



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital de Emergencias
Villa El Salvador

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y
HOMBRES"
"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

N° 253 -2020-DE-HEVES

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Villa El Salvador, 09 OCT. 2020

VISTO:

El Expediente N° 20-000096-030, que contiene el Proveído N° 135-2020-OPP-HEVES, de fecha 27.07.20, de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto y la Nota Informativa N° 019-2020-UGC-HEVES de fecha 21.01.20 y el Informe N° 012-2020-UGC-HEVES de fecha 18.09.20, de la Unidad de Gestión de la Calidad; y

CONSIDERANDO:

Que, el numeral VI, del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley de Salud, establece que: "Es de interés público a provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad el Estado promover, las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad. Es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública. El estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad";

Que, mediante Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por el Decreto Supremo N° 011-2017-SA, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, estableciendo al Hospital de Emergencias Villa El Salvador, como un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, dependiente de la Dirección de Redes Integradas de Salud de su Jurisdicción;

Que, mediante Resolución Ministerio N° 519-2006-SA/DM de fecha 30.05.06, se aprobó el Documento Técnico " Sistema de Gestión de la Calidad de Salud", el mismo que tiene por objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud

Que, mediante Resolución Vice Ministerial N° 035-2020-SA/DVM-PAS se designó al M.C. Abraham Rodríguez Rivas en el cargo de Director de Hospital II (CAP N° 001) de la Dirección Ejecutiva del Hospital de Emergencias Villa El Salvador;

Que, en atención a la Nota Informativa N° 019-2020-UGC-HEVES de fecha 21.01.20 y el Informe N° 012-2020-UGC/HEVES de fecha 18.09.20, la Unidad de Gestión de la Calidad remite la propuesta del Plan de la Unidad de Gestión de la Calidad 2020 del Hospital de Emergencias Villa El Salvador y la opinión técnica que sustenta el referido plan, para su aprobación mediante acto resolutivo correspondiente;

Que, la referida propuesta de plan tiene por objetivo general mejorar la calidad de la atención a los usuarios a través de la implementación y monitoreo de las Políticas del Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador durante el año 2020;

Que, asimismo, mediante Proveído N° 135-2020-OPP-HEVES de fecha 04.09.20, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, ha emitido pronunciamiento favorable sobre el proyecto del Plan de la Unidad de Gestión de la Calidad 2020 del Hospital de Emergencias Villa El Salvador en atención al Informe N° 031-2020-AP-OPP/HEVES de



fecha 24.07.20, del jefe del área de Planeamiento, de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto;

Que, asimismo, la referida propuesta del Plan, cumple con las disposiciones previstas en las "Normas para la Elaboración de Documento Normativos del Ministerio de Salud", aprobado por Resolución Ministerial, aprobadas por Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA de fecha 28.10.16;

Que, con la finalidad de continuar con el desarrollo de la actividades y procesos técnicos- administrativos a nivel institucional, resulta pertinentes atender lo solicitado por la Unidad de Gestión de la Calidad, y en consecuencia emitir el correspondiente acto resolutivo, aprobando el proyecto de Plan de la Unidad de Gestión de la Calidad 2020 del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, de acuerdo a marco normativo vigente;

Que, el Artículo 10° Literal c) del Manual de Operaciones (MOP) del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, aprobado por Resolución Jefatural N° 381-2016-IGSS de fecha 27.05.16, establece las atribuciones y responsabilidad del Director Ejecutivo, entre las cuales se encuentra, la prerrogativa de expedir Resoluciones Directorales en asuntos que sean de su competencia;

Con visación del Jefe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, el Jefe de la Unidad de Asesoría Jurídica y el Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias Villa El Salvador (HVES);

De conformidad a lo establecido en la Ley N° 26842, Ley General de Salud; el Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y su modificatoria mediante Decreto Supremo N° 011-2017-SA; las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, y el Manual de Operaciones (MOP) del Hospital de Emergencias Villa "El Salvador", aprobado con la Resolución Jefatural N° 381-2016/IGS y con las facultades conferidas mediante Resolución Vice Ministerial N° 035-2020-SA/DVM-PAS;

SE RESUELVE:

Artículo Primero: APROBAR el "Plan de la Unidad de Gestión de la Calidad 2020 del Hospital de Emergencias Villa el Salvador"; que en anexo adjunto forma parte de la presente Resolución Directoral.

Artículo Segundo: DISPONER que la Unidad de Comunicaciones e Imagen Institucional, procede a publicar y difundir la presente Resolución Directoral en la página web del Hospital.

REGISTRESE COMUNIQUESE Y CÚMPLASE.

ARR/MA/O/RPAG/AD/CO
C.c

- () Oficina de Planeamiento y Presupuesto
- () Unidad de Asesoría Jurídica
- () Unidad de Gestión de la Calidad
- () Unidad de comunicaciones e Imagen Institucional



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR
M.C. ABRAHAM RODRIGUEZ RIVAS
Director de Hospital II



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital de Emergencias
Villa El Salvador

PLAN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2020



HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR



PERÚ

Ministerio
de Salud

DECENIO DE LA IGUALDAD DE
OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES
"Año de la Universalización de la Salud"

HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR - HEVES

M.C CARLOS IVÁN LEÓN GÓMEZ

Director Ejecutivo

UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

M.C. ALEXANDER DAVID FLORES GUEVARA

Jefe

LIC. GINA MAGALY ACUÑA VILELA

Especialista en Gestión en Salud

0

LIC. DIANA ALEGRÍA DELGADO

Especialista en Gestión en Salud

LIC. ELENA ROSA BALDERA PAIVA

Especialista en Gestión en Salud

M.C. LUIS QUISPE VALVERDE

Médico

Colaboradores

M.C. Luis Ricardo Luna Amarillo

M.C. Meylyn Joan Lung Solórzano

M.C. Alfredo Junior Vilela Bendezú

Lic. Lisett Ingrid Aybar Córdova

Lic. Denis Virginia Medina Salazar

Lic. Félix Jesús Velita Fuentes

Tec. Gladis Milagros Quispe Pinado



INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	03
II. FINALIDAD	05
III. OBJETIVOS	05
IV. BASE LEGAL	05
V. AMBITO DE APLICACIÓN	06
VI. DEFINICIONES BÁSICAS	07
VII. RESPONSABILIDADES	11
VIII. ACTIVIDADES A REALIZAR	12
IX. RECURSOS	15
X. ANEXOS	15
a. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	15
b. PRESUPUESTO	17





I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud en el marco de sus funciones rectoras y específicas, busca mejorar el estado de salud de la población en el país a través de la articulación del Sistema Nacional de Salud, para lo cual viene desplegando acciones en búsqueda de la mejora de la calidad de atención acorde a la Política Nacional de Calidad en Salud aprobada con Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, la misma que tiene como finalidad mejorar los servicios de salud y por ende la satisfacción del usuario externo.



