



*"Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia y de la
Commemoración de las heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"*

Chancay, 15 de Julio del 2024

OFICIO N° 1371-UE N° 405.H.CH.SBS.DE/07-2024



Señor

MC JOSÉ GUILLERMO MORALES DE LA CRUZ
DIRECTOR GENERAL DE LA DIRESA LIMA

Presente.-

ATENCIÓN: DIRECTOR EJECUTIVO DE GESTION DE LA CALIDAD Y SEGUROS - DIRESA

De mi especial consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente; y al mismo tiempo remitir a su Despacho la siguiente documentación:

- Resolución Directoral N° 0176-2024-DIRESA-L-HCH-SBS-DE de fecha 11 de julio del 2024 la misma que APRUEBA el "Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López 2024".

Hago propicia la oportunidad para expresarle mis sentimientos de consideración y estima personal.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE CHANCAY Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD "Dr. Hidalgo Atoche López"

Dr. MIRKO BLASMO MOLINA MOROTE
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL DE CHANCAY Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD
C.M.P. 41634 R.N.E. 43592

C.c. U.G.C.
Archivo



N° 0176 - 2024-DIRESA-L-H-CH-SBS-DE

Resolución Directoral

Chancay, 11 de julio del 2024.

VISTO:

El Informe No 060-2024-GRL-GRDS-DIRESA-LIMA-HCH-SBS/UGC; de fecha 22 de abril del 2024, la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad solicita la aprobación del Plan de Autoevaluación 2024. Mediante Acto Resolutivo; y,

CONSIDERANDO:

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

Que, la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, por el cual se aprueba la NTS N° 050-MINSA.DGSP-V.02 "Norma Técnica en Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", con la finalidad de "Contribuir y garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicio médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, se aprobó el documento denominado Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, el cual tiene como finalidad "Fortalecer la rectoría sectorial del Ministerio de Salud ordenando la producción normativa de la función de regulación que cumple como Autoridad Nacional en Salud a través de sus Direcciones y Oficinas Generales;

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;

Que, a través de la 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", que 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;

De conformidad con el Artículo 13° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Chancay y SBS, aprobado por la Ordenanza Regional N° 008-2014 CR-RL, establece que la Unidad de Gestión de la calidad "es la unidad orgánica encargada de implementar el Sistema de Gestión



N° 0176 - 2024-DIRESA-L-H-CH-SBS-DE

de la calidad en el hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa del paciente, con la participación activa del personal...";

Que, acorde al documento del visto y con el propósito de proseguir las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta necesario atender lo solicitado por la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad, en tal sentido es conveniente emitir el acto resolutivo de conformación del "Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital de Chancay y SBS Dr. Hidalgo Atoche López 2024";



Estando a lo expuesto, y con el visto bueno de la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad, y de Asesoría Jurídica de la Unidad Ejecutora N°405 Hospital de Chancay y Servicios Básicos de Salud;

Con las facultades conferidas en los Artículos 7° y 8° del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital de Chancay y SB S, aprobó por la Ordenanza Regional N°008-2014 CR-RL, Y Resolución Directoral N°038-2023-GRL-GRDS-DIRESA LIMA-DG;



SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°. – **APROBAR** el Plan de Autoevaluación 2024 para la Acreditación del Hospital de Chancay y Servicios Básicos de Salud Dr. Hidalgo Atoche López. Hospital de Chancay, **el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución**

ARTÍCULO 2°. – **DISPONER**, que la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad proceda conforme al ejercicio de su competencia en la difusión, implementación, monitoreo y supervisión del presente plan aprobado en la presente Resolución.

ARTÍCULO 3°. – **ENCARGAR** que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación en el Portal de Transparencia la presente Resolución.

