

En la Ciudad de Panamá, el día 18 de septiembre de 2017, convocada a las 9:30 a.m. en las instalaciones del Hotel Novotel, al lado de la casa de Durán, Panamá, Rep. Panamá.

ACTA
Asamblea EXTRAORDINARIA del Mecanismo Coordinador de Panamá

Verificación del Quórum				Nº
CATEGORIA				ASISTENTES A LA REUNIÓN
Voz y Voto				PRINCIPAL
Voz y Sin Voto				SUPLENTE

Total				10	1	13	1
1. GOB. MINSA				1	0	2	0
2. GOB. MINSA VIH				0	0	2	0
3. GOB. MINSA TB				0	0	1	0
4. GOB. MINSA Malaria				0	0	1	0
5. GOB. MIDES				1	0	0	0
6. GOB. CSS				1	0	1	0
7. GOB. MEDUCA				1	0	0	0
8. SOC. CIVIL PVVS				0	0	2	0
9. SOC. CIVIL HSH				1	0	0	0
10. SOC. CIVIL TRANS				1	0	2	0
11. SOC. CIVIL TSF				1	0	0	0
12. SOC. CIVIL TB				1	0	0	0
13. SOC. CIVIL Malaria				1	0	1	0
14. SOC. CIVIL Indígena				1	0	1	0
15. NO GUB. CONEP				0	0	0	0
16. NO GUB. Investigadores				0	0	0	0
17. NO GUB. Académico				0	0	0	0
18. NO GUB. Trabajadores				0	0	0	0
19. COOP. MULT.				0	1	0	0
20. COOP. BILAT.				0	0	0	1

Luego del primer llamado, siendo las 09:40 AM, se da inicio a la asamblea ordinaria del Mecanismo Coordinador de Panamá (MCdP). El Secretario del MCdP verifica el quórum. Hay 12 sectores representados de los 19 que constituyen (activos) el MCdP.

DETALLE DE LA ASISTENCIA TOTAL:

1. GOB. MINSA: Dra. Itza Barahona de Mosca, Dr. Aurelio Núñez y Dra. Ilika Tejada de Urriola
2. GOB. MINSA/VIH: Dra. Jazmin Higuero y Lic. Rigoberto Villarreal
3. GOB. MINSA/TB: Dra. Beatriz Castillo
4. GOB. MINSA/Malaria: Lic. Fernando Vizcaino
5. GOB. MIDES: Lic. Jimi Portugal
6. GOB. CSS: Dr. Rudick Kant y Lic. Deyra Santana
7. MEDUCA: Dra. Flavia Fontes
8. SOC. CIVIL PVVS: Sra. Iris De Gracia y Sra. Montserrat Lan
9. SOC. CIVIL HSH: Lic. Luis Soane
10. SOC. CIVIL Trans: Srita. Venus Tejada, Srita. Bárbara Delgado y Srita. Yineith Muñoz.
11. SOC. CIVIL TSF: Sra. Gladys Murillo
12. SOC. CIVIL TB: Sra. Mariana Stocel
13. SOC. CIVIL Malaria: Sr. Ramires Avila Lasso y Sra. Rosilina López
14. SOC. CIVIL Indígena: Lic. Norma Miller y Sra. Elvira Guillén
15. NO GUB. CONEP: No asistió
16. NO GUB. Inst. de Inv.: No asistió
17. NO GUB. Académico: No asistió
18. NO GUB. Trabajadores: No asistió
19. Coop. Multilateral: Dr. Jorge Victoria
20. Coop. Bilaterales: Lic. Saratíel Karicas

Asamblea EXTRAORDINARIA del Mecanismo Coordinador de Panamá

oN

Verificación del Quórum

Total			
1	0	0	1
2	2	0	0
3	1	0	0
4	1	0	0
5	0	0	0
6	1	0	0
7	0	0	0
8	2	0	0
9	0	0	0
10	2	0	0
11	0	0	0
12	0	0	0
13	1	0	0
14	1	0	0
15	0	0	0
16	0	0	0
17	0	0	0
18	0	0	0
19	0	1	0
20	0	0	0

[Handwritten signature]

El secretario operativo informa que en virtud de la existencia del quórum respectivo, se puede dar inicio a la asamblea. Se informa que la misma va a ser presidida por la doctora Itza Barahona de Mosca, presidenta del MCP.