En ese sentido el Hospital de Emergencias Villa El Salvador considera en el Manual de Operaciones de la institución aprobada con Resolución Jefatural N° 381-2016/IGSS, entre sus Procesos Estratégicos de nivel cero el PE 0.4 Gestión de la Calidad Institucional, teniendo como subprocesos el PE 0.4.1 Satisfacción y Seguridad del Usuario, el PE 0.4.2 Mejora Continua y el PE 0.4.3 Evaluación y Monitoreo de la Calidad; asimismo señala que es la unidad orgánica encargada de la implementación de los principios, normas, metodologías y procesos del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud para promover la mejora continua de los servicios. Entendiendo a la Unidad como un órgano transversal y de asesoramiento encargado de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad para promover la mejora continua de la atención de calidad y humanizada del paciente, con la participación activa del personal y cuya dependencia es de la Dirección Ejecutiva. Como tal, busca lograr dentro de nuestra Institución un Sistema Integrado de Gestión de Calidad basándose en normas nacionales e internacionales con los más altos estándares de la medicina basada en evidencia y el trato humanizado.



Por ello, viene desarrollando a lo largo de los años, desde su implementación hasta la actualidad, actividades enmarcadas en el plan de trabajo anual, el cual permite dirigir y monitorizar los procesos de gestión de la calidad y sus ejes: Gestión del proceso de auditoría, cultura de la calidad, mejora continua y acreditación, gestión del riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente, y la gestión de atención al usuario externo.

Es así que durante el año 2019 la Unidad de Gestión de la Calidad logró a través de la Plataforma de Atención al Usuario en salud (PAUS) atender 48,396 consultas; 94% de reclamos gestionados, de ellos el 21.8% solucionados por trato directo. Asimismo, se implementó la central telefónica para atención al usuario, además, se ha incrementado el horario de atención en emergencia a 24 horas.



El eje Seguridad del Paciente ejecutó 04 Rondas de Seguridad del paciente en los servicios de emergencia (60%), Hospitalización de Cirugía General (50%), UCI (72%) y UCI Neonatal (79%), siendo el porcentaje de buenas prácticas de atención en la institución 65.25%.

El Eje de Mejora continua se realizó el acompañamiento a los servicios y se logró al 2019 la aprobación de 14 Guías de Práctica clínica y 36 Guías de procedimientos; asimismo, se viene desarrollando 48 Guías de Práctica Clínica (05 finalizadas y 43 observadas), 25 Guías de Procedimientos (24 observadas y 01 pendiente) y 04 Manuales de Procedimientos (02 finalizadas y 02 observada). Asimismo, se desarrollaron 06 Directivas (08 aprobadas y 02 en proceso), 06 planes aprobados, 01 plan de acción aprobado y 02 manuales aprobados.

El Eje de Auditoría realizó 16 auditorías (06 auditorías de caso y 09 programadas), de las cuales se alcanzó el 68.5% de implementación de las recomendaciones, encontrándose en estado de implementación 19.9%; realizando también 12 auditorías de calidad de registro y se inició la modalidad de auditoría de concurrencia desde el mes de octubre.

Finalmente, la Unidad de Gestión de la Calidad cuenta con el Manual de Procesos de la Unidad aprobado con Resolución Directoral N°043-2019-DE, la misma que incluye 12 procedimientos, 03 por cada eje.

Por ello se presenta a continuación el "Plan de la Unidad de Gestión de la Calidad 2020".





II. FINALIDAD.

Contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en el marco de la Política Nacional de Calidad en Salud, para beneficio de los usuarios del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

III. OBJETIVOS.

3.1 OBJETIVO GENERAL:

- 3.1.1 Mejorar la calidad de atención a los usuarios a través de la implementación y monitoreo de las Políticas del Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador durante el año 2020.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 3.2.1 Dirigir y monitorizar la gestión del proceso de auditoría y acreditación para la acreditación del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
3.2.2 Promover una Cultura de calidad y mejora continua de los procesos en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
3.2.3 Establecer las directrices de gestión del riesgo y seguridad del paciente en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
3.2.4 Garantizar la Satisfacción de los usuarios del Hospital de Emergencias Villa El Salvador mediante la gestión de atención al usuario externo.

IV. BASE LEGAL.

- 4.1 Ley N° 26842, Ley General de la Salud.
4.2 Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud de dar atención médica en casos de emergencias y partos.
4.3 Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
4.4 Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
4.5 Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historia Clínica Electrónica.
4.6 Decreto Supremo N° 027-2015-SA, Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
4.7 Decreto Supremo N° 039-2015-SA, Reglamento de la Ley N° 30024, Ley que crea el registro Nacional de Historia Clínica Electrónica.
4.8 Decreto Supremo N° 030-2016-SA, Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, Públicas, privadas o mixtas.
4.9 Decreto Supremo N° 007-2017-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud (ROF MINSa).
4.10 Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSa, Directiva N° 047-2004- MINSa/DGSP-V.01 "Lineamientos para la organización y funcionamiento de la estructura de calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud".
4.11 Resolución Ministerial N° 013- 2006- MINSa, Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
4.12 Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSa, Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
4.13 Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSa, Plan de seguridad del Paciente 2006-2008.
4.14 Resolución Ministerial N° 953-2006/MINSa y su modificatoria, NT N° 051-MINSa/OGDN-V.01 "Norma técnica de Salud para el transporte asistido para pacientes por vía terrestre".
4.15 Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSa, NTS N° 051-MINSa/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
4.16 Resolución Ministerial N° 627-2008/MINSa, NTS N° 072-2008/MINSa "Norma técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología Clínica".





