_\_\_ N° Habitaciones: \_\_\_\_\_

**SITUACIÓN DE VIVIENDA:**  
 Vivienda Propia ☐ Alquilada ☐ Cuidante ☐ Otros: \_\_\_\_\_  
 Rústico ☐ Noble ☐ Otros: \_\_\_\_\_  
 Alumbrado ☐ Agua ☐ Desagüe ☐ Otros: \_\_\_\_\_

**FACTORES PSICOSOCIALES:**  
 Sit. abandono fam. ☐ Alcohólico ☐ Dependencia fármacos ☐ Violencia Fam. ☐ Discap. Fis. ☐  
 Estado desnutrición ☐ Ludopatía ☐ Violencia Sex. ☐ Prob. Leg. ☐  
 Menor desprotegido ☐ Ninguna ☐ Otro: \_\_\_\_\_

**SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA:**  
 Total ingreso Familiar S/: \_\_\_\_\_  
 Total Egreso Familiar S/: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Social: \_\_\_\_\_  
 Representante legal o Apoderado: \_\_\_\_\_  
 DNI: \_\_\_\_\_ Telef.: \_\_\_\_\_  
 Otros al revés: \_\_\_\_\_

**FAMILIOGRAMA:**

☐ Hombre ☐ Unidos ☐ Abierto  
☐ Mujer ☐ Separados  
☐ Defunción ☒ Muerto

**GOBIERNO REGIONAL CUSCO**  
**HOSPITAL ANTONIO LORENA**  
 JEFATURA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO  
 UNIDAD DE SERVICIO SOCIAL

**INFORME N° 007-2025/GRC/DRSCHAL-CU/SS.**

**A :** DRA. JANNET HUACAC GUZMAN  
 JEFA DEL DEPARTAMENTO DE TRATAMIENTO DEL HAL

**DE :** A.S. MARINA HUACASI ANCCORI  
 JEFA DE LA UNIDAD DE SERVICIO SOCIAL

**ASUNTO :** Auditoria de Calidad de Registro de Fichas Sociales – Norma Técnica

**FECHA :** Cusco, 15 de Agosto de 2025

Por medio del presente me dirijo a usted, para poner de su conocimiento respecto a la auditoria de calidad de Registro de Fichas Sociales de Norma Técnica correspondientes al mes de Julio del presente año de la Unidad de Servicio Social de un total de 23 Fichas Sociales de los cuales 05 Fichas Sociales fueron seleccionadas en forma aleatoria, siendo auditadas las Fichas Sociales N° 191; 195; 202; 207 y 210 respectivamente, encontrándose los siguientes hallazgos:

**Ficha Social N° 197**  
**Porcentaje obtenido: Satisfactorio 92/100**

No conformidades:  
 1.- Falta consignar datos en la edad del paciente

Conclusiones:  
 1.- Omisión de datos en la edad del paciente

Recomendaciones:  
 1.- Permanente seguimiento en el llenado de las Fichas sociales

**Ficha Social N° 197**  
**Porcentaje obtenido: Satisfactorio 97/100**

No conformidades:  
 1.- Falta consignar datos en la edad del paciente

Conclusiones:  
 1.- Omisión de datos en la edad del paciente

Recomendaciones:  
 1.- Permanente seguimiento en el llenado de las Fichas sociales

