



PERÚ

Ministerio
de Salud



Formato de Postulación:

Concurso Nacional de Experiencias y Buenas Prácticas en Atención Primaria de Salud. Perú 2025 -2026 6ta Edición

*“La APS como estrategia para la articulación intersectorial y el fortalecimiento
de las Redes Integradas de Salud desde la familia y la comunidad”*

Formato de Postulación

Una vez llenado el Formato de Postulación, debe ser remitido a través del siguiente enlace: <https://forms.gle/23NKQMjm5caNaZML7>

Si presenta alguna dificultad para enviar su formato de postulación a través del referido enlace, puede enviarlo al e-mail: apsbuenaspracticas@gmail.com con el siguiente asunto: **CDPAPS2026_Nombre abreviado de la experiencia**

I. Información General

1. Título de la experiencia:

2. Nombre de la organización/institución que postula:

3. Máxima autoridad de la organización/institución:

- Nombres y apellidos:
- Cargo:
- Profesión:
- Grado (Mg., Dr., ...):
- Correo electrónico:

4. Área o unidad operativa implicada en la experiencia de buenas prácticas

5. Nombre de la categoría a la que postula

5.1 Gobernanza, gestión, innovación para el fortalecimiento de las Redes Integradas de Salud.

5.2 Cuidado integral de salud de la persona, familia y comunidad con enfoque territorial e interculturalidad.

5.3 Participación comunitaria e intersectorial para la promoción de la salud.

5.4 Formación y fortalecimiento de los equipos multidisciplinarios de salud

5.5 Salud digital para la APS y recursos tecnológicos para el fortalecimiento de la APS

6. Departamento, provincia, distrito en el que se desarrolla la experiencia

7. Líder del Equipo:

- Nombres y apellidos:
- Cargo:
- Profesión/ocupación:
- Grado (Mg., Dr., ...):
- Correo electrónico:
- Teléfono móvil:

8. Miembros del Equipo:

- Persona(s) encargada(s) de la práctica en la actualidad
- Persona(s) que diseñó la práctica
- Persona(s) que ejecuta(n)

Considerar la siguiente información por cada integrante (si son varias personas, puede utilizar un cuadro Excel):

- Nombres y apellidos:
- Cargo o actividad que desarrolla:
- Profesión/ocupación:
- Grado (Mg., Dr., ...):
- Correo electrónico:
- Teléfono móvil:

II. Resumen:

*Comentar lo esencial de la experiencia en **máximo 200 palabras**.*

III. Descripción:

*Desarrollar la experiencia en **máximo 2000 palabras**. Sírvase llenar la información indicada en los siguientes subtítulos:*



PERÚ

Ministerio
de Salud



1. Introducción
2. Objetivos
3. Población
4. Acciones claves de la implementación de la iniciativa y métodos
5. Resultados de la implementación de la experiencia
6. Enseñanzas extraídas (opcional, si lo considera relevante)
7. Conclusiones
8. Recomendaciones
9. Referencias bibliográficas
10. Imágenes y/o enlace de video de apoyo visual