Se da lectura a la agenda y se sugieren algunos ajustes, quedando de la siguiente manera:

Verificación del quórum
Aprobación de la agenda

1. Tiempo para el comité electoral que presentará a los nuevos miembros
2. Tiempo para el consultor de MONTARV
3. Nota conceptual del MCR
4. Tiempo para el Comité de Monitoreo Estratégico
5. Tiempo para el Receptor Principal (PNUD)

Se da la palabra a la Sra. Barbara Delgado miembro del comité electoral del MCP. La Sra. Delgado inicia su presentación dando lectura a nota emitida por USAID donde hacen referencia a sus representantes en el MCP de Panamá.

En la citada nota se informa que la Dra. Patricia Rivera será la representante principal de los organismos de cooperación bilateral. La Dra. Itza de Mosca, pregunta si la Lic. Saratiel Karicas sigue siendo representante suplente, a lo que se informa que, se entiende que la nota anterior donde se designaba al Lic. Daniel Murallies como principal y a la Lic. Saratiel Karicas como suplente, sólo ha sido modificada en la representación del principal. Ya que es mencionado tácitamente en la nueva nota.

Acto seguido, las representantes del comité electoral presentan nota recibida por parte del MEDUCA: Dra. Flavia Fontes como principal, profesor Edwin Gordón y Lic. Luz Córdoba como suplentes.

Se pregunta a los miembros presentes si aprueban estas designaciones, lo cual es aprobado pro unanimidad por los miembros presentes.

Acto seguido, el comité electoral, presenta el proceso de elecciones en el sector de Trabajadoras Sexuales:

Se explica al igual que en el sector TRANS y el sector de PVS (Personas que Viven con VIH/SIDA) se hizo una convocatoria abierta con el fin de explicar todo lo relacionado con el MCP y las reglas del MCP al respecto. Se dio una fecha límite para presentar nóminas y planes de trabajo.

Cumplida la fecha, se contabilizaron dos (2) nóminas, una encabezada por Gladys Murillo y otra encabezada por Marixenia Camarena.

Se hizo una reunión con ambas nóminas en dos (2) ocasiones con el fin de planificar la forma de llevar a cabo la consulta y los lugares donde se haría.

Se identificaron dos (2) fechas y cuatro (4) lugares para efectuar el proceso, de la siguiente manera: 23 de agosto en David, Chiriquí y en Colón de forma simultánea. 25 de agosto en Panamá y en Chorrera de forma simultánea.

Cumplidas las fechas, se hicieron las consultas y la nómina N°1 obtuvo 114 votos y las nóminas N°2 52 votos. La nómina número dos solicita impugnar los resultados en dos (2) lugares, Chorrera y Colón alegando que no participaron ya que no pudieron llegar a la cita en el caso de Chorrera y en el caso de Colón alegando situaciones poco claras. El Comité acepta la impugnación en Chorrera advirtiéndole que ese resultado no altera los resultados finales.

Se solicita al pleno dar visto bueno y ratificar a la nómina N°1 Sra. Gladys Murillo (Principal), Sra. Yukeicha Bernad y Sra. María Abrego como suplentes.

El pleno ratifica, por unanimidad, lo propuesto por el Comité Electoral y se invita a la Sra. Gladys Murillo y sus suplentes a incorporarse a la mesa de trabajo del MCP.

Lectura y aprobación de la agenda.

2. Tiempo para el consultor de MONITARV

El doctor Aurelio Núñez, jefe del Programa Nacional de VIH, hace una introducción y recuento de antecedentes del MONITARV, explica que los datos que contiene el sistema han sido introducidos de forma intermitente, lo cual es lamentable, indicó. Explica que lo ideal es que el sistema ofrezca ventajas que permitan minimizar el desabastecimiento, explica que se estimó un costo muy por debajo ya que se tenía una visión corta de los beneficios que puede ofrecer el sistema los beneficios de implementarlo plenamente.