Regístrese y Comuníquese;

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE CHANCAY - SBS "Dr. Hidalgo Atoche López"
MIRKO ERASMO MOLINA MOROTE
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL DE CHANCAY SBS
CMP 43634 RNE 43362

- Transcrita:
- () Dirección Ejecutiva
 - () Dirección Administrativa
 - () Unidad de Gestión de la Calidad
 - () Asesoría Legal



PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION 2024

HOSPITAL DE CHANCAY

**Jefe de la Unidad de Gestión
De la Calidad.**

Mg. Luz Carmen Ramírez Ruiz

**Equipo Técnico de Seguridad
Del Paciente.**

**Mg. Evelyn Leonor Castillo Ramos
Lic. Henry Martín Sánchez Navarro**

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	3
II.	JUSTIFICACION.....	4
III.	OBJETIVO	4
IV.	ALCANCE.....	4
V.	BASE LEGAL.....	5
VI.	METODOLOGIA DE EVALUACION.....	5
VII.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA EVALUACION A Y B.	12
VIII.	EQUIPO DE EVALUACION.....	17

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN 2024 DEL HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS “DR. HIDALGO ATOCHE LÓPEZ”

I. INTRODUCCIÓN

La Acreditación es un proceso de evaluación externa periódica, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, orientado a promover el mejoramiento continuo de la calidad de atención.

El proceso de acreditación del establecimiento de salud y servicios médicos de apoyo, establecido en la NTS N° 050-minsa/dgsp-v.02, tiene como finalidad garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los prestadores de salud cuentan con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos. En el contexto actual comprende 2 fases: autoevaluación y evaluación externa, que se desarrollan sobre las bases de estándares previamente definidos por la Autoridad sanitaria, contenidos en el Listado de Estándares de Acreditación que enfocan la propuesta en el marco de la gestión por procesos.

Con el fin de estandarizar el desarrollo de la evaluación es en las dos fases del proceso de acreditación se aprueba, mediante RM -270-2009 MINSA, la “Guía Técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de Apoyo” como guía de referencia nacional.

Asimismo, el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, aprobado mediante la R.M. N°519- 2006 / MINSA, establece la Acreditación, como un proceso y pilar importante del componente de la Garantía y Mejora de la calidad, el cual al implementarse contribuirá en mejorar el desempeño, de tal manera que la atención prestada sea la más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario.

En la actualidad, los servicios de salud deben evidenciar que su desempeño es una variable que está evolucionando permanentemente hacia la mejora continua, en este marco la acreditación se constituye un elemento esencial en el proceso de alcanzar el nivel óptimo en el cual los usuarios puedan percibir seguridad, calidad, equidad y precisión, de esta manera el proceso de atención de salud logre el resultado esperado por todos involucrados.

Este proceso de autoevaluación para la acreditación del Hospital de Chancay y SBS “Dr. Hidalgo Atoche López”, está a cargo de evaluadores internos previamente seleccionados, comprometidos para implementar el proceso de Autoevaluación 2024.

II. JUSTIFICACIÓN

14

En el marco del sistema de gestión de la calidad se establece la realización del proceso de acreditación como una exigencia para todos los establecimientos de salud a nivel nacional, con la NTA N° 50- MINSA-DGSP. Norma Técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

El proceso de autoevaluación tiene como propósito evaluar la brecha existente con los estándares descritos en la Norma Técnica la misma que debe ser tomada como referente para mejorar los procesos que sean necesarios en los plazos establecidos y planteados como objetivos de gestión en las diferentes áreas de la gestión de acuerdo a la capacidad de resolución respectiva.

En este contexto el Hospital de Chancay, considera de suma importancia desarrollar el proceso de autoevaluación con la aplicación de los diferente macro procesos, que permitirá identificar los nudos críticos y proponer acciones dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar el proceso de Autoevaluación del Hospital de Chancay y SBS “Dr. Hidalgo Atoche López”, utilizando el Listado de Estándares de Acreditación, como mecanismo de revisión y medición para determinar el nivel de cumplimiento e identificar los procesos de mejora para el logro de la Acreditación 2024.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Planificar y organizar el proceso de Autoevaluación con la Dirección Ejecutiva y las Jefaturas pertinentes.
- Capacitar al auto evaluadores designados en herramientas metodológicas para la revisión y aplicación de los estándares de acreditación.
- Recopilar y consolidar la información recopilada en la autoevaluación para emitir los Documentos a las instancias pertinentes.
- Promover una cultura de mejora continua en el personal del Hospital de Chancaya través de la autoevaluación.

