



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

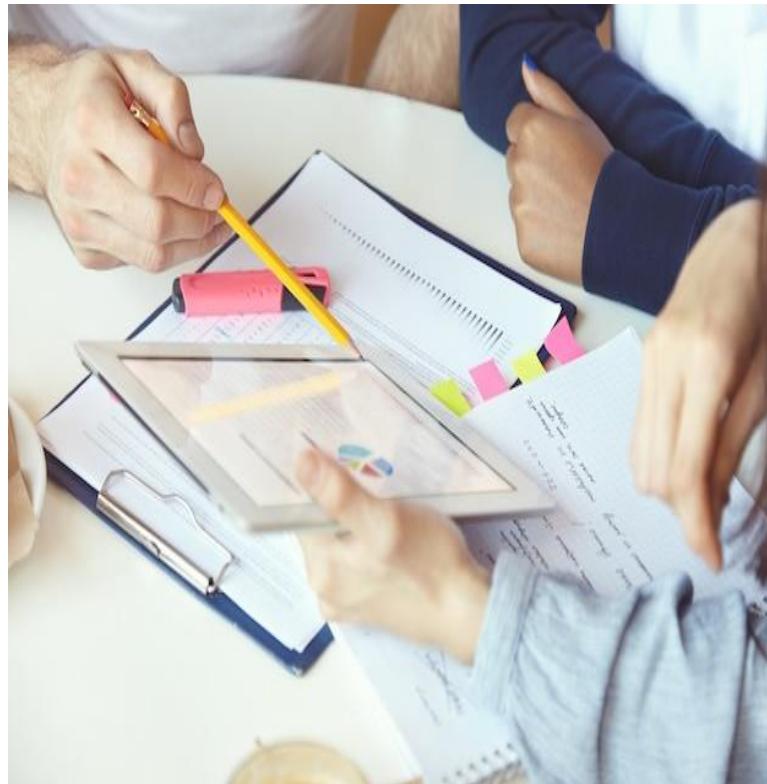
GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

Hospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad



"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



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

1





GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

Hospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad



“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



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

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 redunda 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.



GOBIERNO REGIONAL
CUSCOGERENCIA REGIONAL DE
SALUDHospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad

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

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:

| Nº | DEPARTAMENTOS Y OFICINAS |
|----|--|
| 01 | SUB DIRECTOR |
| 02 | Director de Administración |
| 03 | Jefe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto |



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

GOBIERNO REGIONAL
CUSCOGERENCIA REGIONAL DE
SALUDHospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad

"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. GESTION 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 ACHAUI 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. ENFERMERIA |
| 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 |



GOBIERNO REGIONAL
CUSCOGERENCIA REGIONAL DE
SALUDHospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad

"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, renuncias 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:

| Nº | MACROPROCESO | RESPONSABLE | INTEGRANTES |
|----|--------------------------------------|--------------------------------|--|
| 1 | DIRECCIONAMIENTO | Jorge Washington Vera Torres | Jorge Washington Vera Torres Edly Callalli Matos Janet Chaparro Velasquez Jaqueline Figueroa Quiñones |
| 2 | GESTIÓN DE RRHH | | Graciela Ascue Menzala Maria Delfina Garayar Esquivel Lila Viochi Zanabria Aguirre |
| 3 | GESTIÓN DE LA CALIDAD | Graciela Ascue Menzala | Graciela Ascue Menzala Maria Delfina Garayar Esquivel Liz Guadalupe Mendoza Callalli Margot Vera Huaman |
| 4 | MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN | Graciela Ascue Menzala | Monica Delgado Huamantupa |
| 5 | GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES | Monica Delgado Huamantupa | Monica Delgado Huamantupa |
| 6 | CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN | | Jorge Washington Vera Torres Stefany Mary Santa Cruz Jina Georgina Chavez Rodriguez |
| 7 | ATENCIÓN AMBULATORIA | Jorge Washington Vera Torres | Graciela Ascue Menzala Charito Miluska Meza Garcia Maria Delfina Garayar Esquivel |
| 8 | ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN | Graciela Ascue Menzala | Dina Medrano Contreras |
| 9 | ATENCIÓN DE EMERGENCIAS | Maria Veronica Alvarez Solis | Maria Veronica Alvarez Solis Brumilda Moreno Perez |
| 10 | ATENCIÓN QUIRÚRGICA | | Maria Veronica Alvarez Solis Stefany Mary Santa Cruz Carrasco Yanina Bravo Peña |
| 11 | DOCENCIA E INVESTIGACIÓN | Maria Veronica Alvarez Solis | Maria Delfina Garayar Esquivel Madga Yoni Cuaresma Sanchez |
| 12 | APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO | | Dina Medrano Contreras Janet Chaparro Velasquez |
| 13 | ADMISIÓN Y ALTA | Maria Delfina Garayar Esquivel | Brumilda Moreno Perez Jina Georgina Chavez Rodriguez Liz Guadalupe Mendoza Callalli |
| 14 | REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS | | |
| 15 | GESTIÓN DE MEDICAMENTOS | Dina Medrano Contreras | |
| 16 | GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN | | |
| 17 | DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA. | | |
| 18 | MANEJO DEL RIESGO SOCIAL | Brumilda Moreno Perez | |
| 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.



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

GOBIERNO REGIONAL
CUSCOGERENCIA REGIONAL DE
SALUDHospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad

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

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 |
|-------------------------------------|--|
| Fase I: 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 |
| Fase II: 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. |
| Fase III: 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.





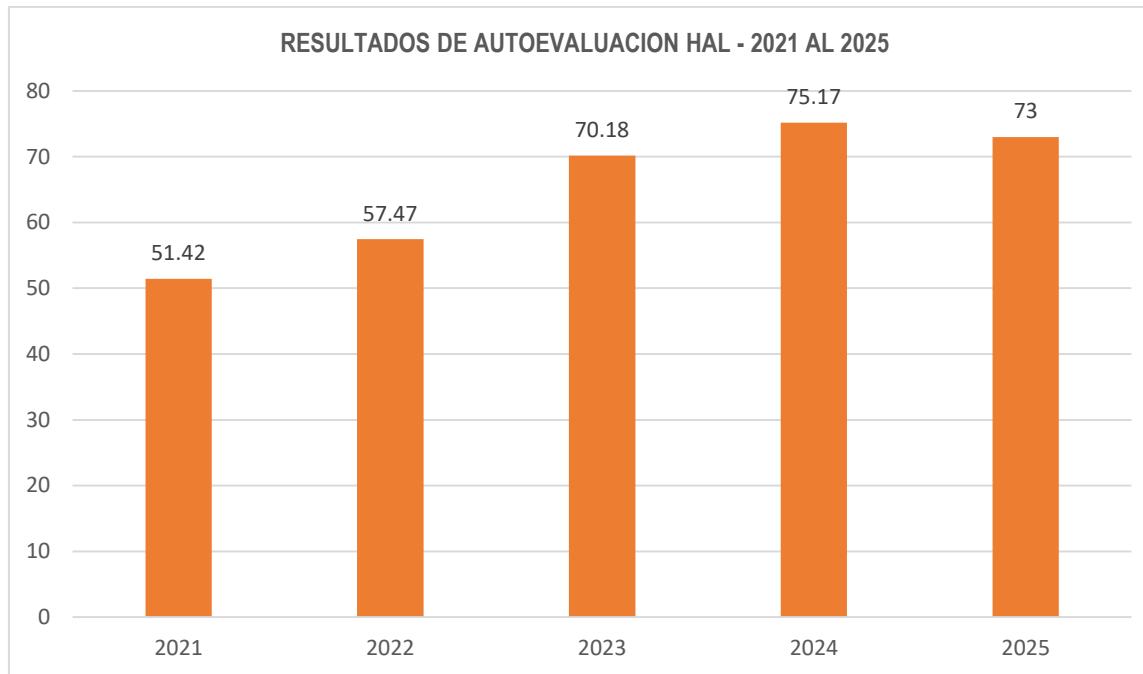
“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

VIII. PUNTAJE ALCANZADO Y ANALISIS DE RESULTADOS:

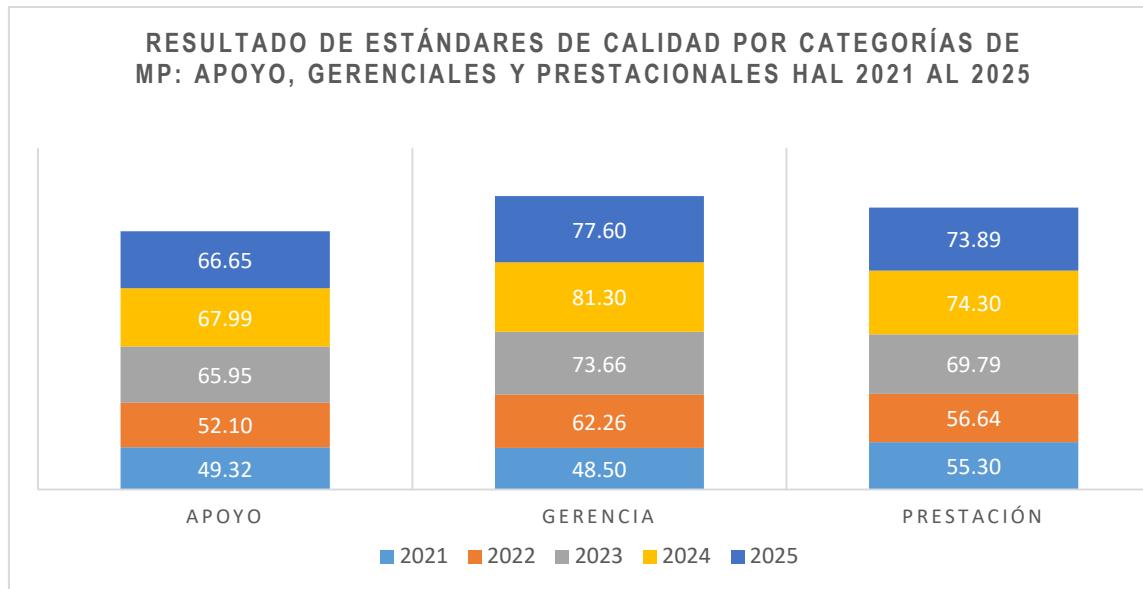
| Establecimiento : | 00002305-ANTONIO LORENA | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|---------------------|-----|----|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|-------|
| Tipo de Establecimiento : | III-1 | | | | | | | | | | |
| Fase: | AutoEvaluación | | | | | | | | | | |
| Año: | 2025 | | | | | MACROPROCESO | | | | | |
| Periodo : | 1 | | | | | CATEGORIAS | | | | | |
| | | Nro total criterios | | | Puntaje MÁXIMO por Macro proceso | Puntaje Obtenido x Macro proceso | Cumplimiento x Macro proceso | Puntaje Max. x categoría | Puntaje Obtenido x Categoría | Cumplimiento x categoría | |
| Macroprocesos | Críterios x nivel | E | P | R | T | Total | Total | % | Total | Total | % |
| Direcciónamiento | 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 | | | |
| 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 | 254.45 | 188.02 | 73.89 |
| 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 | | | |
| 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 | 159.03 | 105.84 | 66.55 |
| 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 | | | |
| 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 (%) | 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.