**Ficha Social N° 1**  
**Porcentaje obtenido: Satisfactorio 91/100**

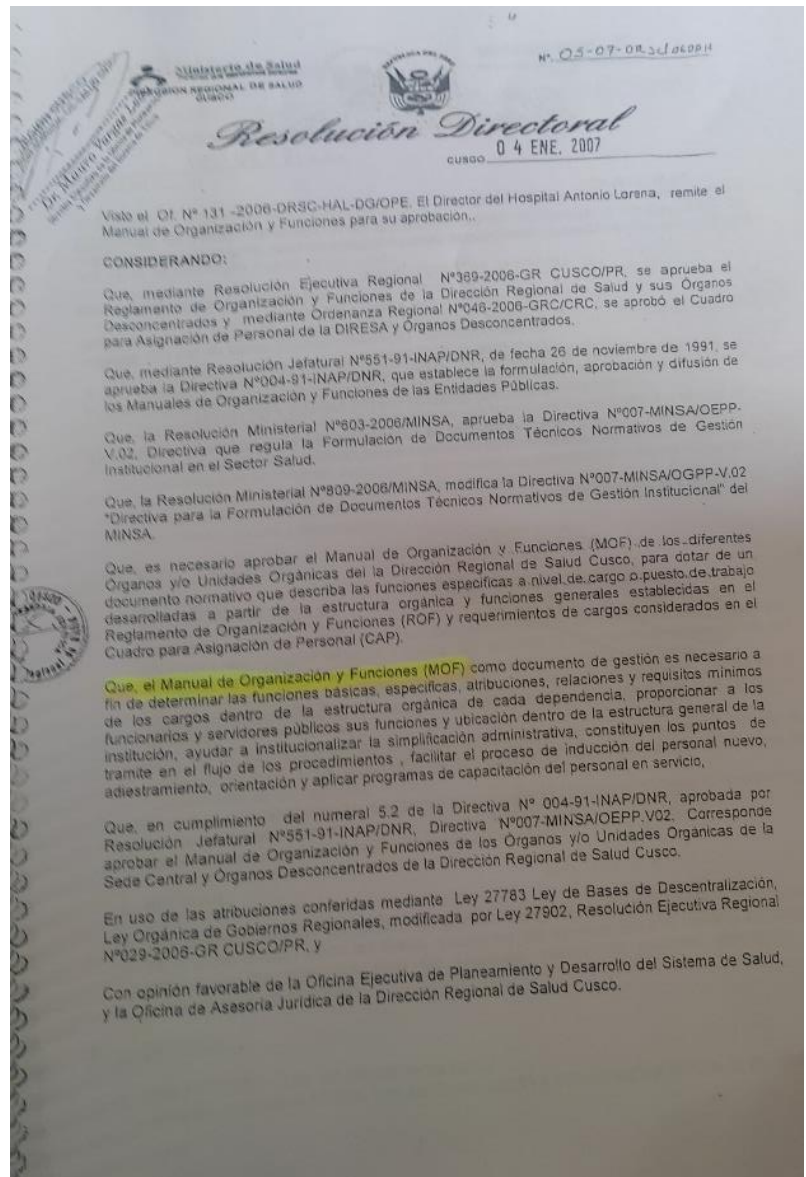
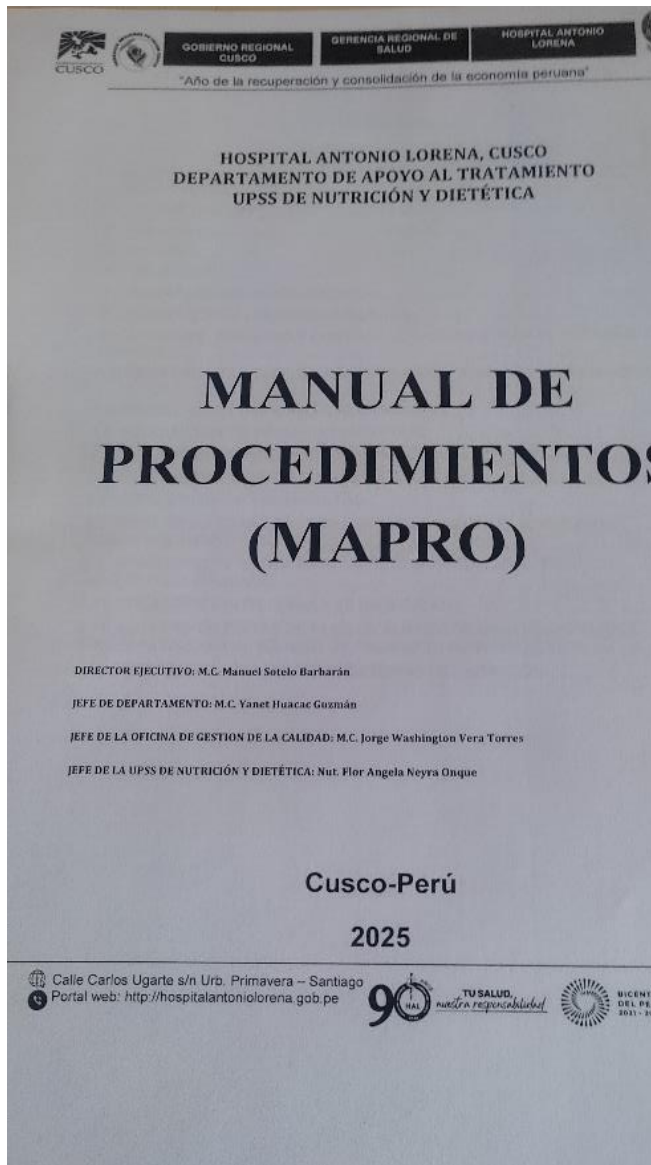
No conformidades:  
 1.- Falta consignar datos en la edad del paciente  
 2.- Falta consignar datos de edad, estado civil, ocupación y parentesco en Composición familiar.  
 3.- Falta consignar Factores Psicosociales