- 4.17 Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- 4.18 Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, Política Nacional de Calidad en Salud.
- 4.19 Resolución Ministerial N° 1021-2010-MINSA, Guía Técnica de Implementación de la lista de seguridad de la Cirugía.
- 4.20 Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, Norma para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- 4.21 Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, Guía Técnica para la evaluación de la Satisfacción del Usuario externo en los Establecimientos y servicios médicos de apoyo.
- 4.22 Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, Guía Técnica de elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la calidad.
- 4.23 Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, Documento Técnico: Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud.
- 4.24 Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de guías de práctica clínica del Ministerio de Salud.
- 4.25 Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, Documento Técnico: Metodología para la elaboración de guías de práctica clínica.
- 4.26 Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA, NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".
- 4.27 Resolución Ministerial N°896-2017/MINSA, Creación en la Secretaría General del Ministerio de Salud la Unidad de Gestión de la Calidad en Salud.
- 4.28 Resolución Ministerial N°1134-2017/MINSA, Directiva Administrativa N° 245-OGPPM/MINSA "Lineamientos para la implementación de la Gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud".
- 4.29 Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA, NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- 4.30 Directiva N°049-MINSA/DGSP - V.01, Directiva para el funcionamiento del equipo de Gestión de la Calidad en Direcciones de Salud.
- 4.31 Resolución Jefatural N°381-2016/IGSS, Manual de Operaciones del "Hospital de Emergencias Villa El Salvador".
- 4.32 Resolución Directoral N°263-2019-DE, Directiva N°003-2019-DE-UGC-V.02 Directiva Sanitaria que regula el Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos adversos, y eventos centinelas.
- 4.33 Resolución Directoral N°077-2018-DE, Directiva Sanitaria N°001 Regulación de las Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la seguridad del paciente en el Hospital de Emergencias Villa el Salvador.
- 4.34 Resolución Directoral N°120-2018-DE, Directiva Sanitaria N°002-2018-DE Plataforma de Atención al Usuario en Salud del Hospital de Emergencias Villa el Salvador.



V. AMBITO DE APLICACIÓN.

El presente Plan es de conocimiento, aplicación y cumplimiento obligatorio en todas las Oficinas, Unidades y servicios administrativos asistenciales del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador.

VI. DEFINICIONES BÁSICAS.

6.1 DEFINICIONES OPERACIONALES:

- 6.1.1 **Acciones de mejora:** Conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.
- 6.1.2 **Acciones correctivas:** Actividades que se realizan después de haber encontrado deficiencias en los procesos de la organización encaminadas a mejorarlos.
- 6.1.3 **Acciones de Innovación:** Son acciones nuevas para agilizar o eliminar actividades en un proceso sin alterar el resultado esperado
- 6.1.4 **Acciones preventivas:** Se realizan para prevenir deficiencias en la ejecución de procesos futuros.





- 6.1.5 Acreditación:** Proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar.
- 6.1.6 Acto Médico:** Toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos.
- 6.1.7 Análisis de caso:** Es una metodología de análisis multicausal para investigar los hechos ocurridos, permite identificar en cada caso cuales han sido los factores contribuyentes a la ocurrencia del hecho y encontrar las acciones que deben ser implementadas para favorecer el aprendizaje organizacional.
- 6.1.8 Asegurado:** Toda persona que se encuentra afiliada o inscrita a un seguro de salud, de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente.
- 6.1.9 Atención Segura:** Grado en el cual los servicios sanitarios para individuos y poblaciones aumentan la posibilidad de resultados en salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual.
- 6.1.10 Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud:** Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- 6.1.11 Auditoría Médica:** Tipo de Auditoría sobre un Acto Médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica. Es la revisión detallada de registros y procesos médicos seleccionados con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada. Incluye los aspectos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud, así como el diagnóstico, tratamiento y evolución, y el uso de recursos, según corresponda.
- 6.1.12 Auditoría en Salud:** Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud sobre todo el proceso de atención realizada, o sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia, u otros); es llevada a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar Auditoría de la Calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada.
- 6.1.13 Auditoría Programada:** Tipo de Auditoría que se realiza en cumplimiento de la planificación anual que hace el establecimiento de salud, para auditar atenciones realizadas por departamento o servicio asistencial.
- 6.1.14 Auditoría de Caso:** Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, que no está incluida en el Plan Anual. Se realiza ante la presencia de un incidente de tipo clínico, que ha generado daño real (evento adverso) o potencial al usuario en el proceso de atención, independiente de que genere repercusión en los medios públicos, o denuncias, reclamos o quejas de parte afectada o interesada. Por lo general obliga a la participación de diferentes especialidades médicas, y puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada. La metodología sugerida es el análisis de causa raíz.
- 6.1.15 Autoevaluación:** Es la fase inicial obligatoria inicial del proceso de acreditación, para lo cual es necesario contar con un equipo institucional de evaluadores internos.
- 6.1.16 Barrera de Seguridad:** Son restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su efecto y evitar el daño o la producción del error.
- 6.1.17 Canales de atención:** son los servicios de atención ante reclamos, consultas y sugerencias, pueden ser en forma presencial, virtual o telefónica brindada por la Plataforma de atención al Usuario en Salud.
- 6.1.18 Consulta:** Solicitud de información presentada por una persona natural o jurídica a las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS, a través de los canales puestos a disposición por éstas, a fin de que emitan su pronunciamiento sobre las materias relacionadas a sus competencias.