Da la palabra al consultor de MONITARV (Sr. Rodrigo Céspedes), quien hace un recuento de su consultoría de la siguiente manera: explica que fue la persona responsable de desarrollar el MONITARV en el año 2013 y 2014. Explica que va a dar detalles de lo que se hizo y los resultados del diagnóstico. Indica que es un sistema de almacenamiento de datos en un servidor que está alojado en el MINSA, que permite 3 opciones de trabajo: en línea, fuera de línea y en papel. La Dra. Itza de Mosca (representante del Ministro), pregunta que pasa cuando no hay conectividad (internet) disponible para realizar la digitalización en línea, el consultor explica que se debe digitar la información y que funciona con un almacenamiento local en caso de no haber conectividad en el momento.

El licenciado Luis Soane, (sector HSH) comenta que él tiene conocimiento que en todas las TARV no hay internet. El consultor explica que las clínicas TARV no están utilizando MONITARV con todas sus capacidades en virtud de que la infraestructura de conectividad hacia el MINSA se encuentra con la situación de que el firewall ha colapsado y debe de ser cambiado para garantizar los servicios y que en efecto, el sistema está diseñado para funcionar con todos los componentes que los detalles son subsanables.

La Sra. Venus Tejeda (sector TRANS), expresa que le llama la atención que el modelo ya estaba, pero que en 2013 dejó de funcionar. El consultor le aclara que antes de 2013 la información se llevaba en papel. La Sra. Venus pregunta quien financió el primer intento de MONITARV, el doctor Aurelio Núñez explica que la primera etapa lo financió PEPFAR por medio de una de sus agencias. Reconoce nuevamente que es verdad que hay fallas con temas de conectividad pero que son subsanables. En el caso de farmacia, explica el consultor que se consume mucho tiempo en los procesos de farmacia, ya que no está centralizada la información y se digita dos o tres veces la misma información. Las requisiciones de medicamentos también se hacen de forma manual. Esto evidencia la necesidad de crear un módulo de farmacia. Explica el consultor.

En cuanto a la caja de seguro social, reporta datos al MONITARV, aunque compre su propio medicamento y se autoabastece, pero reporta ya que sabe que son indicadores de País lo que se saca del MONITARV. Es otra evidencia que el sistema de farmacia se requiere. También hay un tema con la dosificación ya que un niño y un adulto toman en diferentes dosificaciones, se produce un trasiego ya que se hace de manera manual la asignación de las dosis. Lo ideal sería que el paciente pueda retirar sus medicamentos en cualquier farmacia, así se descentraliza, actualmente la persona tiene que regresar a la misma farmacia con la misma receta.

Explica que actualmente no hay un control, ya que hay pacientes del Santo Tomás que retiran sus medicamentos en la CSS y eso es un descontrol, aunque no está mal. El licenciado Luis Soane (sector HSH) expresa que para implementar un módulo de farmacia es ideal cuando se solucione el problema de desabastecimiento. El doctor Aurelio Núñez (Programa de VIH), expresa que es cierto que hay limitantes, pero también es cierto que hay que hacer ajustes pero que se debe ir avanzando.

La doctora Itza de Mosca (Representante del Ministro), expresa que actualmente hay un sistema mixto y que MINSA y CSS debe llegar a un acuerdo para el tema de la atención de los pacientes y los medicamentos. Pero que se debe avanzar en paralelo,

solucionando el tema de desabastecimiento y mejorando los sistemas de información.

El consultor explica que una de las bondades del módulo de farmacia será que desde el programa de VIH se dará cuenta del abastecimiento en cada clínica y trasladada el pedido al almacén central. Todo en tiempo real.