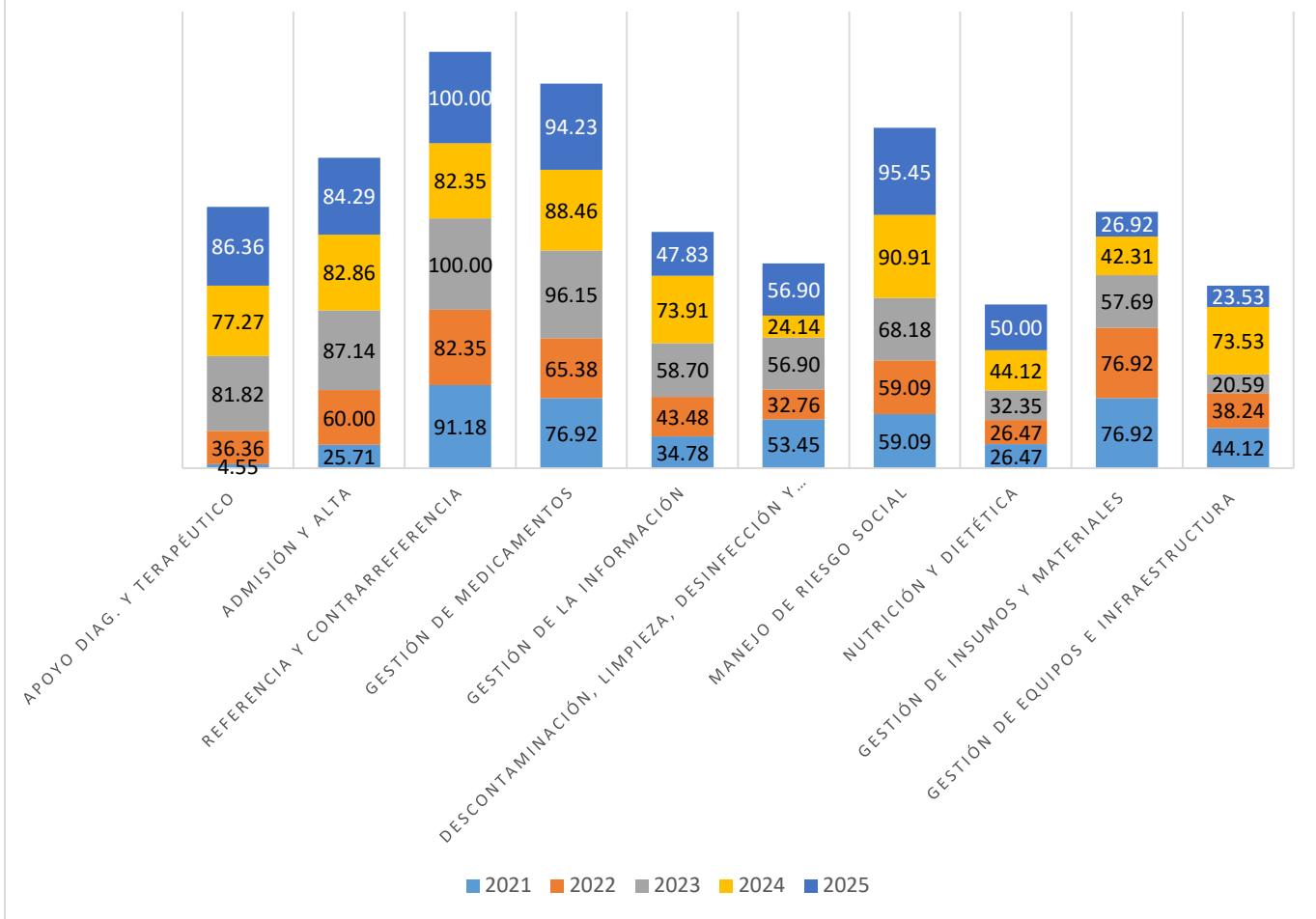


ANÁLISIS: En el proceso de Autoevaluación 2025 - HAL, destacan los **MP Gerenciales** con el 77.60, seguido de los **MP Prestacionales** con el 73.89 y en tercer lugar están los **MP de Apoyo** con el 66.65. Por tanto, para el presente año persiste un mejor desempeño en los Macroprocesos Gerenciales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



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

MP DE APOYO HAL - 2021 AL 2025

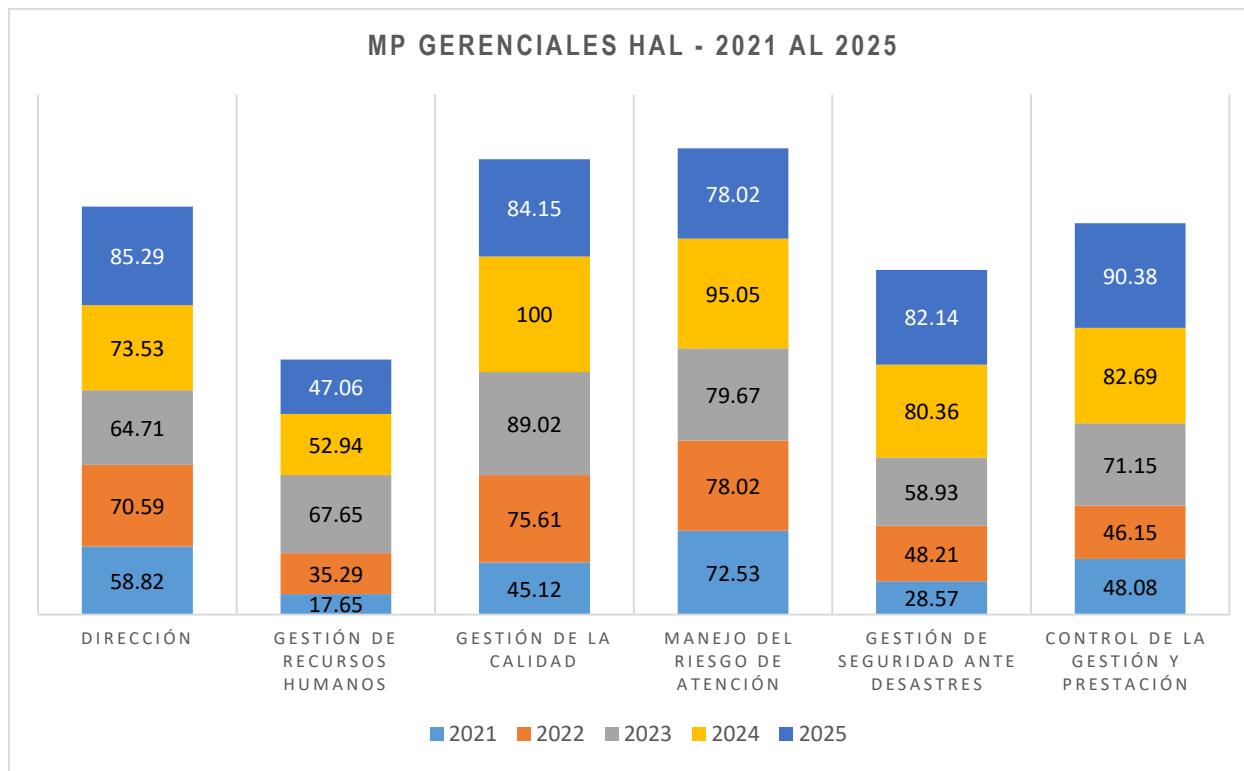


ANÁLISIS: En el proceso de Autoevaluación HAL - 2025, se evidenció en los Macroprocesos de Apoyo un decremento global de 1.34 (de 67.99 a 66.65), lo cual se explica por la disminución en los MP: **GIN** bajó 26.08, **GIM** bajó 15.39, y **EIF** bajó 50 puntos porcentuales.