“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

## FUENTE AUDITABLE DEL MACROPROCESO NUTRICION Y DIETETICA

MP 20: NYD 1-1



“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

NYD 1.2

**GOBIERNO REGIONAL CUSCO** **GERENCIA REGIONAL DE SALUD** **UPSS DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

**INFORME N° 91-2025/UPSND/DAT/IAL**

A : Lic. Adm. Luis Guillermo Vilchez Rosell  
Director de Administración del HAL

DE : Nut. Flor Ángela Neyra Onque  
Jefe del Servicio de Nutrición y Dietética del Hospital Antonio Lorena

ASUNTO : Remito Plan de capacitación del personal de la UPSS de Nutrición y Dietética del HAL

FECHA : Jueves 04 de setiembre del 2025

Mediante la presente me dirijo a usted para saludarlo y al mismo tiempo hacerle llegar el plan de capacitación del personal de la UPSS de Nutrición y Dietética correspondiente a lo que resta del año en curso.  
Plan q viene ejecutándose con la finalidad de mejorar las aptitudes del personal, reforzar conocimientos y mejorar acciones de procedimientos en la UPSS.

Adjunto plan de capacitación

Es cuanto comunico a usted para su atención y conocimiento, Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi especial deferencia y estima personal.

Atentamente,

Cc: Arch  
FAND/ano  
C 04.09.2025

*[Firma]*  
Lic. Flor Ángela Neyra Onque  
NUTRICIONISTA  
CNP 7400

Calle Carlos Ugarte s/n Urb. Primavera – Santiago  
Portal web: <http://hospitalantoniolorena.gob.pe>

**90** TU SALUD. nuestra responsabilidad

BICENTENARIO DEL PERÚ 1981 - 2024

12

Capacitación y Salud Ocupacional

Se dio la 2:30 PM del día de hoy Jueves 27 de marzo del 2025 en las instalaciones del congreso de la UPSS Nutrición y Dietética se realizó la charla en Enfermedades Ocupacionales y Accidentes de Trabajo a cargo del área de Salud Ocupacional con el Dr. Fernando.

Raul Colanauca Panayalli	25328749	<i>[Firma]</i>
Yoniel Lopez Suarez	23995136	<i>[Firma]</i>
Yoniel Lopez Suarez	24492138	<i>[Firma]</i>
Wilber Acuña PERERA	23986872	<i>[Firma]</i>
Dr. David Lorena Flores	23924553	<i>[Firma]</i>
Improbio Camacho Estrada	41452676	<i>[Firma]</i>
Rosa Illeguiza Cargos	40797120	<i>[Firma]</i>
Edith Llacha Miranda	46724882	<i>[Firma]</i>
YURI S. CHAVEZ LIMA	24880218	<i>[Firma]</i>
Enthi Salazar Palomino	23817468	<i>[Firma]</i>
Yolfin Estrada Llanos	23832936	<i>[Firma]</i>
Jonathan Jorge Huari Sueno	46451202	<i>[Firma]</i>
WILBER ACUÑA PERERA	23986872	<i>[Firma]</i>

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

NYD 1.3

GOBIERNO REGIONAL  
CUSCO


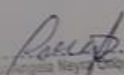
GERENCIA REGIONAL DE  
SALUD

HOSPITAL ANTONIO LORENA  
SERVICIO DE NUTRICION

"Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia,  
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho".