Se explicó sobre el proceso de análisis que se está llevando a cabo para el módulo de farmacia de MONITARV y el posible flujo que seguirá el mismo con el fin de poder fortalecer la gestión en el proceso de logística de SIAL.

Se debe lograr los compromisos de las partes involucradas tales como MINSA, Caja de Seguro Social, Hospital Santo Tomas, Hospital del Niños entre otros con la finalidad de hacer las gestiones respectivas para que todo este disponible de la forma que se requiere y garantizar la operatividad de los usuarios.

El consultor explica que de acuerdo a los TDR originales no es posible hacer algo útil, y dejar funcionando el MONITARV. Es necesario hacer ajustes a los TDR.

El doctor Jorge Victoria (OPS), indica que ve bastante útil el programa, pregunta primeramente si existe una política macro de fortalecimiento de un sistema único de expediente electrónico, pregunta si este esfuerzo no es una duplicidad. También pregunta si no es una duplicidad si el sistema es compatible con el expediente electrónico y como se complementa con el Sisvig.

La doctora Iltza de Mosca, responde diciendo que hay un sistema de información y que éste no cuenta con las variables particulares de VIH. Se tratará que haya una interfase para lograr la compatibilidad y la forma adecuada de hacerlo. Indica que ya la CSS y MINSA ya reconocen 2 sistemas (el SEIS y el SIS).

El consultor explica que se ha conversado con los técnicos tanto del MINSA y con los de la CSS y que los sistemas son compatibles, solo es cuestión de comunicación entre CSS y MINSA para compartir bases de datos. Explica que el SEIS y el SIS son lo mismo solo que uno en la CSS y el MINSA.

Venus Tejeda, (sector trans), pregunta quien le dará mantenimiento al MONITARV, el doctor Aurelio Núñez responde que las divisiones de informática del MINSA se encargan de eso. El Lic. Rigoberto Villarreal, (Programa de VIH) explica que los softwares son del MINSA y la base de datos del MINSA por tanto el propio MINSA puede hacer los cambios y migraciones que se requieran para un mantenimiento.

La Lic. Saratíel Karicas (Bilaterales), pregunta cuanto es lo que se requiere para mejorar el sistema y como se sustenta esa solicitud, si se sustentará con base al crecimiento de pacientes o que fórmula se utilizará. Pregunta como se traducen los hallazgos mencionados en porcentajes, indica que le llama la atención, que se dijo que no existe código de barra para determinar la caducidad de los medicamentos. También pregunta si porque todo tiene que salir del Fondo Mundial y no una parte del Fondo Mundial y otra de la CSS y otra del MINSA. Sugiere que si no se logra en este momento consenso se incluya en el proceso de transición.

El consultor, indica que responderá lo que está a su alcance, explica que su sorpresa fue encontrarse medicamentos vencidos y que es medicamento que viene de la farmacia. Explica que solo hay datos de pacientes, pero no hay datos de los beneficios que va a recibir el paciente de implementar ese modulo. Pero se visualiza más adherencia ya que se mitigan situaciones fortuitas con el sistema y se acerca el medicamento a los pacientes. No hay manera de dimensionar ese impacto. Explica que el segundo impacto está en el ahorro de medicamento que se entrega sin control. Hoy día, explica que la responsabilidad de medicamento es de las farmacias y a futuro serpa del programa. Quizá sean maneras de motivar el financiamiento del módulo de farmacia.

El doctor Aurelio Núñez, explica que hay que hacer una serie de comprar para que funcione el sistema, lo que evidencia que el MINSA está poniendo una parte, sin embargo, es más complicado tratar de implementar esto con fondos del MINSA. El costo está en B/. 28,000.00. El proyecto se trasladará de 4 meses a 10 meses y se incluirá los elementos que hacen falta.

El doctor Jorge Victoria (OPS) pregunta porque no invertir este monto en el expediente electrónico directamente y no en un módulo de farmacia.

El consultor explica que el expediente electrónico no tiene la capacidad de incluir la cantidad de variables que maneja MONITARV, se perdería información valiosa que es

Uds

[Handwritten signature]

exclusiva de pacientes con VIH.