IV. ALCANCE

Las actividades establecidas en el presente Plan son de aplicación en todos los

[Escriba aquí]

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, “Ley General de Salud”
- Ley N° 27657, “Ley del Ministerio de Salud”
- Resolución Presidencial N° 026-CLID. P.2005, que aprueba el “Plan de Transferencia sectorial a los Gobiernos Regionales y locales 2022”
- RM N° 1263-2004-MINSA, que aprueba la directiva N 047-2004-DGSP/MINSA-01 “Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud”
- R M N°519-2006-M INS A, aprueba el documento técnico del “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 Salud y Servicios 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° 572-2011/MINSA, Directiva Administrativa de Monitoreo del Desempeño de la Gestión de Establecimientos de Salud del 1, II y III Nivel de Atención.

VI. METODOLOGIA DE EVALUACIÓN

La Autoevaluación es la fase de inicio del proceso de acreditación, la cual está a cargo del equipo de evaluadores internos previamente capacitados, aprobado con Resolución Directoral N° 058-2024-DIRESA-LIMA-H-HCH-SBS-DE , Utilizan el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud según la categoría correspondiente, para llevar a cabo la evaluación interna.

Se realizará la evaluación siguiendo la Norma Técnica de Salud para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (NTS N°050-MINSA-DGSP-V.02).

Durante este proceso, se determina el nivel de cumplimiento de los estándares y criterios, identificando tanto las fortalezas como las áreas susceptibles de mejora. Asimismo, la programación de la Autoevaluación debe ser parte integral del Plan Operativo Institucional 2024, el cual se elabora siguiendo la Directiva para la formulación de Planes Operativos emitida por la Oficina de Planeamiento Estratégico de nuestra

Para asegurar la implementación efectiva de este proceso, la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital de Chancay, asume la responsabilidad de organizar la autoevaluación, llevando a cabo el monitoreo de los siguientes pasos:

- Conformación del Comité de acreditación, aprobado con acto resolutivo.
- Reclutamiento del personal del equipo multidisciplinario de salud: El Comité de Acreditación designará al equipo de evaluadores internos, considerando perfiles específicos y los macro procesos a ser evaluados.
- Aprobación del Listado de evaluadores Internos por la Dirección, con acto resolutivo.
- Reuniones técnicas de: Capacitación y entrenamiento al equipo de autoevaluación, verificación y revisión de documentos durante la evaluación de los diferentes macro procesos.
- Reunión de instalación del equipo de autoevaluación y revisión del Listado de estándares de acreditación.
- Solicitar a las jefaturas que designen a sus responsables, quienes deberán interactuar con los evaluadores internos correspondientes.
- Difusión del Proceso y listado de estándares de Acreditación, se hará la distribución de la matriz de cada macro proceso, a cada responsable y a los evaluadores internos.
- Elaboración del cronograma de reuniones; realizado por el equipo de evaluadores, quienes planificarán la evaluación de los macro procesos, con el monitoreo de la Unidad de Gestión de la Calidad.
- Presentación del Plan de Autoevaluación 2024 a la Alta Dirección para la aprobación con Resolución Directoral.
- La Unidad de Gestión de la Calidad, tendrá reuniones con los responsables y equipo de evaluadores internos para el análisis del listado de estándares de acreditación.
- Presentación del Plan de Autoevaluación a la Dirección y Jefaturas de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del I Nivel de Atención.
- Preparación de Materiales: Según Guía Técnica del Evaluador, hoja de registro de datos para Autoevaluación.
- Comunicar el inicio de la Autoevaluación: De acuerdo con el cronograma establecido y se realizará las visitas de auto evaluadores a los servicios.
- Entrega de informes de cada macro proceso para el ingreso al software:
- Revisión de los instrumentos de recolección de información.
- Procesamiento de datos y análisis de resultados.
- Elaboración del Informe Técnico de autoevaluación.

- Presentación del Informe técnico en las reuniones de gestión, se debe generar Acta de reunión. 11
- Envío del informe a la Unidad de Gestión de la Calidad de la DIRESA Lima.
- Si el proceso de autoevaluación interna consigue una puntuación igual o mayor a 85, se solicitará la evaluación externa a la autoridad correspondiente.
- Si el puntaje es igual o menor de 85%, se realizará el levantamiento de las observaciones encontradas, con puesta en marcha de planes de mejora y nueva autoevaluación.