**HORARIOS DE ATENCION COMEDOR**

TIEMPO DE COMIDA	HORA DE ENTREGA
DESAYUNO	De 07:30 – 8:00 AM
REFRIGERIO	De 10:00 – 11:00 AM
ALMUERZO	De 12:30 – 02:00 PM
CENA	De 7:00 – 8:30 PM

  
  
Angella Neyra Enrique  
NUTRICIONISTA  
CNP 7850

GOBIERNO REGIONAL  
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE  
SALUD

HOSPITAL ANTONIO LORENA  
SERVICIO DE NUTRICION

"Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia,  
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho".

**HORARIOS DE ATENCION A PACIENTES HOSPITALIZADOS**

TIEMPO DE COMIDA	HORA DE ENTREGA A PACIENTES	TIEMPO DE INGESTA	HORA DE ACOPIO
DESAYUNO	07:30 AM	60 MIN	08:30 AM
COLACIÓN DE MEDIA MAÑANA	10:30 AM	30 MIN	11:00 AM
ALMUERZO	12:00 M	60 MIN	01:00 PM
CENA	04:00 PM	60 MIN	05:00 PM
COLACIÓN NOCTURNA	06:30 PM	30 MIN	

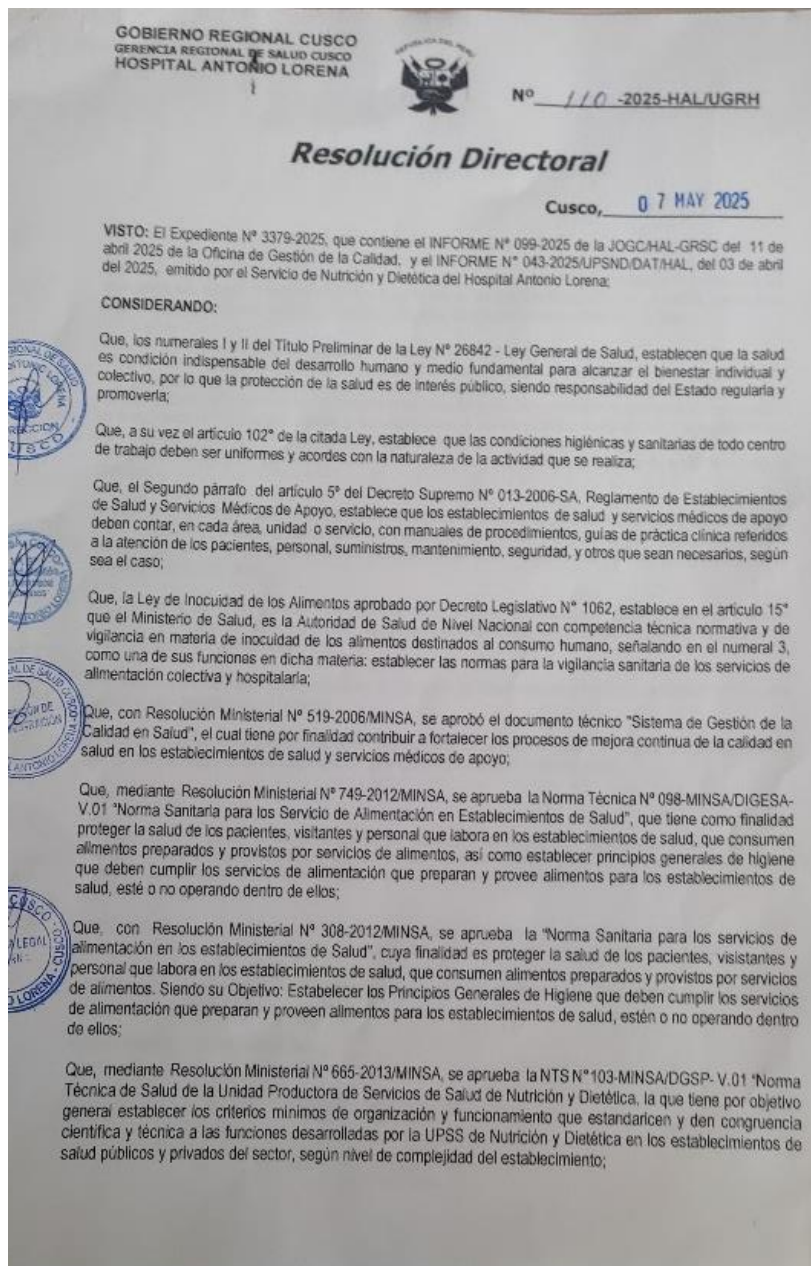
1980  
03/02/25

-----  
Lic. Flor Angela Neyra Onque  
NUTRICIONISTA  
CNP 7850



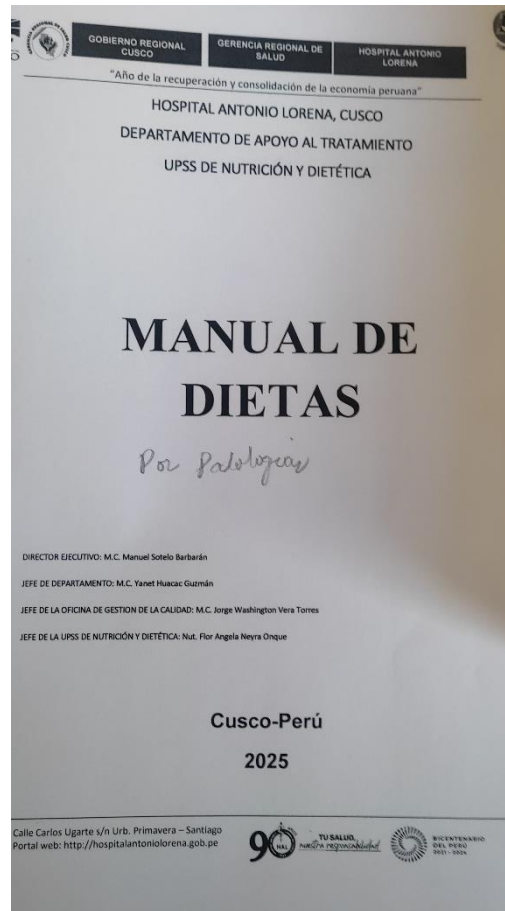
“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

NYD 1.4



“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

NYD 2: NYD 2.1



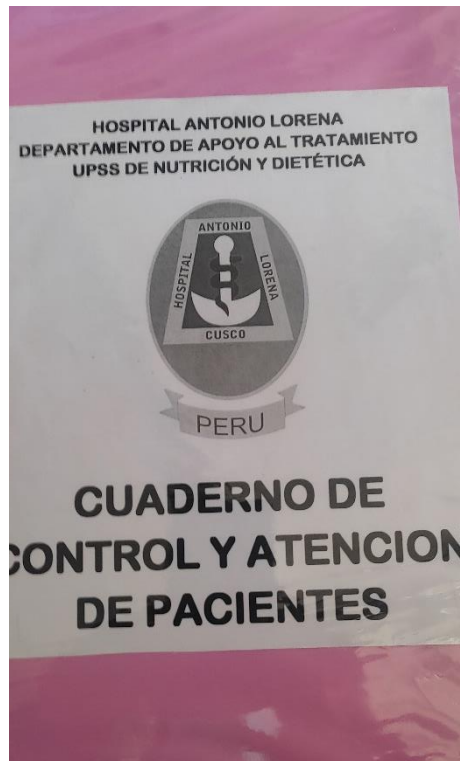
PROGRAMACION DE MENUS DEL LUNES 01 AL DOMINGO 07 DE SETIEMBRE DEL 2025 - PACIENTES