El doctor Jorge Victoria (OPS), indica que desde el punto de vista operativo le preocupa que por ejemplo al infectólogo le tocará digitar en 3 módulos la misma información.

La doctora Itza de Mosca, indica que eso es precisamente lo que se quiere mitigar. Pregunta la doctora si es necesario tomar una decisión sobre solicitar el monto al Fondo Mundial o si se deja para otra ocasión mientras se hacen consultas para hacer una inversión eficiente de los recursos.

El doctor Aurelio Núñez comenta que lo que se requiere del MCP es el visto bueno para solicitar los fondos adicionales. Los detalles se pueden gestionar después.

Se propone al pleno que otorgue el visto bueno para que PNUD haga las gestiones con el Fondo Mundial para la gestión de los fondos (B/. 28,000.00) necesarios para avanzar en el módulo de farmacia del MONITARY.

Como resultados del debate y las dudas surgidas, se hace una contrapropuesta de hacer primero las reuniones del caso y que se prepare un informe de seguimiento por parte del programa de VIH con los resultados de esas consultas y que se presente en la asamblea una vez esté listo y luego se pida el aval para la gestión de los fondos para el MONITARY.

Se someten a votación de los participantes sin conflicto de interés y la segunda propuesta es aceptada por unanimidad.

Se da la palabra al doctor Aurelio Núñez la palabra con el fin de que pueda presentar la nota conceptual regional de malaria 2018-222.

Explica que en el consejo de COMISCA se dio un mandato al MCR para preparar la propuesta a presentar al Fondo Mundial para dar continuidad al EMMIE. El doctor hace una lectura de las resoluciones en referencia.

La meta es Lograr la eliminación de la malaria de manera sostenible en Belize, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Panamá y República Dominicana al 2020. Explica que el proyecto regional tiene otros donantes, CHAI y Bill y Melinda Gate. Contiene un El modelo de financiamiento basado en resultados ayudará a alinear los compromisos de los políticos y los directores de programas con los objetivos. Estos objetivos abarcarían los pasos críticos e indicadores necesarios para la eliminación, asegurándose de que los países no sólo se esfuerzan por alcanzar cero casos de malaria para 2020, sino también para crear las condiciones para prevenir la reintroducción.

El doctor Aurelio Núñez, explica que los objetivos del programa son: Demostrar el efecto positivo de la iniciativa de financiamiento para la eliminación de la malaria ya sea para otras áreas geográficas u otras enfermedades en Centroamérica y República Dominicana.

Fortalecer el entorno normativo para la eliminación de la malaria actualizando las normas y políticas nacionales con evidencia sobre nuevas estrategias y herramientas para la eliminación de la malaria y la prevención de la reaparición en ocho países para el año 5.

Contribuir a aumentar la financiación nacional incluida en los presupuestos nacionales para la eliminación de la malaria y la prevención de la reaparición en ocho países para el año 5 mediante préstamos del BID e incentivos financieros que se proporcionarán mediante una "modalidad de financiación basada en los resultados".

Mejorar el proceso de planificación y las operaciones a nivel nacional mejorando la calidad de los sistemas de salud, la gestión de casos, el control de vectores y la logística para la eliminación de la malaria en ocho países para el año 5.

Fortalecer los sistemas de vigilancia y la calidad de los datos para la eliminación de la malaria en 8 países para el año 3

3. Nota conceptual del MCR

[Handwritten signature]

Facilitar el impacto colectivo al alinear los recursos financieros y técnicos de los países y socios de acuerdo con las necesidades del país

Explica un cuadro comparativo entre la subvención anterior y la que propone. Brinda detalles del marco de desempeño, explica que se está definiendo quien monitoreará los indicadores.

Los marcos de desempeño incluirían indicadores sobre el impacto, los resultados y el nivel de producción. Aunque el objetivo principal de la eliminación de la malaria es lograr 0 casos autóctonos, lograr cero casos en un año no sería suficiente para prevenir la reaparición. Por lo tanto, los marcos de rendimiento con ámbitos más amplios alentarían cambios en las direcciones correctas y desde un punto de vista sistémico.