- 6.1.19 **Cultura de seguridad:** Es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.
- 6.1.20 **Enfoque al Usuario:** Es el enfoque de calidad y mejora continua que adoptan las organizaciones o instituciones de Salud, donde despliegan estrategias orientadas a la búsqueda de información de las necesidades, requerimientos y expectativas del Usuario, para desarrollar productos o servicios orientados a satisfacerlos.
- 6.1.21 **Enfoque sistémico:** Condición de la gestión de calidad que implica que todo trabajo se realiza con enfoque de sistemas y procesos integrados.
- 6.1.22 **Equipo de mejora:** Conjunto de personas que buscan resolver un problema. Se forma para trabajar en un periodo de tiempo determinado y debe estar integrado por representantes de todas las áreas o servicios que intervienen en el proceso que se desea mejorar.
- 6.1.23 **Equipo Quirúrgico:** Se entiende a los cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, técnicos y demás personal de quirófano involucrado en el procedimiento quirúrgico.
- 6.1.24 **Estrategia de Cirugía limpia:** Estrategia que incluye el lavado o higiene correcta de las manos, uso apropiado de antibióticos, preparación de la piel, cuidado de la herida.
- 6.1.25 **Estrategia de anestesia segura:** Presencia de un anestesiólogo entrenado, pulsioximetría disponible, monitorización de la frecuencia cardíaca, presión sanguínea y temperatura.
- 6.1.26 **Estrategia de profesionales seguros:** Presencia de personal entrenado, asegura el paciente correcto y el lado correcto de la cirugía, mecanismos de control del dolor, aplica el consentimiento informado, evalúa diariamente a los pacientes.
- 6.1.27 **Complicación:** Resultado clínico de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o de su enfermedad.
- 6.1.28 **Evaluación de la satisfacción del usuario externo:** Proceso referido a la valoración de la calidad de la atención en los servicios de salud por el usuario, a través de las principales actividades del proceso de atención.
- 6.1.29 **Evento Adverso en Salud:** Una lesión, incidente o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.
- 6.1.30 **Evento catastrófico:** Es un tipo de evento adverso que produce una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida.
- 6.1.31 **Felicitaciones:** Expresión de la alegría, satisfacción y reconocimiento que siente por una atención o acción del personal de la institución por el correcto desempeño de sus funciones.
- 6.1.32 **Gestión de la Calidad:** componente que determina y aplica la política, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.
- 6.1.33 **Herramientas de calidad:** Instrumentos que permiten ordenar, medir, comparar y estructurar la información, de manera que simplifiquen y hagan objetivas las concepciones teóricas y la secuencia de procesos complejos y que permitan generar nuevas ideas para resolver las diferentes oportunidades de mejora que se van presentando.
- 6.1.34 **Hoja de Reclamación en Salud:** forma parte del Libro de Reclamaciones en Salud, se encuentra establecido en el Anexo 01 del D.S. 030-2016-SA, debiendo ser provisto a través de medio físico o virtual por las IAFAS, IPRESS o UGIPRES públicas, privadas o mixtas.
- 6.1.35 **Identificación del paciente:** Es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de su atención.





- 6.1.36 **Incidente:** Evento adverso que no ha causado daño, pero susceptible de provocarlo en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.
- 6.1.37 **Institucionalización:** Fase final del ciclo de proyectos de mejora en la que un proceso mejorado se convierte en parte integral y programada de una organización.
- 6.1.38 **Libro de Reclamaciones en Salud:** Es un registro de naturaleza física o virtual provisto por las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas, en el cual los usuarios o terceros legitimados pueden interponer sus reclamos ante su insatisfacción con las mismas, de acuerdo a la normativa vigente.
- 6.1.39 **Mejora continua:** es un proceso que pretende mejorar los servicios y procesos de la Institución mediante una actitud general, la cual configura la base para asegurar la estabilización de los circuitos y una continuada detección de errores o áreas de mejora.
- 6.1.40 **No Conformidad:** Incumplimiento de un criterio en auditoría.
- 6.1.41 **Orientar:** Informar a alguien de lo que ignora y desea saber, el estado de un asunto, a cargo del personal orientador.
- 6.1.42 **Pausa Quirúrgica:** Es una pausa momentánea que se toma el equipo quirúrgico antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales.
- 6.1.43 **Plataforma de Atención al Usuario en Salud (PAUS):** Es el canal de atención que emplea un espacio físico, recursos y personal responsable de la recepción, procesamiento, atención y absolución de las consultas y reclamos presentados por los usuarios o terceros legitimados ante las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS.
- 6.1.44 **Plan de acción:** Documento debidamente estructurado, por medio del cual se busca materializar objetivos previamente establecidos, dotándolos de elementos cuantitativos y verificables a lo largo del proyecto.
- 6.1.45 **Protocolo de Londres:** Es una metodología de análisis multicausal para investigar los eventos adversos centinela, permite identificar en cada caso cuales han sido los factores contribuyentes a la ocurrencia del evento adverso y encontrar las acciones que deben ser implementadas para favorecer el aprendizaje organizacional.
- 6.1.46 **Proyecto:** Conjunto ordenado de acciones y procesos que usando recursos pre-establecidos logra resultados en un tiempo determinado.
- 6.1.47 **Proyecto colaborativo de mejoramiento:** Un proyecto colaborativo de mejoramiento es una forma de aprendizaje compartido que reúne a un gran número de equipos para trabajar juntos a fin de lograr rápidamente mejoras significativas en los procesos, calidad, y eficiencia de un área de atención específica, con la intención de difundir estos métodos a otros sitios.
- 6.1.48 **Proyectos de Mejora:** Proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad.
- 6.1.49 **Queja:** Manifestación verbal o escrita efectuada ante SUSALUD a través de los canales que ésta ponga a disposición, por un usuario o tercero legitimado ante la insatisfacción respecto de los servicios, prestaciones o coberturas solicitadas a, o recibidas de, las IAFAS o IPRESS, o que dependan de las UGIPRESS; o ante la negativa de atención de su reclamo e irregularidad en su tramitación por. Parte de éstas, o disconformidad con el resultado del mismo. En ningún caso el resultado de la Queja da lugar a declaración de indemnización, en la vía administrativa, a favor del usuario por los daños o perjuicios que hayan podido causar las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS generadoras de la insatisfacción, quedando a salvo su derecho para acudir a la vía judicial o a través de medios alternativos de solución de controversias de acuerdo a la normativa vigente.
- 6.1.50 **Reclamo:** Manifestación verbal o escrita, efectuada ante la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS por un usuario o tercero legitimado ante la insatisfacción respecto de los servicios, prestaciones o coberturas solicitadas a, o recibidas de, las IAFAS o IPRESS, o que dependan de las UGIPRESS. La interposición del Reclamo no constituye vía previa para acudir en Queja ante SUSALUD.
- 6.1.51 **Reclamo Fundado:** Declaración de Resultado del Reclamo o Queja cuando se ha probado la afirmación de los hechos alegados por el reclamante o quejoso.