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"

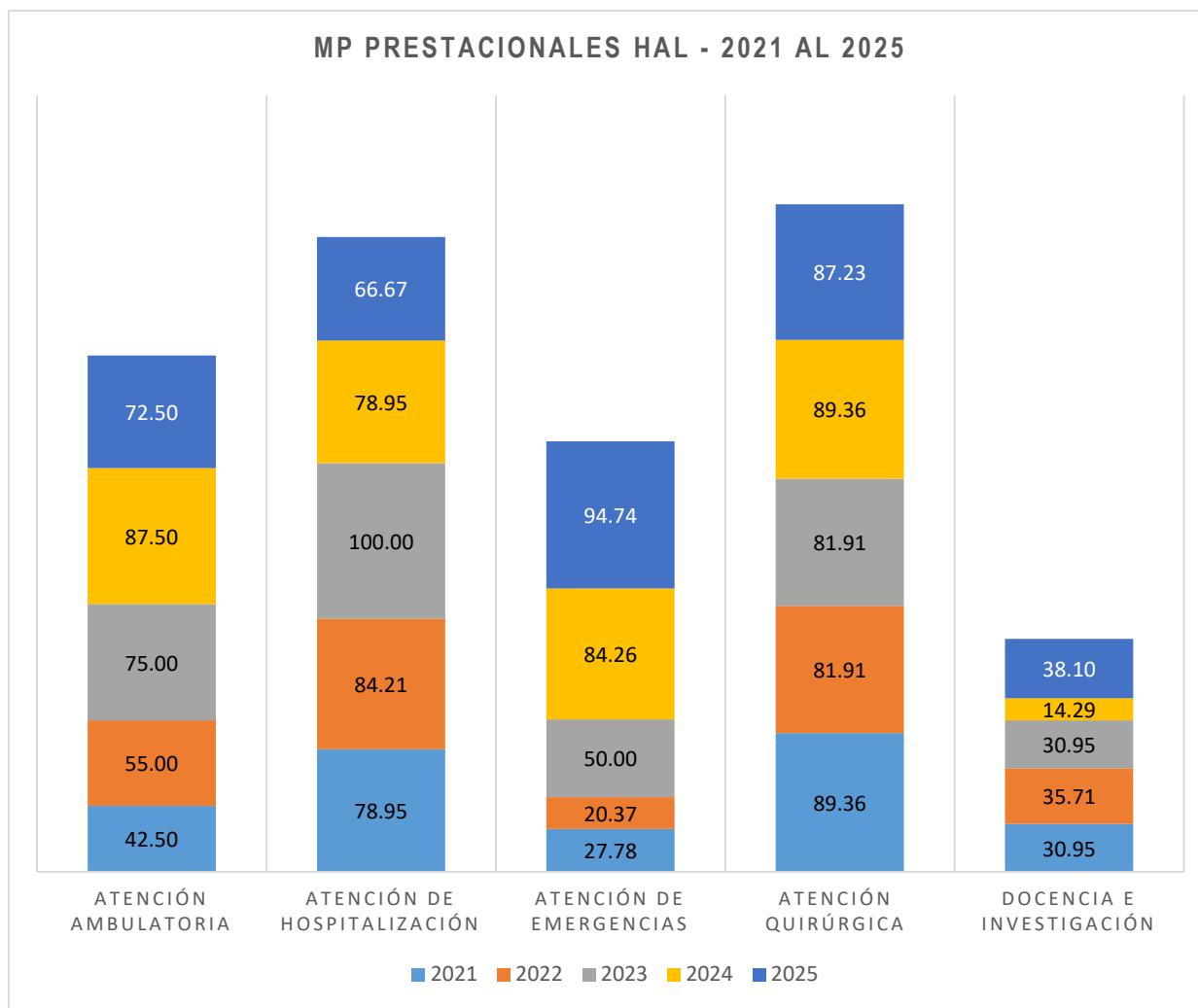


ANÁLISIS: En el proceso de Autoevaluación HAL - 2025, se evidenció en los Macroprocesos Gerenciales un decremento global de 3.7 (de 81.3 a 77.6), lo cual se explica por una disminución en los MP: **GRH, GCA y MRA** que disminuyeron 5.38, 15.85 y 17.03 puntos porcentuales respectivamente.

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.





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

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, sobretodo 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.





GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

Hospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad



"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

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

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL ANTONIO LORENA

Q.F. Charito M. Meza García
JEFE DE FARMACIA

Magda Yoni Cuaresma Sanchez
C.E.P. 17237 RE 2684

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL ANTONIO LORENA

Lic. Brigitte Moreno Pérez
(E) JEFE DEL DPTO ENFERMERIA
CEP. 16313

Dra. Edith del Valle Maitos
LIC MEDICO CIRUJANO
OTORRINOLARINGOLOGA
CMP 53885 RNE 32755

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL ANTONIO LORENA

Maria Delfina Gara
C.E.P. 36240 RNE 101-2 02
LIC. DE ENFERMERIA

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL ANTONIO LORENA

Lic. Janet Chaparro Velasquez
SUPERVISORA DE HOSPITALIZACIÓN
CEP. 50807

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL ANTONIO LORENA
Mag Graciela Asensi Monzalva
CEP. 10270
JEFE DE LA UPSS PEDIATRIA

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL ANTONIO LORENA

Obsr. Lila Viocis Condabria Aguirre
COORDINADORA DE STRATEGIA SANITARIA
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
COP. 16648

Yanina Bravo Peña
LIC EN ENFERMERIA
CEP 75686

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL ANTONIO LORENA

Lic. Lili Mendoza Callalli
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA DE MUJERES Y VACUNAS
CEP. 34789 RNE 205 F. 23

DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL DE APOYO ANTONIO LORENA - CUSCO

Lic. Monica Velasquez Almarin
CEP. 64275

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

Margarita Vera Huamani
OBSTETRA
COP 1557

Jina Gecia Chávez Rodríguez
OBSTETRA E SPECIALISTA
COP 3422 RNE 205 F. 23



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



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

Hospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad



"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 | Direcccionamiento | 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"> • Recabar las actas que evidencien participación del HAL en la formulación del PEI. • Realizar talleres de difusión del PEI, o recabar las actas existentes si corresponde. | 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"> • 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. | 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"> • 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. | 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"> • 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. • Implementar un plan de fortalecimiento de competencias de recursos humanos. | 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"> • Implementar manuales de procedimiento priorizados para los principales procesos asistenciales y administrativos. | 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"> • Informe de identificación y análisis de barreras de acceso de los usuarios, que proponga soluciones factibles de implementar. | 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"> • Informe que reporte la implementación de mejoras para disminuir las barreras de acceso, al menos en un 80%. | 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"> • Implementar flujoigramas oficiales de atención general y por servicios. • Reforzar dichos flujoigramas con señalización respectiva. | 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"> • Implementar normas y guías de procedimientos. | 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"> • Establecer programas de control de calidad. | 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"> • Contar con sistema de registro que consigne la entrega oportuna de resultados de los exámenes. | Áreas de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento |



GOBIERNO REGIONAL
CUSCOGERENCIA REGIONAL DE
SALUDHospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad

"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"> • 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. | 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"> • 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. | 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 al 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"> • Implementar un plan de capacitación del personal sobre toma de muestra y preparación para los procedimientos. • Demostrar con evidencias el cumplimiento de dicho plan. | 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"> • Monitorizar la ocurrencia de reacciones adversas o complicaciones derivadas de la actividad. • Definir en caso positivo las acciones correctivas. | 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"> • Formular documento que consigne estándares de tiempo para la entrega de resultados de los exámenes, aprobado con R.D. • Remitir informes trimestrales de cumplimiento de los estándares de tiempo definidos. | 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"> • Disponer de un Programa de Control de la Calidad del Servicio | |

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

17





"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"> Formular anualmente el Plan de Capacitación del personal de los servicios de apoyo. Informe de capacitación al personal del servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento. 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). | Áreas de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento |
| 17 | GIN | Gestión inform. | GIN-1 | El establecimiento promueve una gestión integral de la información. | 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"> Implementar reuniones del personal de las distintas áreas a fin de identificar necesidades de información, las cuales queden plasmadas en acta. | Oficina de Estadística e Informática |
| 17 | GIN | Gestión inform. | GIN-1 | | 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"> Formular anualmente un Plan de Capacitación del personal de Estadística e Informática, sobre actividades de la gestión de la información. Disponer de las constancias o certificados de capacitación del personal del Área de Estadística e Informática. | |
| 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"> Implementar documento que defina los mecanismos para identificar aspectos críticos de la gestión de la información. | Oficina de Estadística e Informática |





GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

Hospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad



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

| | | | | | | | | |
|----|------|---|--------|--|----------|--|---|---|
| | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar proyectos de mejora sobre aspectos críticos de la gestión de la información. | | |
| 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"> • Efectivizar una encuesta semestral de la percepción del usuario interno sobre el manejo de la información. | 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"> • Implementar un sistema de control de pérdidas y deterioros de enseres de cama y ropa. • Realizar un informe mensual de dicho registro. | Unidad de mantenimiento y Servicios Generales |
| 18 | DLDE | Descont. Limpiez., desinfec. esteriliz. | 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"> • Verificar un manual de procedimientos para el tratamiento de ropa contaminada, aprobado con R.D. y socializado al personal respectivo. • Efectivizar una encuesta de conocimiento sobre una muestra aleatoria mínima de 10 trabajadores. | 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"> • Implementar un libro de registro de quejas en el servicio de lavandería. • Informar mensualmente las incidencias así como las medidas correctivas. | 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"> • Contratar un personal nutricionista adicional. • Implementar informe diario de visitas a pacientes con dietas especiales. | Nutrición |



GOBIERNO REGIONAL
CUSCOGERENCIA REGIONAL DE
SALUDHospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad

"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"> Implementar el registro manual o electrónico de quejas. Elaborar informe mensual. Implementar medidas de mejora según el informe. | 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"> Elaborar MBP almacenamiento, aprobar con R.D. Realizar el informe de implementación de las medidas recomendadas. Realizar la lista de chequeo del manual de almacenamiento. | 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"> MAPRO para el control de insumos y materiales, aprobado con RD. Informe de la implementación de las medidas recomendadas del manual en el almacén. Implementar la lista de chequeo del cumplimiento del manual. | 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"> Elaborar el MAPRO de la Unidad de Logística en coordinación con la Oficina de Planificación, para su aprobación con R.D. Aplicar lista de chequeo de cumplimiento de la norma técnica. | 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"> Implementar libro de registro de entrega de insumos y materiales de acuerdo a la programación de requerimiento. Informar de la evaluación del registro de entrega de insumos y materiales, evidenciando la entrega de más del 80% de requerimientos, preferentemente. | 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"> • Implementar el registro manual de opinión de los técnicos en los procesos de adquisición • Elaborar informe de las auditorias de los procesos de adquisición • Realizar la lista de chequeo de la opinión técnica en los procesos de adquisición de insumos y materiales. | Unidad de logística/ Unidad de Control Patrimonial |
| 22 | EIF | Gestión equipos infraestr | EIF-1 | | 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"> • Capacitar personal en la elaboración de proyectos de inversión. • Evidenciar la existencia de al menos un proyecto de inversión al momento de la evaluación. | Unidad de mantenimiento y Servicios Generales |
| 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 1-5 | 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"> • Coordinar con oficina planeamiento, la elaboración y aprobación del MAPRO para la adquisición de equipos, mantenimiento, remodelación o ampliación de infraestructura. | 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"> • Elaboración del MAPRO con asesoramiento de la oficina de planificación. • Informe semestral sobre el mantenimiento de las instalaciones según el MAPRO oficial. | 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"> • Elaborar manual de mantenimiento, control y seguimiento de áreas críticas en coordinación con Planificación. • Efectuar informe trimestral de la situación de áreas críticas • Implementar lista de chequeo de procedimientos realizados según manual. | Unidad de mantenimiento y Servicios Generales |





GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

Hospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad



"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"> • Contar con manual de medidas de buen uso y prevención del deterioro de equipos y servicios básicos aprobado con R.D. • Realizar informe según manual • Aplicar lista de chequeo del cumplimiento del manual. | 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"> • Contar con un plan de mantenimiento preventivo de equipos. • Realizar informe de evaluación de manera trimestral, según el plan. | 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"> • Implementar un libro de registro de solicitudes de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura de equipos. • Realizar informe trimestral de libro de registro. | Unidad de mantenimiento y Servicios Generales |





GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

Hospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad



"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



Nº 093 -2025-HAL/UGRH

Resolución Directoral

21 ABR 2025
Cusco,

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 formulen 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 el 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 descentrados del Ministerio de Salud;





GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

Hospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad



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

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL ANTONIO LORENA



Nº 093 -2025-HAL/UGRH

Resolución Directoral

Cusco, 21 ABR 2025

Que, el artículo 12º 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 los 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 resolutivo 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 1º.- 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 2º.- 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 3º.- 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
CNP: 52670 RNE: 35056



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

GOBIERNO REGIONAL
CUSCOGERENCIA REGIONAL DE
SALUDHospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad

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

ANEXO 2. REUNIONES DE SENSIBILIZACIÓN CON LOS EVALUADORES INTERNOS

GOBIERNO REGIONAL
CUSCOGERENCIA REGIONAL DE
SALUD

Hospital Antonio Lorena



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

RELACION DE PARTICIPANTES

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 | Janet Chaparro Velasquez | 41956137 | |
| 2 | Brunilda Moreno Pérez | 23919166 | |
| 3 | Aida Atayacuiles Cuno | 23762007 | |
| 4 | Celinda Montes Pedraza | 31044868 | |
| 5 | Veronica Cucuris Mamani | 44517850 | |
| 6 | Pilar Achattui Perca | 43509845 | |
| 7 | Flor de María Durán Alvarado | 48359889 | |
| 8 | Mosdaynir Cuorromo Sánchez | 23918080 | |
| 9 | Sabina Macedo Collata | 23959579 | |
| 10 | CHARITO RIZA GARCÍA | 23947224 | |
| 11 | José Zárate Biescas | 23960009 | |
| 12 | Yanet Primales Mejía | 40765152 | |
| 13 | Yanina Bravo Peña | 4942850 | |
| 14 | Eleiva 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 Huynan Ninaco | 23859756 | |
| 22 | Graciela Ascue Monzalve | 24673041 | |



GOBIERNO REGIONAL
CUSCOGERENCIA REGIONAL DE
SALUDHospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad

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

GOBIERNO REGIONAL
CUSCOGERENCIA REGIONAL DE
SALUD

Hospital Antonio Lorena



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

RELACION DE PARTICIPANTES

TENOR: REUNIÓN DE CAPACITACIÓN A EVALUADORES INTERNOS PARA EL PROCESO
DE AUTOEVALUACIÓN AÑO 2025

FECHA: 20 DE JUNIO DEL 2025

| NR | NOMBRES Y APELLIDOS | NRO DNI | FIRMA |
|----|------------------------------|----------|-------|
| 1 | Carmen Luz Cusigorspa Quispe | 2449126 | B |
| 2 | Isagorra Ilacta Erika | 43664851 | A |
| 3 | Mario Isabel Zárate Zamora | 23882988 | MDZ |
| 4 | Ada Oceguera Cárdenas | 23762007 | AOC |
| 5 | Díos Pedroso Contreras | 23954828 | DPC |
| 6 | Jorge W. Vera Torres | 06296594 | JVT |
| 7 | Aurelia Puna Torres | 23804233 | APT |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |





GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

Hospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad



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

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



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

DIRECCIÓN 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

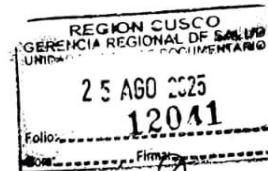
DE : Dr. Manuel Sotelo Barbarán
Director Ejecutivo del Hospital Antonio Lorena

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

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



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



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

Hospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad



"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
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

DIRECCIÓN 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 MINISTRATIVA
SECRETARIA

DE : M.C. Manuel Sotelo Barbaran
Director Ejecutivo del Hospital Antonio Lorena

A : Jefes de Departamento y Jefes de Área

ASUNTO : Inicio del Proceso de Autoevaluación para la Acreditación

REFERENCIA : Informe N° 262-2025 JOGC/HAL-GRSC

FECHA : Cusco, 08 de septiembre del 2025.

Recibido: 4248
Hora: 11:42 AM
Fecha: 10 SEP 2025
HOSPITAL ANTONIO LORENA
UNIDAD DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS
SECRETARIA

Recibido: 10 SEP 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. Julian Medina Quispe
URÓLOGO
C.M.P. 13745 RNE. 5665

c: 09/09/2x

R: galas

Javier Cuno Vera
PEDIATRA
C.M.P. 29600 RNE 28696

Laura Camacho Fajardo
MÉDICO-ANESTESIOLOGO
C.M.P. 24988 RNE 86614 C.M.P.
MEDICO-ANESTESIOLOGO

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

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD-CUSCO
HOSPITAL ANTONIO LORENA

M.C. Manuel Sotelo Barbaran
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.P. 35550

MINISTERIO DE SALUD
GINECOLOGÍA Y TRAUMATOLOGÍA
H. P. T. L.
Hesilka Isabel Tauri Turpo
ENFERMERA JEFE
CEP N° 20146 RNE N° 3681

9/9/25
13:00
C-09/09/25
11:40am

Heba Fajardo
9/9/25
13:00

Heba Fajardo
9/9/25
13:



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

Hospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad



"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 2º 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 recorrido 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



GOBIERNO REGIONAL
CUSCOGERENCIA REGIONAL DE
SALUDHospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad

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

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL ANTONIO LORENA

Nº 0811-2025-HAL/UGRH



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 visión de la Oficina de Calidad en Salud y la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Lima Este - Vitarde.

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



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



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

Hospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad



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

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL ANTONIO LORENA



Nº 155-2024-2025-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. Investigación, 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 1º 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 Mendoza Gamara
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HAL
CNP: 38244 RNE: 26701



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



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

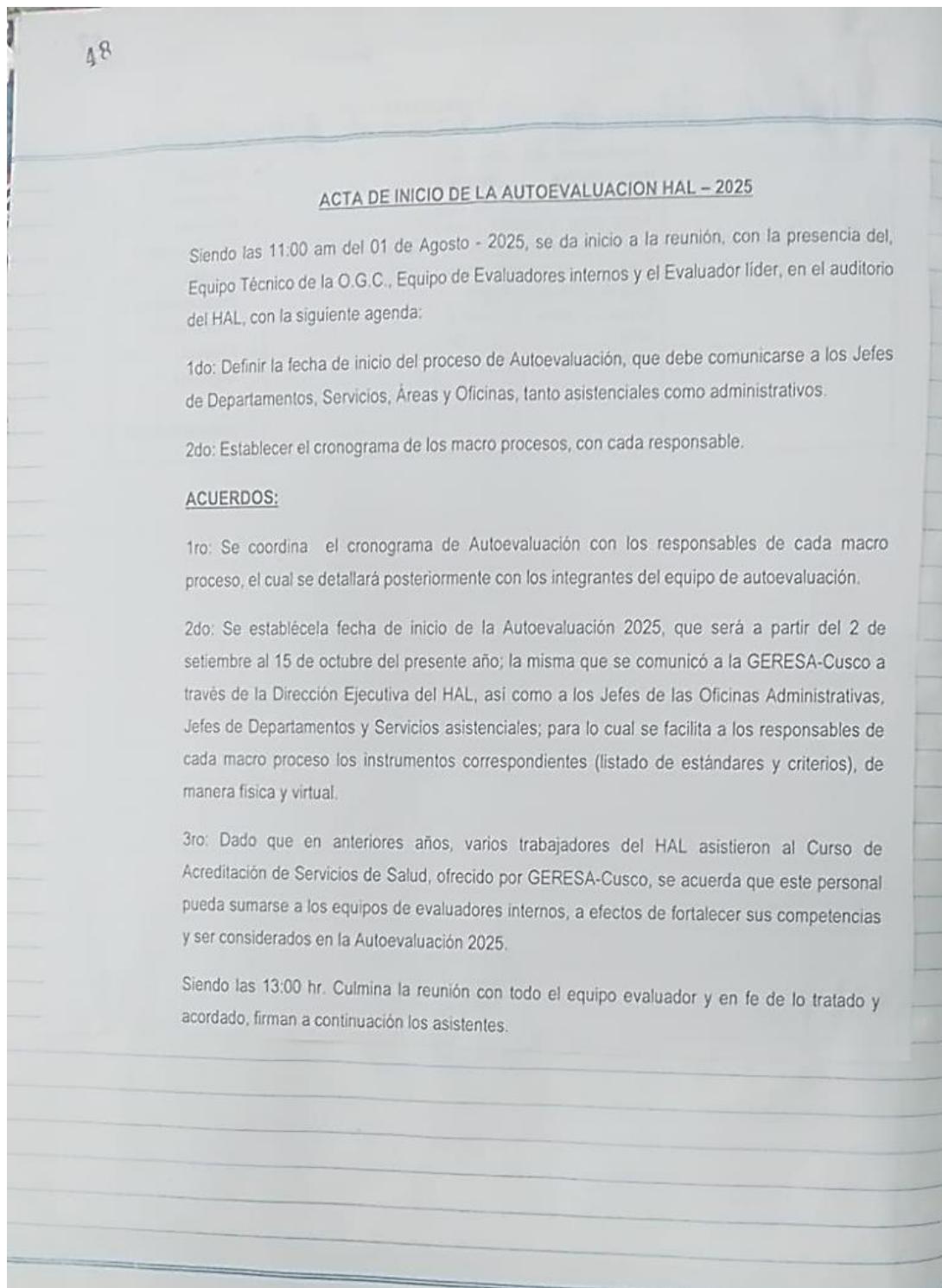
GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

Hospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad



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

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



GOBIERNO REGIONAL
CUSCOGERENCIA REGIONAL DE
SALUDHospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad

"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 | Jf. Dto Enf. | 23919166 | |
| 2 | Vanessa Silva Ramírez | Jf. de Servicio | 44864589 | |
| 3 | Carelin Alarcón Delgadillo | Jefe Servicio | 45165250 | |
| 4 | Gonzalo Bustamante Goyom | Jefe Mircio | 06441396 | |
| 5 | JHONANI RODRIGUEZ VASQUEZ | Jefe Departamento | 40378879 | |
| 6 | Luisa Mendoza Quispe | J DPROCIREGA | 173893825 | |
| 7 | H. Conchita Contreras | Jf. G-0 | 23887815 | |
| 8 | Oscar García Arriola | SEGU. UNIDAD | 40925018 | |
| 9 | Javier Llano Vaca | J. Dpto Pediatr. | 24484726 | |
| 10 | Milagro Altillo Iñaki | Enfermera | 4475544 | |
| 11 | Mrs Verónica Alvarez Solis | OFC | 29623252 | |
| 12 | JORGE VERA TORRES | OFC | 06296594 | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |



GOBIERNO REGIONAL
CUSCOGERENCIA REGIONAL DE
SALUDHospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad

"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:

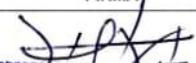
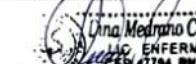
PRIMERO. Formular el informe de Autoevaluación 2025 para su envío a GERESA – Cusco, considerando aspectos técnicos contenidos en la normativa y la Ficha Técnica N° 046 de Convenios de Gestión 2025.

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

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | PROFESIÓN | ÁREA | FIRMA |
|----|------------------------------|------------------|---------------------|---|
| 01 | JORGE WASHINGTON VERA TORRES | MEDICO | EQUIPO TECNICO(OGC) |  MC Jorge W. Vera Torres JEFE DE LA OFICINA GESTIÓN DE LA CALIDAD GOBIERNO REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA |
| 02 | BRUMILDA MORENO PEREZ | LIC. ENFERMERIA | DPTO. ENFERMERIA |  Brumilda Moreno Perez LIC. ENFERMERIA Dpto. Enfermeria MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL ANTONIO LORENA |
| 03 | GRACIELA ASCUE MENZALA | LIC. ENFERMERIA. | PEDIATRÍA |  Graciela Ascue Menzala LIC. ENFERMERIA PEDIATRIA MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL ANTONIO LORENA |
| 04 | MONICA DELGADO HUAMANTUPA | LIC. ENFERMERIA | EQUIPO TECNICO(OGC) |  Monica Delgado Huamantupa LIC. ENFERMERIA EQUIPO TECNICO(OGC) |
| 05 | MARIA VERONICA ALVAREZ SOLIS | MEDICO | EQUIPO TECNICO(OGC) |  Maria Veronica Alvarez Solis MEDICO EQUIPO TECNICO(OGC) |
| 06 | DINA MEDRANO CONTRERAS | LIC. ENFERMERIA | EQUIPO TECNICO(OGC) |  Dina Medrano Contreras LIC. ENFERMERIA EQUIPO TECNICO(OGC) |





GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

Hospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad



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

| | | | | |
|----|----------------------------------|-----------------|-----------------------|--|
| 07 | EDLY CALLALLI MATOS | MEDICO | OTORRINOLARINGOLOGIA | Dra. Edly Callalli Matos MEDICO CIRUJANO OTORRINOLARINGOLOGA CNP. 53885 RNE. 32756 |
| 08 | STEFANY MARY SANTA CRUZ CARRASCO | MEDICO | PEDIATRIA | Dra. Stefany Santa Cruz Carrasco MEDICO PEDIATRA CNP. 68299 RNE. 40391 |
| 09 | CHARITO MILUSKA MEZA GARCIA | Q. FARMACEUTICO | FARMACIA | GOBIERNO REGIONAL CUSCO DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA Q.F. Charito Miluska Meza Garcia JEFE DE FARMACIA |
| 10 | JAQUELINE FIGUEROA QUIÑONES | OBSTETRA | OBSTETRICIA | Jacqueline Figueroa Quiñones Obstetra Especialista COP 15346 RNE 9012 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 COP 16846 |
| 13 | MADGA YONI CUARESMA SANCHEZ | LIC. ENFERMERIA | CX. ESPECIALIDADES | Madga Yoni Cuaresma Sanchez C.E.P. 17237 RE 2064 |
| 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. 75560 |
| 16 | JINA GEORGINA CHAVEZ RODRIGUEZ | OBSTETRA | OBSTETRICIA | JINA GEORGINA CHAVEZ RODRIGUEZ OBSTETRA ESPECIALISTA GOBIERNO REGIONAL CUSCO DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA |
| 17 | JANET CHAPARRO VELASQUEZ | LIC. ENFERMERIA | DPTO. ENFERMERIA | Lic. Janet Chaparro Velasquez SUPERVISOR DE HOSPITALIZACION CEP. 55007 |
| 18 | LIZ GUADALUPE MENDOZA CALLALLI | LIC. ENFERMERIA | MEDICINA INTERNA | GOBIERNO REGIONAL CUSCO DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA Liz Guadalupe Mendoza Callalli JEFESA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA CEP. 30799 RNE 20841 |





GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

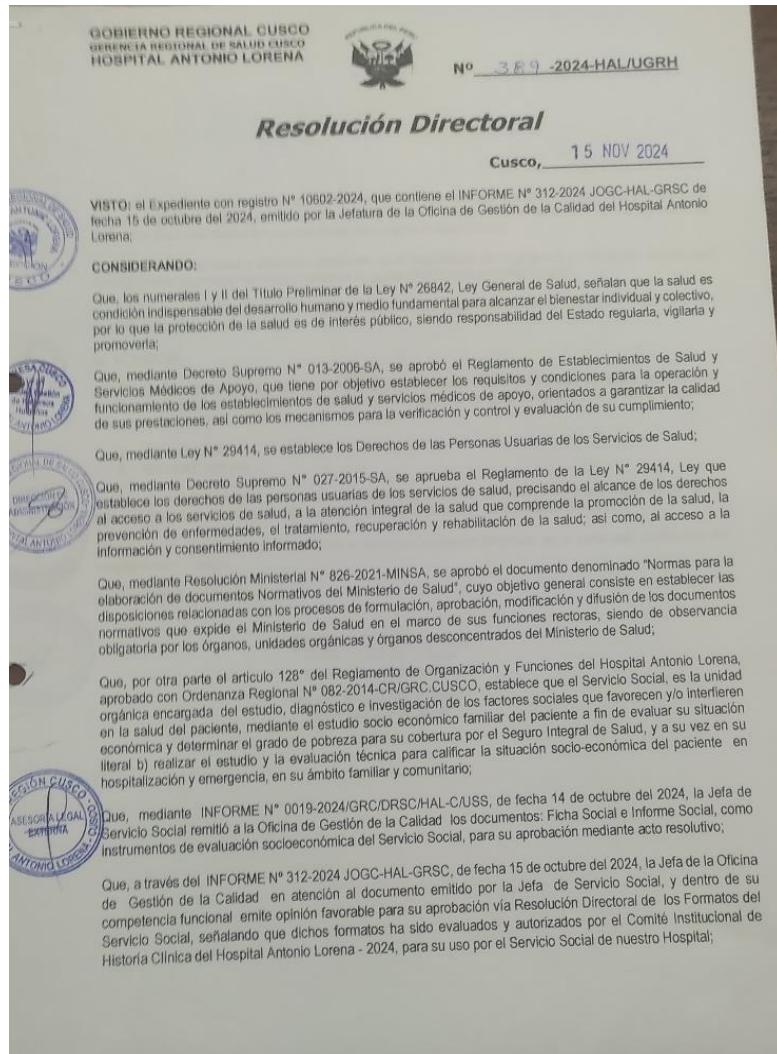
Hospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad



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

FUENTE AUDITABLES DE LA EVALUACION DE ALGUNOS MACROPROCESOS

MP 19 – MANEJO DEL RIESGO SOCIAL



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



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

Hospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad



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

MRS 1.2

| GOBIERNO REGIONAL CUSCO | | GERENCIA REGIONAL DE SALUD | | HOSPITAL ANTONIO LORENA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|----------------------------|------------|-------------------------|--|------|--------------|------------|------------|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FICHA SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS GENERALES DEL PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellido: _____ Nombres: _____ Ocupación: _____ Domicilio: _____ Distrito: _____ Provincia: _____ Región: _____ Lugar de alojamiento: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Edad: _____ Año: _____ Meses: _____ Días: _____ Estado Civil: _____ Grado de Inst: _____ Telef: _____ Documento de identidad: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO Nº: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE SEGURO: SIS <input type="checkbox"/> ESSALUD <input type="checkbox"/> SANIDAD <input type="checkbox"/> OTRO: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMPOSICIÓN FAMILIAR: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NÚMEROS Y APELLIDOS <table border="1" style="float: right; border-collapse: collapse;"> <tr><th>EDAD</th><th>ESTADO CIVIL</th><th>OCCUPACIÓN</th><th>PARENTESCO</th></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> | | | | | | EDAD | ESTADO CIVIL | OCCUPACIÓN | PARENTESCO | 3 | | | | 3 | | | | 3 | | | | 4 | | | | 5 | | | | 6 | | | |
| EDAD | ESTADO CIVIL | OCCUPACIÓN | PARENTESCO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cama N°: _____ N° HCl: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Servicio: _____ Dx. Médico: _____ Fecha de ingreso: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENFERMEDADES: TBC <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> CÁNCER <input type="checkbox"/> NINGUNA <input type="checkbox"/> ITS <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> ALT. MENT <input type="checkbox"/> Otro: _____ N° Habitaciones: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SITUACIÓN DE VIVIENDA: Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Cuidante <input type="checkbox"/> Rústico <input type="checkbox"/> Noble <input type="checkbox"/> Desagüe <input type="checkbox"/> Alumbrado <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Otros: _____ Otros: _____ Otros: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FACTORES PSICOSOCIALES: Sit. abandono fam. <input type="checkbox"/> Estado desnutrición <input type="checkbox"/> Menor desprotegido <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Dependencia farmacos <input type="checkbox"/> Ludopatia <input type="checkbox"/> Violencia Fam. <input type="checkbox"/> Discap. Fis. <input type="checkbox"/> Violencia Sex. <input type="checkbox"/> Prob. Leg. <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FAMILIOPRAGMA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total ingreso Familiar S/.: _____ Total Egreso Familiar S/.: _____ Diagnóstico Social: _____ Representante legal o Apoderado: _____ DNI: _____ Teléf: _____ Otros al reverso: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| GOBIERNO REGIONAL CUSCO HOSPITAL ANTONIO LORENA JEFATURA DEL DEPARTAMENTO DE APOYO AL DESARROLLO Y TRATAMIENTO UNIDAD DE SERVICIO SOCIAL "Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana" | | | | | |
| INFORME N° 007- 2025/GRC/DRSC/HAL-CUSS. | | | | | |
| A: | : DRA. JANET HUACAC GUZMAN JEFA DEL DEPARTAMENTO DE TRATAMIENTO DEL HAL. | | | | |
| DE: | : A.S. MARINA HUACASI ANCORI JEFA DE LA UNIDAD DE SERVICIO SOCIAL. | | | | |
| ASUNTO: | : Auditoría 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 auditoría 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 | | | | | |





GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

Hospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad



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

FUENTE AUDITABLE DEL MACROPROCESO NUTRICIÓN Y DIETETICA

MP 20: NYD 1-1

**HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO
DEPARTAMENTO DE APOYO AL TRATAMIENTO
UPSS DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

**MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS
(MAPRO)**

DIRECTOR EJECUTIVO: M.C. Manuel Sotelo Barbarán
JEFE DE DEPARTAMENTO: M.C. Yanet Huacac Gómez
JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD: M.C. Jorge Washington Vera Torres
JEFE DE LA UPSS DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA: Nut. Flor Angela Neyra Onque

Cusco-Perú
2025

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

90 TUSALUD
nuestra responsabilidad

BICENTENARIO DEL PERÚ 2021 - 2024

Resolución Directoral
cusco 04 ENE, 2007
Nº. 05-07-0R.251.040PH

Visto el Of. N° 131 -2006-DRSC-HAL-DG/OPE. El Director del Hospital Antonio Lorena, remite el Manual de Organización y Funciones para su aprobación.

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ejecutiva Regional N°369-2006-GR CUSCO/PR, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud y sus Órganos Desconcentrados y mediante Ordenanza Regional N°046-2006-GRC/CRC, se aprobó el Cuadro para Asignación de Personal de la DIRESA y Órganos Desconcentrados.

Que, mediante Resolución Jefatural N°551-91-INAP/DNR, de fecha 26 de noviembre de 1991, se aprueba la Directiva N°004-91-INAP/DNR, que establece la formulación, aprobación y difusión de los Manuales de Organización y Funciones de las Entidades Públicas.

Que, la Resolución Ministerial N°803-2006/MINSA, aprueba la Directiva N°007-MINSA/OEPP-V.02, Directiva que regula la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional en el Sector Salud.

Que, la Resolución Ministerial N°809-2006/MINSA, modifica la Directiva N°007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" del MINSA.

Que, es necesario aprobar el Manual de Organización y Funciones (MOF) de los diferentes Órganos y/o Unidades Orgánicas de la Dirección Regional de Salud Cusco, para dotar de un documento normativo que describa las funciones específicas a nivel de cargo o puesto de trabajo desarrolladas a partir de la estructura orgánica y funciones generales establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) y requerimientos de cargos considerados en el Cuadro para Asignación de Personal (CAP).

Que, el Manual de Organización y Funciones (MOF) como documento de gestión es necesario a fin de determinar las funciones básicas, específicas, atribuciones, relaciones y requisitos mínimos de los cargos dentro de la estructura orgánica de cada dependencia, proporcionar a los funcionarios y servidores públicos sus funciones y ubicación dentro de la estructura general de la institución, ayudar a institucionalizar la simplificación administrativa, constituyen los puntos de trámite en el flujo de los procedimientos, facilitar el proceso de inducción del personal nuevo, adiestramiento, orientación y aplicar programas de capacitación del personal en servicio.

Que, en cumplimiento del numeral 5.2 de la Directiva N° 004-91-INAP/DNR, aprobada por Resolución Jefatural N°551-91-INAP/DNR, Directiva N°007-MINSA/OEPP-V.02. Corresponde aprobar el Manual de Organización y Funciones de los Órganos y/o Unidades Orgánicas de la Sede Central y Órganos Desconcentrados de la Dirección Regional de Salud Cusco.

En uso de las atribuciones conferidas mediante Ley 27783 Ley de Bases de Descentralización, y la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, modificada por Ley 27902, Resolución Ejecutiva Regional N°029-2006-GR CUSCO/PR, y

Con opinión favorable de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Desarrollo del Sistema de Salud, y la Oficina de Asesoria Jurídica de la Dirección Regional de Salud Cusco.



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



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

Hospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad



"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/HAL 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,

Lic. Flor Ángela Neyra Onque
 NUTRICIONISTA
 CRP 7600

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



TU SALUD,
 nuestra responsabilidad

BICENTENARIO
 DEL PERÚ
 1821 - 2021

12

Capacitación q Salud Ocupacional

Siendo las 2:30 pm del dia de hoy Jueves 27 de Dicreto del 2025 en las instalaciones del comedi de la UPS Nutrición y Dietética se realiza la charla en Entorncos Ocupacionales y Asistentes en trabajo a cargo del área de Salud Ocupacional con Dr. Francisco

| | | |
|---------------------------|----------|--|
| Raul Coloma Pumayalli | 25328749 | |
| Reginaldo Laged Bruno | 20985136 | |
| Mario Soto Obua | 24492128 | |
| Wilber Reunis PERERA | 23986872 | |
| Eze David Latorre Flores | 23924553 | |
| Imperio Camacho Estrada | 41457696 | |
| Ramillapaz Corizas | 40797120 | |
| Edith Uacta Miranda | 46724882 | |
| Yerly S. Chávez Lina | 24882118 | |
| Leisha Salazar Palomino | 23818469 | |
| Zeffri ESTIADA HUAMAN | 23832936 | |
| Horacio JOSUE KUCRI SUENO | 46451202 | |
| LIBER ACOSTA PERSINA | 27986872 | |



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



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

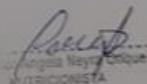
GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

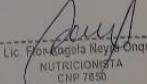
Hospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad



"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 NUTRICIÓN | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------|--|------------------|-----------------|----------|--------------------|------------|---------------------|----------|---------------------|------|-------------------|
| "Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho". | | | | | | | | | | | | |
| HORARIOS DE ATENCIÓN COMEDOR | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>TIEMPO DE COMIDA</th><th>HORA DE ENTREGA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DESAYUNO</td><td>De 07:30 – 8:00 AM</td></tr> <tr> <td>REFRIGERIO</td><td>De 10:00 – 11:00 AM</td></tr> <tr> <td>ALMUERZO</td><td>De 12:30 – 02:00 PM</td></tr> <tr> <td>CENA</td><td>De 7:00 – 8:30 PM</td></tr> </tbody> </table> | | | 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 |
| 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 | | | | | | | | | | | |
|  Lic. Florborga Neyro Onque NUTRICIONISTA CNP 7850 | | | | | | | | | | | | |

| GOBIERNO REGIONAL CUSCO | GERENCIA REGIONAL DE SALUD | HOSPITAL ANTONIO LORENA SERVICIO DE NUTRICIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------|--|------------------|-----------------------------|-------------------|----------------|----------|----------|--------|----------|--------------------------|----------|--------|----------|----------|---------|--------|----------|------|----------|--------|----------|-------------------|----------|--------|--|
| "Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho". | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HORARIOS DE ATENCIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>TIEMPO DE COMIDA</th><th>HORA DE ENTREGA A PACIENTES</th><th>TIEMPO DE INGESTA</th><th>HORA DE ACOPIO</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DESAYUNO</td><td>07:30 AM</td><td>60 MIN</td><td>08:30 AM</td></tr> <tr> <td>COLACIÓN DE MEDIA MAÑANA</td><td>10:30 AM</td><td>30 MIN</td><td>11:00 AM</td></tr> <tr> <td>ALMUERZO</td><td>12:00 M</td><td>60 MIN</td><td>01:00 PM</td></tr> <tr> <td>CENA</td><td>04:00 PM</td><td>60 MIN</td><td>05:00 PM</td></tr> <tr> <td>COLACIÓN NOCTURNA</td><td>06:30 PM</td><td>30 MIN</td><td></td></tr> </tbody> </table> | | | 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 | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  Lic. Florborga Neyro Onque NUTRICIONISTA CNP 7850 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