Estos marcos de desempeño no deben equipararse con el Marco de Resultados de la Facilidad, que establece las métricas acordadas entre el BMGF, el Fondo Mundial y el BID para monitorear la IREM y desembolsar los recursos de la subvención. Los marcos de desempeño serían negociados y acordados con cada país e incluidos en los acuerdos contractuales entre el BID y cada país. Informa que el Presupuesto es de 6 millones de dólares (Solo del FM), los cuales pasarían a formar parte de una Fondo común.

Se solicita al MCP que brinde su aval a la propuesta presentada por el MCR, bajo el enfoque de la inversión de los fondos del FM bajo un mismo mecanismo de financiamiento y la armonización de la respuesta de país alineada a la meta regional.

El MCP por unanimidad da el visto bueno a la nota conceptual regional del MCP de malaria.

El Lic. Luis Soane, del Comité de Monitoreo Estratégico, hace un recuento de la visita a la región de Azuero. Explica que la visita tenía como objetivo dar seguimiento a la voluntad de pagar del gobierno, específicamente en lo referente a la apertura de nuevas CLAM.

Hace saber a los presentes que la reunión se dio con personal de salud de las dos regiones de salud que hay en Azuero (Los Santos y Herrera).

Detalla quiénes participaron de las reuniones, a parte del Comité de Monitoreo Estratégico, que fue invitado a presenciar el proceso de negociación entre el programa de VIH y las regiones. En principio no había interés en las regiones por abrir la CLAM. A medida que se les fue explicado el interés fue surgiendo y al final de la reunión ambas regiones se disputaban la opción de tener la CLAM en su región.

El programa de VIH, explicó el personal que tendría la CLAM: :

- Médico/a General
- Licdo/a en Enfermería
- Tecnólogo Médico
- Licdo/a en Farmacia
- Técnico de Registros Médicos
- Trabajador Social
- Trabajador Manual

También se explicó las características físicas ideales que deberían tener las instalaciones:

- Área de Consejería
- Área de Laboratorio
- Área de Consultorio
- Área de Farmacia.

Se plantea una hoja de ruta para la apertura de la CLAM:

Se plantea la apertura en el centro de salud de Llano Bonito, en Chitre. El centro de salud funciona de 7:00AM a 3:00 PM.

La Región de los Santos plantea que también están en condiciones de ofrecer instalaciones en donde pueda funcionar la CLAM.

No logran ponerse de acuerdo ambas regiones de salud. Al no lograr ponerse de acuerdo, el programa acuerda con las regiones compartirles un formulario de autoevaluación y la que tenga más puntaje se le otorgará el funcionamiento de la CLAM.

A finales de octubre de 2017, se debe informar donde se abrirá la CLAM si es necesario se hará una segunda visita de campo.

Surgen algunas preguntas relacionadas con relación a la visita de campo.

¿Qué seguimiento se le ha dado?

La doctora Jazmin Higueros, coordinadora de las CLAM, explica que se hizo el formulario de autoevaluación para saber cual región cuenta con el personal adecuado y las adecuaciones mínimas requeridas de las CLAM. Luego de lo cual la región de Salud de Herrera informó que no cumplía con los requisitos y no les sería posible en esa región.

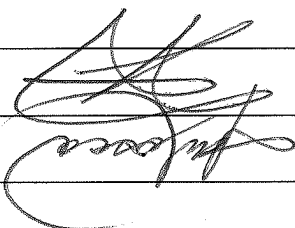
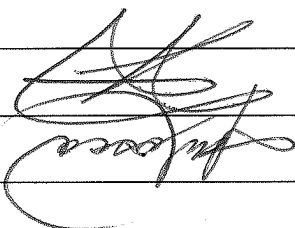
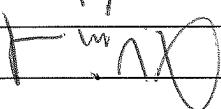
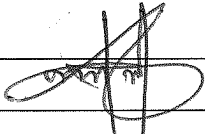
La región de salud de Los Santos comunicó que ellos si cumplían con los requisitos de personal e instalaciones. Explica la doctora que se están ultimando los detalles para lograr la apertura de la CLAM en el menor tiempo posible, quizá a final del año 2017.