- 6.1.52 Reclamo Improcedente:** Declaración de Resultado del Reclamo o Queja cuando no corresponde la atención del mismo por incumplimiento de aspectos de forma, no acreditar la legitimidad para obrar, no existir conexión lógica entre los hechos expuestos y el reclamo o queja, carecer de competencia la institución recurrida salvo las excepciones del artículo 18 del D.S. 030-2016-SA.
- 6.1.53 Reclamo Infundado:** Declaración de Resultado del Reclamo o Queja cuando no se acreditan los hechos que sustentan el mismo.
- 6.1.54 Riesgo:** Definido como la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud o un factor que incrementa tal probabilidad.
- 6.1.55 Rondas de seguridad:** Es un herramienta de calidad que permite evaluar las buenas prácticas de atención de salud, recomendada para incrementar la seguridad de todos aquellos servicios clínicos y no clínicos relacionados con el cuidado de los pacientes a través de una visita programada de un servicio seleccionado al azar de las UPSS priorizadas, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el personal de salud, pacientes y familia, cuidando en todo momento de guardar una actitud educativa y no punitiva.
- 6.1.56 Satisfacción del usuario externo:** Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que esta le ofrece.
- 6.1.57 Seguridad del Paciente:** Actividades enfocadas a la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas que aseguren óptimos resultados para el paciente.
- 6.1.58 Sistema de Gestión de la Calidad:** Conjunto de elementos y procesos relacionados que permiten conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de Salud en lo relativo a la calidad de atención y a la gestión para la calidad.
- 6.1.59 Sugerencias:** Es todo aporte o iniciativa formulada a través de los buzones o de la Plataforma de atención al Usuario en salud, a fin de contribuir en la mejora de la atención.
- 6.1.60 Técnicas de calidad:** Son procedimientos que ayudan al aumento del grado de participación de los equipos de mejora para encontrar oportunidades de mejora en los procesos.
- 6.1.61 Trato Directo:** Medio alternativo de solución de controversias, en el cual a iniciativa e impulso de las partes y mediante su participación directa buscan una solución a la insatisfacción que generó el reclamo o queja.
- 6.1.62 Usuario:** Persona natural, que hace uso de los servicios, prestaciones o coberturas otorgados por las IAFAS o IPRESS, o que dependen de las UGIPRESS. Se considera excepcionalmente como usuario a la entidad empleadora en la contratación de cobertura de aseguramiento en salud para sus trabajadores frente a una IAFAS. Las entidades empleadoras no tienen acceso a información sensible sin la autorización del usuario. Se entiende también como usuario al representante del mismo, la representación del usuario se ejerce conforme a lo establecido en el Código Civil y en el artículo 5 del Reglamento de la Ley N° 20414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

RESPONSABILIDADES.

- 7.1. De la Dirección Ejecutiva:**
- 7.1.1 Aprobar el Plan de Gestión de la Calidad 2020 y disponer los recursos necesarios para el cumplimiento de las actividades programadas en el presente Plan.
- 7.2. De la Oficina de Planeamiento y Presupuesto:**
- 7.1.2 Atender la solicitud del área usuaria de inclusión al Plan Operativo Institucional 2020.
- 7.3. De la Unidad de Gestión de la Calidad:**



- 7.3.1 Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital y asesorar a las áreas asistenciales y administrativas en el desarrollo del mismo.
- 7.3.2 Evaluar los indicadores de gestión de la Calidad de la Institución.
- 7.3.3 Realizar la auditoría de calidad de registro, auditoría de caso y auditorías programadas de la institución, así como el seguimiento el cumplimiento de las recomendaciones propuestas.
- 7.3.4 Asesorar y participar en el desarrollo de los procesos de autoevaluación, acreditación de la institución.
- 7.3.5 Conducir la mejora continua de los procesos y procedimientos inherentes a los servicios de Salud.
- 7.3.6 Brindar asistencia técnica para la formulación de documentos técnicos asistenciales Directivas, Guías, Manuales y Procedimientos de atención al usuario, así como en el uso de herramientas de calidad.
- 7.3.7 Implementar, monitorear y evaluar los procesos de la gestión del riesgo y seguridad del paciente según las normas y metodologías vigentes.
- 7.3.8 Implementar, monitorear y evaluar los procesos de atención al usuario externo según las normas y metodologías vigentes.
- 7.3.9 Reportar a la Dirección Ejecutiva el avance trimestral de las actividades programadas en el presente Plan.



7.4. De las Oficinas, Unidades y Servicios del HEVES:

- 7.3.1 Participar y cumplir con las actividades programadas en el presente Plan, dentro del ámbito de su competencia.
- 7.3.2 Elaborar y proponer documentos técnicos asistenciales, así como proyectos, planes y acciones de mejora.
- 7.3.3 Implementar las recomendaciones de mejora en los plazos establecidos producto de las actividades de los distintos ejes de la unidad de calidad.

VIII. ACTIVIDADES A REALIZAR.

En relación a los objetivos específicos, las actividades a desarrollar en el presente Plan están agrupadas en cuatro líneas de acción y programadas en el cronograma de actividades (ANEXO N°01).

8.1 Gestión del proceso de Auditoría de la calidad:

- 8.1.1 Elaborar el Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.
- 8.1.2 Capacitar sobre auditoría de la calidad.
- 8.1.3 Realizar auditorías programadas.
- 8.1.4 Revisar auditorías de caso realizadas.
- 8.1.5 Realizar auditorías de calidad de registro con concurrencia.
- 8.1.6 Realizar el consolidado trimestral de las auditorías realizadas.
- 8.1.7 Realizar el consolidado trimestral de capacitaciones sobre auditorías de la calidad realizadas.
- 8.1.8 Realizar el seguimiento de la implementación de recomendaciones de auditoría.
- 8.1.9 Revisar y validar formatos de historia clínica.