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



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE SALUD

Hospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad



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

NYD 1.4

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL ANTONIO LORENA

Nº 110 -2025-HAL/UGRH

Resolución Directoral

Cusco, 07 MAY 2025

VISTO: El Expediente N° 3379-2025, que contiene el INFORME N° 099-2025 de la JOGC/HAL-GRSC del 11 de abril 2025 de la Oficina de Gestión de la Calidad, y el INFORME N° 043-2025/UPSND/DAT/HAL, del 03 de abril del 2025, emitido por el Servicio de Nutrición y Dietética del Hospital Antonio Lorena;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, establecen 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 y promoverla;

Que, a su vez el artículo 102° de la citada Ley, establece que las condiciones higiénicas y sanitarias de todo centro de trabajo deben ser uniformes y acordes con la naturaleza de la actividad que se realiza;

Que, el Segundo párrafo del artículo 5° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios, según sea el caso;

Que, la Ley de Inocuidad de los Alimentos aprobado por Decreto Legislativo N° 1062, establece en el artículo 15° que el Ministerio de Salud, es la Autoridad de Salud de Nivel Nacional con competencia técnica normativa y de vigilancia en materia de inocuidad de los alimentos destinados al consumo humano, señalando en el numeral 3, como una de sus funciones en dicha materia: establecer las normas para la vigilancia sanitaria de los servicios de alimentación colectiva y hospitalaria;

Que, con Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene por finalidad contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 749-2012/MINSA, se aprueba la Norma Técnica N° 098-MINSA/DIGESA-V.01 "Norma Sanitaria para los Servicio de Alimentación en Establecimientos de Salud", que tiene como finalidad proteger la salud de los pacientes, visitantes y personal que labora en los establecimientos de salud, que consumen alimentos preparados y provistos por servicios de alimentos, así como establecer principios generales de higiene que deben cumplir los servicios de alimentación que preparan y provee alimentos para los establecimientos de salud, estén o no operando dentro de ellos;

Que, con Resolución Ministerial N° 308-2012/MINSA, se aprueba la "Norma Sanitaria para los servicios de alimentación en los establecimientos de Salud", cuya finalidad es proteger la salud de los pacientes, visitantes y personal que labora en los establecimientos de salud, que consumen alimentos preparados y provistos por servicios de alimentos. Siendo su Objetivo: Establecer los Principios Generales de Higiene que deben cumplir los servicios de alimentación que preparan y proveen alimentos para los establecimientos de salud, estén o no operando dentro de ellos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 665-2013/MINSA, se aprueba la NTS N°103-MINSA/DGSP- V.01 "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Salud de Nutrición y Dietética, la que tiene por objetivo general establecer los criterios mínimos de organización y funcionamiento que estandaricen y den congruencia científica y técnica a las funciones desarrolladas por la UPSS de Nutrición y Dietética en los establecimientos de salud públicos y privados del sector, según nivel de complejidad del establecimiento;



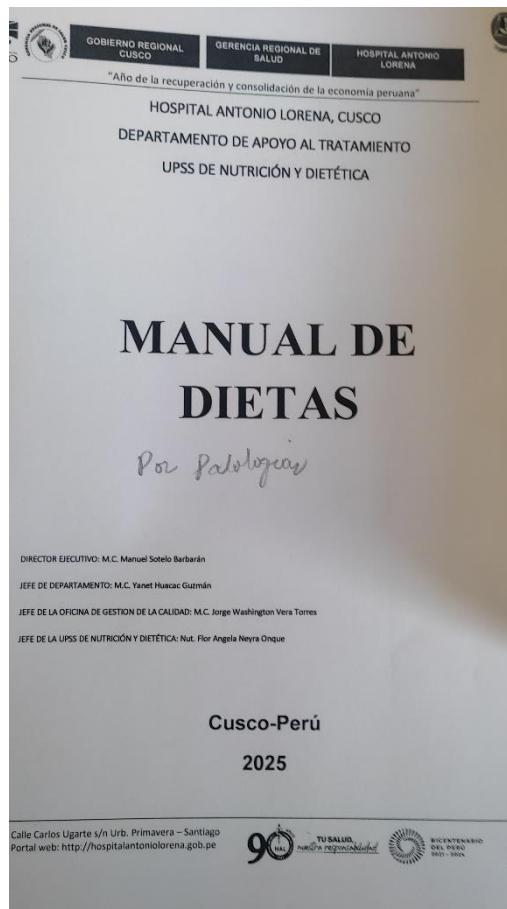
Calle Carlos Ugarte s/n Urb. Primavera – Santiago
Portal web: <http://hospitalantoniolorena.gob.pe>



GOBIERNO REGIONAL
CUSCOGERENCIA REGIONAL DE
SALUDHospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad

"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/ACEITUNA | | MARTES 02/MANTEQUILLA | | MIERCOLES 03/MERME | | JUEVES 04/MANJAR | | VIERNES 05/QUEJO | | SABADO 06/NUVO | | DOMINGO 07/NUVARE | |
| | DESAYUNO | ALMUERZO | DESAYUNO | ALMUERZO | DESAYUNO | ALMUERZO | DESAYUNO | ALMUERZO | DESAYUNO | ALMUERZO | DESAYUNO | ALMUERZO | | |
| NORMAL Y BLANDA | Maca c/ leche + 2 panes | 2 harinas c/ leche + 3 panes | Jugo de Queso c/ leche + 2 panes | Avena c/ leche + 2 panes | Harina de quinua c/ leche + 2 panes | Avena c/ leche + 2 panes | Avena c/ leche + 2 panes | Avena c/ leche + 2 panes | Avena c/ leche + 2 panes | Avena c/ leche + 2 panes | Avena c/ leche + 2 panes | Avena c/ leche + 2 panes | | |
| HIPERPROTEICA | Maca c/ leche + 2 panes c/ mantequilla y 1 huevo sancocchado | 2 harinas c/ leche + 2 panes c/ mermelada y 1 huevo sancocchado | Queso c/ leche + 2 panes c/ queso + 1 huevo sancocchado | Avena c/ leche + 2 panes c/ queso + 1 huevo sancocchado | Harina de quinua c/ leche + 2 panes c/ queso + 1 huevo sancocchado | Harina de quinua c/ leche + 2 panes c/ mermelada + 1 huevo sancocchado | Harina de quinua c/ leche + 2 panes c/ mermelada + 1 huevo sancocchado | Harina de quinua c/ leche + 2 panes c/ mermelada + 1 huevo sancocchado | Harina de quinua c/ leche + 2 panes c/ mermelada + 1 huevo sancocchado | Harina de quinua c/ leche + 2 panes c/ mermelada + 1 huevo sancocchado | Harina de quinua c/ leche + 2 panes c/ mermelada + 1 huevo sancocchado | | | |
| HIPOLIGURIDA | Avena sin azúcar + pán hipoglúcidico + huevo sancocchado | Sémola sin azúcar + pán hipoglúcidico + huevo sancocchado | Avena sin azúcar + pán hipoglúcidico + huevo sancocchado | Avena sin azúcar + pán hipoglúcidico + huevo sancocchado | Avena sin azúcar + pán hipoglúcidico + huevo sancocchado | Avena sin azúcar + pán hipoglúcidico + huevo sancocchado | Avena sin azúcar + pán hipoglúcidico + huevo sancocchado | Avena sin azúcar + pán hipoglúcidico + huevo sancocchado | Avena sin azúcar + pán hipoglúcidico + huevo sancocchado | Avena sin azúcar + pán hipoglúcidico + huevo sancocchado | Avena sin azúcar + pán hipoglúcidico + huevo sancocchado | Avena sin azúcar + pán hipoglúcidico + huevo sancocchado | | |
| HIPOGRESADO | Avena sin leche + 2 panes | Sémola sin leche + 2 panes | Sémola sin leche + 2 panes | Avena con azúcar + 2 panes | Avena con azúcar + 2 panes | Avena con azúcar + 2 panes | Avena con azúcar + 2 panes | Avena con azúcar + 2 panes | Avena con azúcar + 2 panes | Avena con azúcar + 2 panes | Avena con azúcar + 2 panes | Avena con azúcar + 2 panes | | |
| HIPOSODICO | Avena sin leche + pán hipoglúcidico | Sémola sin leche + pán hipoglúcidico | Sémola sin leche + pán hipoglúcidico | Avena con azúcar + pán hipoglúcidico | Avena con azúcar + pán hipoglúcidico | Avena con azúcar + pán hipoglúcidico | Avena con azúcar + pán hipoglúcidico | Avena con azúcar + pán hipoglúcidico | Avena con azúcar + pán hipoglúcidico | Avena con azúcar + pán hipoglúcidico | Avena con azúcar + pán hipoglúcidico | Avena con azúcar + pán hipoglúcidico | | |
| SOPA NORMAL | CREMA DE MORAYA | MORON | CREMA DE MONAYA | CHACUCHERA | CREMA DE MORAYA | PUREZ | CREMA DE MORAYA | PUREZ | CREMA DE MORAYA | PUREZ | CREMA DE MORAYA | PUREZ | | |
| BLANDA | Segundo de lisis c/ carne y arroz | Lecro de zapallo + bisteck c/ arroz | Tallarin c/ guiso de carne | Cevi c/ pollo y arroz | Cevi c/ pollo y arroz | Cevi c/ pollo y arroz | Cevi c/ pollo y arroz | Cevi c/ pollo y arroz | Cevi c/ pollo y arroz | Cevi c/ pollo y arroz | Cevi c/ pollo y arroz | Cevi c/ pollo y arroz | | |
| HIPERPROTEICA | Segundo de lisis c/ carne y arroz + arroz + huevo sancocchado | Lecro de zapallo + bisteck c/ arroz + huevo | Tallarin c/ guiso de carne + huevo | Cevi c/ pollo y arroz + huevo | Cevi c/ pollo y arroz + huevo | Cevi c/ pollo y arroz + huevo | Cevi c/ pollo y arroz + huevo | Cevi c/ pollo y arroz + huevo | Cevi c/ pollo y arroz + huevo | Cevi c/ pollo y arroz + huevo | Cevi c/ pollo y arroz + huevo | Cevi c/ pollo y arroz + huevo | | |
| HIPOLIGURIDA | Segundo de lisis c/ carne + ensalada | Lecro de zapallo c/ pollo dorado | Cevi relleno de pollo y relleno de moraya | Pollo dorado c/ pescado de camote y ensalada | Arroz c/ pollo y ensalada | Arroz c/ pollo y ensalada | Arroz c/ pollo y ensalada | Arroz c/ pollo y ensalada | Arroz c/ pollo y ensalada | Arroz c/ pollo y ensalada | Arroz c/ pollo y ensalada | Arroz c/ pollo y ensalada | | |
| HIPOSODICO | Segundo de lisis c/ pollo + arroz (sin sal) | Lecro de zapallo c/ pollo a la plancha/ arroz (sin sal) | Tallarin c/ guiso de pollo (sin sal) | Cevi c/ pollo y arroz (sin sal) | Cevi c/ pollo y arroz (sin sal) | Cevi c/ pollo y arroz (sin sal) | Cevi c/ pollo y arroz (sin sal) | Cevi c/ pollo y arroz (sin sal) | Cevi c/ pollo y arroz (sin sal) | Cevi c/ pollo y arroz (sin sal) | Cevi c/ pollo y arroz (sin sal) | Cevi c/ pollo y arroz (sin sal) | | |
| RENAL | Segundo de lisis c/ pollo + arroz (sin sal) | Lecro de zapallo c/ pollo a la plancha/ arroz (sin sal) | Tallarin c/ guiso de pollo (sin sal) | Cevi c/ pollo y arroz (sin sal) | Cevi c/ pollo y arroz (sin sal) | Cevi c/ pollo y arroz (sin sal) | Cevi c/ pollo y arroz (sin sal) | Cevi c/ pollo y arroz (sin sal) | Cevi c/ pollo y arroz (sin sal) | Cevi c/ pollo y arroz (sin sal) | Cevi c/ pollo y arroz (sin sal) | Cevi c/ pollo y arroz (sin sal) | | |
| HIPOGRESADO | Segundo de lisis c/ pollo + arroz | Lecro de zapallo c/ arroz c/ pollo a la plancha | Tallarin c/ guiso de pollo | Cevi c/ pollo y arroz | Cevi c/ pollo y arroz | Cevi c/ pollo y arroz | Cevi c/ pollo y arroz | Cevi c/ pollo y arroz | Cevi c/ pollo y arroz | Cevi c/ pollo y arroz | Cevi c/ pollo y arroz | Cevi c/ pollo y arroz | | |
| SOPAS | Sémola | AVENA | Sémola | CENA | Sémola | AVENA | Sémola | AVENA | Sémola | AVENA | Sémola | AVENA | | |
| NORMAL Y BLANDA | Avena chufa de pollo | Tortilla de verduras (sin arroz) | Avena a la leche descremada c/ guiso de pollo y ensalada cocida | Guiso de pollo c/ pollo y guiso | Avena chufa de pollo | Avena chufa de pollo | Avena chufa de pollo | Avena chufa de pollo | Avena chufa de pollo | Avena chufa de pollo | Avena chufa de pollo | Avena chufa de pollo | | |
| HIPERPROTEICA | Avena chufa de pollo | Tortilla de verduras (sin arroz) | Avena a la leche descremada c/ guiso de pollo y ensalada cocida | Guiso de pollo c/ pollo y guiso | Avena chufa de pollo | Avena chufa de pollo | Avena chufa de pollo | Avena chufa de pollo | Avena chufa de pollo | Avena chufa de pollo | Avena chufa de pollo | Avena chufa de pollo | | |
| HIPOLIGURIDA | Chaufa de quinua c/ pollo estofado de pollo | Tortilla de verduras (sin arroz) | Quinua perlina de pollo c/ arroz | Ceviche de pollo c/ pollo y guiso | Chaufa de quinua c/ pollo | Chaufa de quinua c/ pollo | Chaufa de quinua c/ pollo | Chaufa de quinua c/ pollo | Chaufa de quinua c/ pollo | Chaufa de quinua c/ pollo | Chaufa de quinua c/ pollo | Chaufa de quinua c/ pollo | | |
| HIPOSODICO | Quinua a la jengibre c/ pollo | Tortilla de verduras (sin arroz) | Avena a la leche descremada c/ pollo y ensalada cocida | Guiso de pollo c/ pollo y guiso | Chaufa de quinua c/ pollo | Chaufa de quinua c/ pollo | Chaufa de quinua c/ pollo | Chaufa de quinua c/ pollo | Chaufa de quinua c/ pollo | Chaufa de quinua c/ pollo | Chaufa de quinua c/ pollo | Chaufa de quinua c/ pollo | | |

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



The logo is circular with a yellow border. Inside, there is a stylized map of the Andes mountain range in yellow. Overlaid on the map are three blue figures representing people. The text "GOBERNACIÓN REGIONAL DE SALUD" is written in a curved font along the top inner edge, and "CUSCO" is at the bottom right.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO

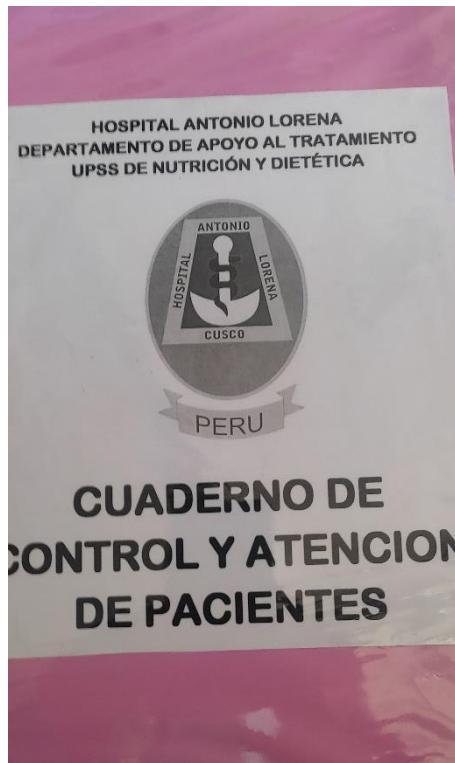
GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

Hospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad



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

NYD 2.3



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





GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

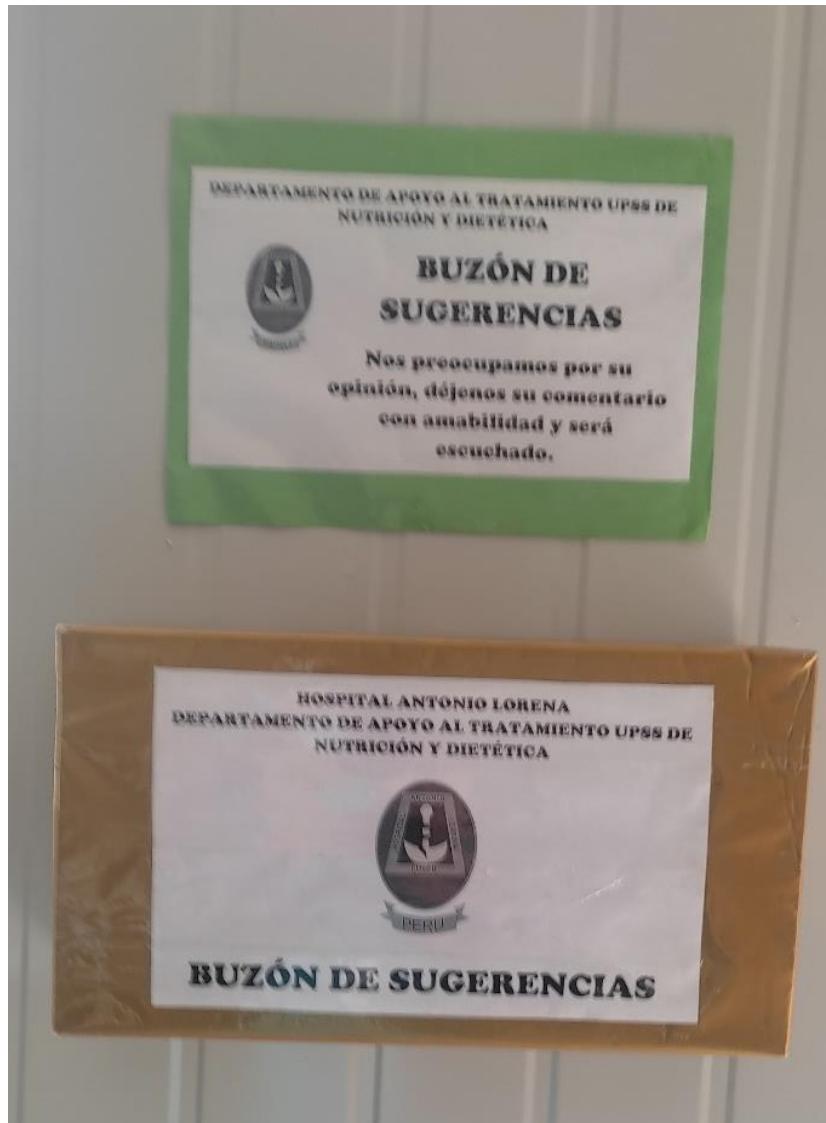
GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

Hospital Antonio Lorena
Oficina de Gestión de la Calidad



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

NYD 2



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

44