ANALISIS DE ACTIVIDADES

Objetivo	Actividad	Descripción
Planificar y organizar el proceso de Autoevaluación con la Dirección Ejecutiva y las jefaturas pertinentes.	Programación de la Autoevaluación en el Plan Operativo Institucional.	Esta actividad ha sido programada en el POI 2024.
	Conformación del Equipo de Acreditación	Designado mediante RD N° 051- 2024-DIRESA-L-H-CH-SBS-DE,
	Elaboración y Aprobación del Plan de Autoevaluación	Este plan es elaborado por los evaluadores internos y es aprobado por la autoridad institucional, en el que se consigna simultáneamente a los responsables de servicio/área/departamento del Hospital de Chancay que Interactuarán con los Evaluadores.
	Comunicación del Inicio de la Autoevaluación.	Esta acción es obligatoria y comunicada en forma oficial por conducto regulador a través de las instancias orgánicas responsables de Gestión de la Calidad, a la Dirección Ejecutiva del Hospital de Chancay y Dirección Regional de Salud — DIRESA Lima

Objetivo	Actividad	Descripción
Capacitar a los autoevaluadores designados en herramientas metodológicas para la revisión y aplicación de los estándares de acreditación.	Selección de los evaluadores internos.	Conformación del equipo mediante RD N° 058- 2024-DIRESA -L-H-CH-SBS-DE. La designación de estos evaluadores responderá a experiencias previas y al conocimiento de las técnicas de evaluación e instrumentalización para la evaluación de los criterios de evaluación.
	Reunión de coordinación.	Para la elaboración del plan y asignación de estándares.
	Sesión de Capacitación.	Se capacitará en metodología virtual para el registro de información de los diferentes formatos usado para la Autoevaluación.
	Sesión de capacitación sobre Acreditación y listado de estándares	Se fortalecen los conocimientos sobre las Normativas que rigen el proceso de acreditación del sector.

Objetivo	Actividad	Descripción
Recopilar y consolidar la información recopilada en la autoevaluación para emitir los documentos a las instancias pertinentes	Recopilación de información basado en estándares de acreditación	Basados en la aplicación de los estándares de calidad, se realizar el registro de información en los formatos diseñados para tal fin.
	Revisión y tabulación de la información.	Los responsables de cada Macroproceso revisaran la Consistencia de la información con la responsable de la autoevaluación.
	Elaboración de informe final	Se elaborará el informe final y revisará con el equipo de auto Evaluadores posteriormente - se enviará a la máxima autoridad de la institución.

[Escriba aquí]

Objetivo	Actividad	Descripción
Promover una cultura de mejora continua en el personal del Hospital de Chancay a través de la autoevaluación	Informar a los Departamentos/ Servicios/ unidades	Se remitirá informes de los Resultados de la autoevaluación para las acciones de mejora que corresponda.
	Seguimiento de las acciones de mejora.	Según los plazos propuestos por los departamentos/servicios Unidades se verificará el Cumplimiento de las acciones de mejora.

VII. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	EJECUCION																				
		I TRIM			II TRIM			III TRIM			IV TRIM											
Coordinaciones con jefaturas de servicios para designación de autoevaluadores	Coordinador	X																				
Conformación del Equipo de Autoevaluación mediante Resolución Directoral.	Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad Dirección ejecutiva	X																				
Reunión de equipo de autoevaluación.	Coordinador	X																				
Fortalecimiento de capacidades es en Acreditación y Autoevaluación	Coordinador			X																		
Elaboración del plan Autoevaluación 2024	Equipo de Autoevaluadores			X																		
Presentación del Plan de Autoevaluación a la Dirección Ejecutiva.	Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad							X														
Aprobación del Plan de Autoevaluación y remisión de Resolución Directoral	Dirección Ejecutiva									X												
Comunicado de Inicio de actividades a DIRESA	Dirección Ejecutiva									X												
Reunión de trabajo con el equipo de autoevaluación y distribución de estándares de acreditación.	Coordinador											X										
Aplicación de la lista de estándares de Acreditación	Equipo autoevaluador																X	X				
Procesamiento de datos	Jefe de la Unidad Gestión de Calidad																				X	
Análisis de resultados	Equipo Autoevaluador																					X
Elaboración del informe preliminar	Equipo Autoevaluador																					X
Revisión y corrección del informe	Equipo Autoevaluador																					X

[Escriba aquí]