	LUNES 01/SEPTIEMBRE	MARTES 02/SEPTIEMBRE	MIERCOLES 03/SEPTIEMBRE	JUEVES 04/SEPTIEMBRE	VIERNES 05/SEPTIEMBRE	SABADO 06/SEPTIEMBRE	DOMINGO 07/SEPTIEMBRE
NORMAL Y BLANDA	Maca c/ leche + 2 panes	3 harinas c/ leche + 2 panes	Jugo de Quinua c/ leche + 2 panes	Avena c/ leche + 2 panes	Huacaya de quinoa c/ leche + 2 panes	3 harinas c/ leche + 2 panes	Maca c/ leche + 2 panes
HIPERPROTEICA	Maca c/ leche + 2 panes c/ mantequilla Y 1 huevo sancachado	3 harinas c/ leche + 2 panes c/ mantequilla Y 1 huevo sancachado	Quinua c/ leche + 2 panes c/ queso + 1 huevo sancachado	Avena c/ leche + 2 panes + 1 huevo sancachado	Huacaya de quinoa c/ leche + 2 panes c/ mantequilla Y 1 huevo sancachado	3 harinas c/ leche + 2 panes c/ mantequilla Y 1 huevo sancachado	Maca c/ leche + 2 panes c/ mantequilla Y 1 huevo sancachado
HIPOGLUCIDA	Avena sin azúcar + pan hipoglucido, huevo sancachado	Sémola sin azúcar + pan hipoglucido, huevo sancachado	Avena sin azúcar + pan hipoglucido, huevo sancachado	Huacaya de quinoa sin azúcar + pan hipoglucido, huevo sancachado	Sémola sin azúcar + pan hipoglucido, huevo sancachado	Avena sin azúcar + pan hipoglucido, huevo sancachado	Huacaya de quinoa sin azúcar + pan hipoglucido, huevo sancachado
HIPOGRASO	Avena sin leche + 2 panes	Sémola sin leche + 2 panes	Avena con azúcar + 2 panes	Huacaya de quinoa + 2 panes	Sémola sin leche + 2 panes	Avena con azúcar + 2 panes	Huacaya de quinoa + 2 panes
HIPOSODICO	Avena sin leche + pan hiposodico	Sémola sin leche + pan hiposodico	Avena con azúcar + pan hiposodico	Huacaya de quinoa + pan hiposodico	Sémola sin leche + pan hiposodico	Avena con azúcar + pan hiposodico	Huacaya de quinoa + pan hiposodico
SOFA NORMAL	CREMA DE MORAYA Segundo de fideo c/ carne y arroz	MORON Locro de zapallo + bistec c/ arroz	CREMA DE MORAYA Tallarin c/ guiso de carne	CHAUQUELA Cau cau de pollo y arroz	CREMA DE MORAYA Puré papa c/ abobado y arroz	PERUZO Locro de zapallo tipo moron c/ arroz	MORON Abobado de carne c/ arroz
BLANDA	Segundo de fideo c/ carne y arroz	Locro de zapallo + bistec c/ arroz	Tallarin c/ guiso de carne + huevo	Cau cau de pollo y arroz + huevo	Puré papa c/ abobado y arroz	Locro de zapallo tipo moron c/ arroz	Abobado de carne c/ arroz
HIPERPROTEICA	Segundo de fideo c/ carne + arroz + huevo sancachado	Locro de zapallo + bistec c/ arroz + huevo	Cagua refrita de pollo y requesón de moraya	Pollo dorado c/ pasta de carrete y ensalada	Abobado c/ puré de zapallo y ensalada	Locro de zapallo tipo moron c/ arroz	Cagua refrita de pollo y requesón de moraya
HIPOGLUCIDA	Segundo de fideo c/ carne + ensalada	Locro de zapallo c/ pollo a la plancha + arroz (sin sal)	Tallarin c/ guiso de pollo (sin sal)	Cau cau de pollo y arroz	Puré papa c/ abobado y arroz	Locro de zapallo tipo moron c/ arroz	Cagua refrita de pollo y requesón de moraya
HIPOSODICO	Segundo de fideo c/ pollo + arroz (sin sal)	Locro de zapallo c/ pollo a la plancha c/ arroz (sin sal)	Tallarin c/ guiso de pollo (sin sal)	Cau cau de pollo y arroz	Puré papa c/ abobado y arroz	Locro de zapallo tipo moron c/ arroz	Cagua refrita de pollo y requesón de moraya
RENAL	Segundo de fideo c/ pollo + arroz (sin sal)	Locro de zapallo c/ pollo a la plancha c/ arroz (sin sal)	Tallarin c/ guiso de pollo (sin sal)	Cau cau de pollo y arroz	Puré papa c/ abobado y arroz	Locro de zapallo tipo moron c/ arroz	Cagua refrita de pollo y requesón de moraya
HIPOGRASO	Segundo de fideo c/ pollo + arroz	Locro de zapallo c/ pollo a la plancha c/ arroz	Tallarin c/ guiso de pollo	Cau cau de pollo y arroz	Puré papa c/ abobado y arroz	Locro de zapallo tipo moron c/ arroz	Cagua refrita de pollo y requesón de moraya
SOFA NORMAL Y BLANDA	Sémola Arroz chaufa de pollo	Tortilla de verduras c/ arroz	Sémola Arroz a la jardinera c/ pollo y ensalada cocida	Sémola Guiso de fideo c/ pollo y arroz	Sémola Arroz chaufa de pollo	Tortilla de verduras c/ arroz	Sémola Arroz a la jardinera c/ pollo y ensalada cocida
HIPERPROTEICA	Arroz chaufa de pollo	Tortilla de verduras c/ arroz	Quinua refrita de pollo c/ ensalada cocida	Quinua refrita de pollo c/ ensalada cocida	Arroz chaufa de pollo	Tortilla de verduras c/ arroz	Quinua refrita de pollo c/ ensalada cocida
HIPOGLUCIDA	Chauha de quinua c/ pollo	Arroz a la jardinera c/ pollo	Quinua refrita de pollo c/ ensalada cocida	Quinua refrita de pollo c/ ensalada cocida	Arroz chaufa de pollo	Tortilla de verduras c/ arroz	Quinua refrita de pollo c/ ensalada cocida
HIPOSODICO	Quinua a la jardinera c/ pollo	Arroz a la jardinera c/ pollo	Quinua refrita de pollo c/ ensalada cocida	Quinua refrita de pollo c/ ensalada cocida	Arroz chaufa de pollo	Tortilla de verduras c/ arroz	Quinua refrita de pollo c/ ensalada cocida