8.2 Acreditación, Cultura de la Calidad y Mejora Continua:

- 8.2.1. Conducir el desarrollo de los proyectos de mejora continua del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
- Capacitar al personal de Oficinas / Unidades y Servicios del HEVES en Mejora Continua y Herramientas para la mejora.
 - Brindar apoyo técnico en el Proceso de Priorización de Problemática de los Servicios del HEVES.
 - Desarrollo de proyectos de mejora continua del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
- 8.2.2. Conducir, desarrollar, monitorear y evaluar los documentos de gestión (Guías de Prácticas Clínicas, Guías de Procedimientos, Directivas, entre otros) del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.





- Brindar asistencia técnica en el diseño de documentos de gestión (Guías de Prácticas Clínicas, Guías de Procedimientos, entre otros).
 - Consolidado mensual del diseño de documentos de gestión (Guías de Prácticas Clínicas, Guías de Procedimientos, entre otros).
 - Evaluación del cumplimiento de los documentos de gestión (Guías de Prácticas Clínicas, entre otros).
- 8.2.3. Participar, acompañar y desarrollar la evaluación del cumplimiento de documentos normativos del Ministerio de Salud y otros relacionados al sector.
- Acompañamiento durante el desarrollo de la evaluación del cumplimiento de documentos normativos del Ministerio de Salud y otros relacionados al sector.
 - Elaboración de respuesta a informes emitidos sobre la evaluación del cumplimiento de documentos normativos del Ministerio de Salud y otros relacionados al sector.
- 8.2.4. Conducir, desarrollar, monitorear y evaluar el proceso de acreditación del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
- Capacitación Interna en el Proceso de Autoevaluación.
 - Conformación del equipo autoevaluador / acreditador.
 - Elaboración del Plan de Autoevaluación.
 - Difusión del proceso de autoevaluación.
 - Revisión de la herramienta para la autoevaluación del HEVES.
 - Participación en la aplicación de la herramienta de autoevaluación.
 - Elaboración del Informe final de autoevaluación.
 - Monitorización de la implementación de las mejoras en base a la autoevaluación realizada.



8.3 Gestión del riesgo y las Buenas prácticas de Seguridad del paciente:

- 8.3.1. Realizar la capacitación, sensibilización sobre Rondas de Seguridad del paciente.
- 8.3.2. Realizar Mini rondas de seguridad del paciente
- 8.3.3. Fortalecer las competencias del personal de salud sobre el sistema de notificación y reporte de incidentes, eventos adversos y evento centinela y Rondas de Seguridad del paciente
- 8.3.4. Realizar las Rondas de Seguridad
- 8.3.5. Realizar la Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.
- 8.3.6. Realizar el seguimiento de la implementación de acciones de mejora de Rondas de Seguridad del paciente,
- 8.3.7. Realizar el seguimiento de la implementación de acciones de mejora de Mini Rondas de Seguridad del paciente.
- 8.3.8. Realizar el seguimiento del registro, análisis, plan de acción y recomendaciones para Incidentes, eventos Adversos y Eventos Centinela reportados por los servicios.
- 8.3.9. Realizar el seguimiento de implementación de recomendaciones y/o acciones de mejora de incidentes, eventos adversos y eventos centinela.
- 8.3.10. Monitorear las Estrategias de cirugía limpia, anestesia segura y profesionales seguros.
- 8.3.11. Realizar el seguimiento de la correcta implementación de las estrategias de cirugía limpia, anestesia segura y profesionales seguros en Centro Quirúrgico.
- 8.3.12. Realizar el seguimiento del grado de cumplimiento de Lista de Verificación de Cirugía Segura.
- 8.3.13. Realizar el consolidado mensual de registro de Incidentes, Eventos Adversos y eventos centinela.
- 8.3.14. Realizar el consolidado trimestral de registro de Incidentes, Eventos Adversos y eventos centinela.

8.4 Gestión de la Atención al Usuario Externo:

- 8.4.1 Capacitar al personal que labora en la Plataforma de Atención al Usuario en salud del HEVES referente a Promoción y Protección del Derecho de los Usuarios de los Servicios de Salud.





- 8.4.2 Capacitar al personal asistencial y administrativo que labora en el HEVES en respecto a los derechos de los usuarios y del proceso de atención de consultas y reclamos en el marco de la normatividad vigente.
- 8.4.3 Realizar la gestión de atención de consultas, reclamos del Libro de Reclamaciones en Salud y actividades de difusión a los usuarios.
- 8.4.4 Realizar la gestión de atención de sugerencias y felicitaciones registradas.
- 8.4.5 Implementación del sistema Digital de registro de consultas del personal que labora en la Plataforma de Atención al Usuario del Salud.
- 8.4.6 Solicitar el acondicionamiento de las áreas de informes de la Plataforma de Atención al Usuario en salud.
- 8.4.7 Realizar la celebración del Día Nacional de Salud y Buen Trato al Paciente.
- 8.4.8 Elaborar el Plan para evaluación de satisfacción de atención de usuarios como acción de proceso de autoevaluación.
- 8.4.9 Realizar la evaluación de satisfacción de servicios para proceso de autoevaluación.
- 8.4.10 Realizar la evaluación de la satisfacción del usuario externo atendido en el HEVES-SERVQUAL.
- 8.4.11 Realizar el seguimiento de recomendaciones de la Evaluación de la satisfacción del usuario externo atendido en el HEVES – SERVQUAL.



IX. RECURSOS NECESARIOS.

9.1. Recursos Humanos necesarios en la Unidad de Gestión de la Calidad:

Los Recursos Humanos necesarios para el cumplimiento de las actividades programadas en el presente Plan, se agrupan según las líneas de acción a desarrollar, tal como se observa (Tabla N° 01):

9.2. Otros recursos:

El presente Plan requiere para el cumplimiento de sus actividades: Mobiliario, equipos computacionales, alimentos y bebidas, materiales de escritorio, servicios entre otros, los cuales han sido detallados en el Presupuesto (Anexo N° 02), los mismos que serán atendidos de acuerdo a la disponibilidad presupuestal.