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION B

RESPONSABLE POR SUB-EQUIPO	MACROPROCESOS	EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS	SETIEMBRE															OCTUBRE									NOV				RESPONSABLE(S) EVALUADO/S				
			13	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	01	02	03	04	07	08	09	11	4	6	11	13					
1 UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD	1. Direccionamiento	Dr. José Zambrano-Lic. Carmen Ramírez	M																																Dirección Ejecutiva
	2. Gestión de recursos humanos	Lic. Janeth Calero, Lic. Efraín Ostos		T																														Unidad De Persona	
	3. Gestión de la Calidad	Dr. Mirko Molina-Sra. Mary Zamora			M																													Jefe Unidad De Gestión De La Calidad	
	4. Manejo del riesgo de la atención	Dr. Hugo Ortiz- Abog. Yesenia Idrogo					T																											Jefe Unidad De Epidemiología Y Salud Ambiental	
	5. Gestión de Seguridad ante desastres	QF. Sandra Vargas-Lic. Vanessa Paez						M																										Responsable Del Programa De Gestión De Seguridad Ante Desastres	
	6. Control de la gestión y prestación	CPC. Enzo Martínez-Lic. América Sorozábal							M																									Responsable De Auditoria Media	
2 OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	7. Atención ambulatoria	Lic Haydee Osorio-Lic. Maritza Rodriguez.							M																									Jefe Departamento Consulta Externa Y Hospitalización	
	8. Atención de hospitalización	Lic. Emily Aylas-Lic. Mayte Herrera								M																							Jefe Departamento Consulta Externa Y Hospitalización		

[Escriba aquí]

VIII.- EQUIPO DE EVALUACIÓN

LIC. LUZ CARMEN RAMIREZ RUIZ (LIDER)	DR. JOSE ANTONIO ZAMBRANO ORTIZ
LIC. JANETH DEL PILAR CALERO MORA	LIC. EFRAIN LEONCIO OSTOS CUEVA
SRA. MARY LUCY ZAMORA COLLANTES	DR. MIRKO ERASMO MOLINA MOROTE
ABOG. YESENIA MABEL YDROGO RIVERA	DR. HUGO ANIBAL ORTIZ SOUZA
Q.F. SANDRA DANIELA VARGAS ESPINOZA	LIC. GILDA VANESSA PAEZ TRUJILLO
CPC. ENZO MARTINEZ ANTON	LIC. AMERICA VISITACION ZOROZABAL DE LA CRUZ
LIC. HAYDEE MARIBEL OSORIO RETUERTO	LIC. MARITZA ZULEMA RODRIGUEZ RAMIREZ
LIC. EMILY TATIANA AYLAS ROMERO	LIC. MAYTE FRIDA HERRERA CALDERON
LIC. CARMEN GLADYS CHAUCA CHAVEZ	LIC. LIDIA LUCILA LAZARO MARCO
MA. LUISA VICTORIA GUERRERO MEDINA	DR. REYNALDO GIOVANNI ESTELA RAMIREZ
LIC. JESUS MINAYA NORABUENA	DR. WILDER FERNANDO OSTOS ESPINOZA
LIC. EVELYN LEONOR CASTILLO RAMOS	DRA. MARIA ELENA ESPINO PEREZ
DR. FREDDY ACOSTA VALER	DRA. HAYDEE MENESES LOPEZ
ING. CESAR ALEJANDRO MEDINA OSORIO	LIC. CARLOS ALBERTO REYNA PURAY
ECON. JUAN CARLOS ROMERO GRADOS	DR. CLIMACO MARCO ANTONIO BOGGIANO ARROYO
DR. FREDDY ACOSTA VALER	LIC. MAYRA GARCIA SILVA
DRA. ROSA MARGARITA OGATA MANCHEGO	LIC. INGRID GALLARDO VALLADARES
DR. LUIS ALVARO ESPINOZA FLORES	LIC. MAGALLI MONICA PADILLA ROJAS
LIC. MERY KARINA MACHCO MANSILLA	LIC. MARIA ESTHER OSORIO ALVAREZ
LIC. HENRY SANCHEZ NAVARRO	LIC. ROCIO TOLEDO LUCHO
LIC. DINA TERESA AYALA CRISOSTOMO	LIC. BERTHA GLADYS HERNANDEZ JULCA