El Mecanismo felicita a Luis Soane y a Dayra García por el éxito de la misión y le piden que continúen dando seguimiento a la apertura de la CLAM en Azuero.

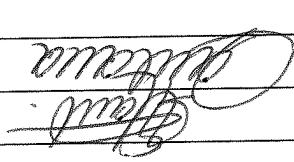


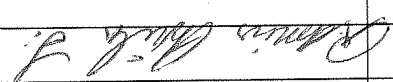

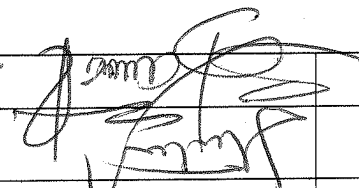
Finaliza la asamblea plenaria.

Resumen de acuerdos:

1. Se aprobó la incorporación de la doctora Patricia Rivera como representante principal de los organismos de cooperación bilaterales en el MCP.
2. Se aprobó la incorporación de la Dra. Flavia Fontes, Prof. Edwin Gordon y Lic. Luz Córdoba como representantes del MEDUCA en el MCP.
3. Se aprobó la incorporación de Gladys Murrillo, Yukeicha Bernard y Maria Abrego como representantes del sector de Trabajadoras Sexuales en el MCP.
4. Se aprobó que el programa de VIH haga las reuniones pertinentes y prepare un informe de seguimiento, lo presente en una asamblea plenaria, antes de solicitar solicitar aprobación para asignar más recursos al MONITARY.
5. Se dio visto bueno a la nota conceptual regional de malaria del MCR.
6. Se solicitó al Comité de Monitoreo Estratégico del MCP, continuar dando seguimiento a la apertura de la CLAM de Azuero.

#	SECTOR	ASISTENTE A LA ASAMBLEA	FIRMA
1.	GOB. MINSA:	DRA. ITZA BARAHONA DE MOSCA	
2.	GOB. MINSA/VIH:	DR. AURELIO NÚÑEZ	
		DRA. ILKA TEJADA DE URRIO LA	
		DRA. JAZMIN HIGUERO	
3.	GOB. MINSA/TB:	LIC. RIGOBERTO VILLARREAL	
		DRA. BEATRIZ CASTILLO	
4.	GOB. MINSA/Malaria:	LIC. FERNANDO VIZCAINO	

12/05

5.	GOB. MIDES:	LIC. JIMI PORTUGAL	
6.	GOB. CSS:	DR. RUDICK KANT	
7.	GOB. MEDUCA	DRA. FLAVIA FONTES	
8.	SOC. CIVIL PVS:	SRA. IRIS DE GRACIA	
		SRA. MONTSERRAT LAN	
9.	SOC. CIVIL HSH:	LIC. LUIS SOANE	
10.	SOC. CIVIL Trans:	SRA. VENUS TEJADA	
		SRTA. BARBARA DELGADO	
		SRA. YINETH MUÑOZ	
11.	SOC. CIVIL TSF:	SRA. GLADYS MURILLO	
12.	SOC. CIVIL TB:	SRA. MARIANA STOCEL	
13.	SOC. CIVIL MALARIA	SR. RAMIRES ÁVILA	
		SRA. ROSILINA LOPEZ	
14.	SOC. CIVIL Indígena:	SRA. ELVIRA GUILLEN	
15.	NO GUB. CONEP:		NO ASISTIO
16.	No GUB. INV:		NO ASISTIO
17.	NO GUB. Académico:		NO ASISTIO
18.	NO GUB. TRAB.		NO ASISTIO
19.	Coop. Multilateral:	DR. JORGE VICTORIA	
20.	Coop. Bilaterales:	LIC. SARATIEL KARICA	