PERÚ

Ministerio
de SaludDECENIO DE LA IGUALDAD DE
OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES
"Año de la Universalización de la Salud"

X. TABLA N°01: RECURSOS HUMANOS PARA LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN LÍNEA DE ACCIÓN

XI.

LÍNEA DE ACCIÓN	CARGO	CAP PROVISIONAL HEVES	PROPUESTA RR.HH	RR.HH ACTUAL	BRECHA DE RR.HH	R.R.H.H POR LÍNEA DE ACCIÓN
	Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad	01	01	01	0	02
	Técnico Administrativo (secretaria)	01	01	01	0	
Gestión de Procesos para la Auditoría en el HEVES	Médico Auditor	0	04	02	02	04
Acreditación, Cultura de la Calidad y Mejora Continua	Mé	01	02	02	0	04
	Especialista de Gestión en Salud	01	01	01	0	
	Profesional en Salud	0	01	01	0	
Gestión del Riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente	Especialista en Gestión	01	01	01	0	02
	Profesional en Salud	0	01	01	0	
Gestión de la Atención al usuario externo	Especialista en Gestión (responsable de la PAUS)	01	01	01	0	13
	Psicóloga (responsable del libro de reclamos)	0	01	01	0	
	Apoyo Administrativo (Orientadoras de información)	0	05	05	0	
	Profesional en Salud (Orientadoras de servicios asistenciales)	0	06	05	01	
Total		06	25	22	03	25

XII. Fuente: Elaboración propia





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital de Emergencias Villa El Salvador

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES "Año de la Universalización de la Salud"

XIV. ANEXOS.

ANEXO N° 01: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

LÍNEA DE ACCIÓN	N°	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	FUENTE DE VERIFICACION	META	PERIODO DE EJECUCIÓN (MESES)												RESPONSABLES	
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
Gestión de procesos Auditoría	01	Conformación del equipo autoevaluador / acreditador	Informe	01					1									UGC
	02	Capacitación interna en el proceso de Autoevaluación	Informe	02			1	1										UGC / DE
	03	Elaboración del Plan de Autoevaluación	Informe	01					1									UGC
	04	Difusión del proceso de autoevaluación	Informe	01						1								UGC
	08	Revisión de la herramienta para la autoevaluación del HEVES.	Informe	01						1								UGC
	06	Participación en la aplicación de la herramienta de autoevaluación.	Informe	01							1							UGC
	07	Elaboración del Informe final de autoevaluación	Informe	01								1						UGC
	08	Monitorización de la implementación de las mejoras en base a la autoevaluación realizada.	Informe	01													1	UGC
	09	Elaboración del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud mediante Resolución Directoral.	Resolución Directoral	01	1													UGC
	10	Capacitación sobre auditoría de la calidad	Informe	02	1												1	UGC
	11	Realización de auditorías programadas	Informe	08			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	UGC
	12	Realización de auditoría de calidad de registro	Informe	09		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	UGC
	13	Consolidado trimestral de auditorías realizadas.	Informe	04	1						1					1	1	UGC
	14	Seguimiento de la implementación de recomendaciones de auditoría	Informe	04			1			1			1				1	UGC
	15	Seguimiento de la implementación de recomendaciones de auditoría de calidad de registro	Informe	02							1						1	UGC
	16	Revisión y validación de formatos de historia clínicas	Informe	02							1						1	UGC
Cultura de la Calidad y mejora continua	17	Capacitar al personal de las Unidades y Servicios del HEVES en Mejora Continua y Herramientas para la mejora.	Acta / Informe	03		1	1	1									UGC	
	18	Brindar apoyo técnico en el Proceso de Priorización de Problemática de los Servicios del HEVES	Acta / Informe	03		1	1	1									UGC	
	19	Desarrollar proyectos de mejora y/o acciones de mejora	Informe	02							1				1		UGC	
	20	Brindar asistencia técnica en el diseño de documentos de gestión (Guías de Prácticas Clínicas, Guías de Procedimientos y Flujogramas de atención).	Acta	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	UGC
	21	Consolidado mensual del diseño de documentos de gestión (Guías de Prácticas Clínicas, Guías de Procedimientos, entre otros).	Informe	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	UGC
	22	Evaluación del cumplimiento de los documentos de gestión (Guías de Prácticas Clínicas, entre otros).	Informe	04			1			1			1				1	UGC
	23	Acompañamiento durante el desarrollo de la evaluación del cumplimiento de documentos normativos del Ministerio de Salud y otros relacionados al sector.	Informe	04			1			1			1				1	UGC
	24	Elaboración de respuesta a informes emitidos sobre la evaluación del cumplimiento de documentos normativos del Ministerio de Salud y otros relacionados al sector.	Informe	04			1			1			1				1	UGC
	25	Desarrollo de actividades por la Semana de la Calidad - HEVES	Informe	01													1	UGC





49	Evaluación de satisfacción de servicios para proceso de autoevaluación	Informe	04		1	1	1	1										UGC
50	Evaluación de la satisfacción del usuario externo atendido en el HEVES-SERVQUAL	Informe	01										1					UGC
51	Seguimiento de recomendaciones de la Evaluación de la satisfacción del usuario externo atendido en el HEVES-SERVQUAL	Informe	01														1	UGC

ANEXO N° 02: PRESUPUESTO DEL PLAN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