“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

NYD 2.3



Nº	FECHA DE EVALUACIÓN	SECTOR	NOMBRE DEL PACIENTE	Nº	HISTORIA CLÍNICA	DIAGNÓSTICO	PESO	TALLA	DIAGNÓSTICO	FECHA DEL EXAMEN	EXAMENADOR
01	26-08-25	Pediatría	Alana Khalees Rosme Huilca	1	88955	Desnutrición Crónica	5.4 kg	57 cm	Desnutrición Crónica	26/08/25	Emilysa (Interna)
02	28-09-25	SERT	Vicentina Puma Yura	3	881845	Desnutrición Crónica	40 kg	150 cm	Desnutrición Crónica	28/09/25	Edmundo (Interno)
03	06-09-25	Cardiología	Ramón Oros Loiza	8	0612593	Infarto miocárdico	48 kg	1.50 m	Infarto miocárdico	06/09/25	Katherine (Interna)
04	08-09-25	Medicina	Celso Rojas Valencia	8	0903183	Diabetes Tipo II	48 kg	1.60 m	Diabetes Tipo II	08/09/25	Emilysa (Interna)
05	09/09/2025	Cirugía	Yoni Humbaccondi Yupangui	2	0906885	Fractura de humero	63 kg	1.60 m	Fractura de humero	09/09/25	Yolana (Interna)
06	15/09/2025	Pediatría	Bryan Anthony Chameria Valverde	3	884044	Desnutrición Crónica	5.3 kg	63 cm	Desnutrición Crónica	15/09/25	Yolana (Interna)
07	15/09/2025	Pediatría	Andrés Alejandro Ortiz	4	665504	Síndrome de Down	13.8 kg	1.22 m	Síndrome de Down	15/09/25	Yolana (Interna)

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

NYD 2