N°	ACTIVIDADES	CLASIFICADOR	DESCRIPCION DEL CALISIFICADOR DE GASTOS	MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	MONTO TOTAL	OBSERVACIÓN
1	CONFORMACIÓN DEL EQUIPO AUTOEVALUADOR / ACREDITADOR	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	1	S/. 0.00	S/. 0.00	ALMACEN
2	CAPACITACIÓN INTERNA PARA EL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN	2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE COFFEE BREAK	SERVICIO	80	S/. 06.00	S/. 480.00	
3	ELABORACIÓN DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	2.3.1.1.1.1	AGUA DE MESA SIN GAS X 20 L	UNIDAD	24	S/. 0.00	S/. 0.00	ALMACEN
		2.6.3.2.1.2	ESCRITORIO DE MELAMINA DE 4 GAVETAS	UNIDAD	2	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.6.3.2.1.2	SILLA GIRATORIA DE METAL CON BRAZOS CON ESPALDAR MEDIA	UNIDAD	2	S/. 0.00	S/. 0.00	
4	DIFUSIÓN DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN	2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	SERVICIO	1	S/. 200.00	S/. 200.00	
5	REVISIÓN DE LA HERRAMIENTA PARA LA AUTOEVALUACIÓN DEL HEVES.	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	1	S/. 0.00	S/. 0.00	ALMACEN
		2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE COFFEE BREAK	SERVICIO	30	S/. 06.00	S/. 180.00	
6	PARTICIPACIÓN EN LA APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE AUTOEVALUACIÓN.	2.3.1.2.1.1	CHALECO DE DRIL TIPO PERIODISTA UNISEX	UNIDAD	20	S/. 65.00	S/. 1300.00	ALMACEN
		2.3.1.1.1.1	AGUA MINERAL SIN GAS X 600 mL	UNIDAD	50	S/. 1.50	S/. 75.00	
		2.3.1.1.1.1	GALLETAS X 48 g APROX.	UNIDAD	50	S/. 0.80	S/. 40.00	
		2.3.1.1.1.1	CAFÉ 500 Gr	UNIDAD	10	S/. 12.90	S/. 129.00	
		2.3.1.1.1.1	CAFÉ 50 Gr	UNIDAD	10	S/. 5.90	S/. 59.00	
		2.3.1.1.1.1	AZÚCAR 1 KG	UNIDAD	10	S/. 2.60	S/. 26.00	
		2.3.1.1.1.1	TE 100 UNIDADES	CAJA	10	S/. 9.00	S/. 90.00	
		2.3.1.5.3.1	GEL ANTIBACTERIAL PARA MANOS X 1 L APROX.	UNIDAD	2	S/. 18.00	S/. 36.00	
		2.3.1.8.2.1	CUBRE ZAPATO DESCARTABLE C/BLANCO X 100 PARES	CAJA	1	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.8.2.1	GORRO DESCARTABLE	UNIDAD	50	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.8.2.1	MANDILON DESCARTABLE TALLA M	UNIDAD	50	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.8.2.1	MASCARILLA DESCARTABLE TIPO N-95 X 25	CAJA	2	S/. 0.00	S/. 0.00	
		7	ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL DE AUTOEVALUACIÓN	2.3.1.5.1.2	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. CF280A NEGRO	UNIDAD	2	
8	MONITORIZACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEJORAS EN PASE A LA AUTOEVALUACIÓN REALIZADA.	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	1	S/. 0.00	S/. 0.00	ALMACEN
		2.3.1.1.1.1	AGUA MINERAL SIN GAS X 600 mL	UNIDAD	50	S/. 1.50	S/. 75.00	
		2.3.1.1.1.1	GALLETAS DE SODA X 48 g APROX.	UNIDAD	50	S/. 0.80	S/. 40.00	
9	APROBACIÓN DEL PLAN ANUAL DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD MEDIANTE RESOLUCIÓN DIRECTORAL.	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	1	S/. 0.00	S/. 0.00	ALMACEN
10	CAPACITACIÓN SOBRE AUDITORIA DE LA CALIDAD	2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE COFFEE BREAK	SERVICIO	400	S/. 8.00	S/. 3,200.00	
		2.3.2.7.10.1	SERVICIO DE ASISTENCIA TÉCNICA, CAPACITACION Y MONITOREO DE SEMINARIO TALLER	SERVICIO	1	S/. 1,000.00	S/. 1,000.00	
11	REALIZACIÓN DE AUDITORIAS PROGRAMADAS	2.6.3.2.3.1	MONITOR A COLOR DE 21.5 in	UNIDAD	2	S/. 0.00	S/. 0.00	UTIE
		2.6.3.2.3.1	TECLADO - KEYBOARD	UNIDAD	2	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.6.3.2.3.1	UNIDAD CENTRAL DE PROCESO - CPU DE 3.4 GHz	UNIDAD	2	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.5.1.1	MOUSE OPTICO	UNIDAD	2	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.6.3.2.3.1	CANDADO DE SEGURIDAD	UNIDAD	1	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.6.3.2.3.1	LAPTOP	UNIDAD	1	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.5.1.2	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. CF280A NEGRO	UNIDAD	2	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.1.1.1	CAFÉ 500 Gr	UNIDAD	10	S/. 12.90	S/. 129.00	
		2.3.1.1.1.1	CAFÉ 50 Gr	UNIDAD	10	S/. 5.90	S/. 59.00	
		2.3.1.1.1.1	AZÚCAR 1 KG	UNIDAD	10	S/. 2.60	S/. 26.00	
2.3.1.1.1.1	TE 100 UNIDADES	CAJA	10	S/. 9.00	S/. 90.00			
12	REALIZACIÓN DE AUDITORIA DE CALIDAD DE REGISTRO	2.3.1.5.1.2	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. CF280A NEGRO	UNIDAD	2	S/. 0.00	S/. 0.00	UTIE
13	CONSOLIDADO TRIMESTRAL DE AUDITORÍAS REALIZADAS.	2.3.1.5.1.2	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. CF280A NEGRO	UNIDAD	2	S/. 0.00	S/. 0.00	UTIE
		2.3.2.7.4.99	SUSCRIPCION ANUAL A BASE DE DATOS WEB OF SCIENCE	SERVICIO MENSUAL	12	S/. 150.00	S/. 1,800.00	
14	SEGUIMIENTO DE LA IMPLEMENTACION DE RECOMENDACIONES DE AUDITORIA	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	1	S/. 0.00	S/. 0.00	ALMACEN
			MEDICO AUDITOR	SERVICIO	2	S/. 6,500.00	S/. 13,000.00	
15	CAPACITAR AL PERSONAL DE LAS UNIDADES Y SERVICIOS DEL HEVES EN MEJORA CONTINUA Y HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA.	2.3.1.1.1.1	AGUA MINERAL SIN GAS X 600 mL	UNIDAD	75	S/. 1.50	S/. 112.50	
		2.3.1.1.1.1	GALLETAS VAINILLA X 42 g APROX.	UNIDAD	75	S/. 0.40	S/. 30.00	
		2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE ALMUERZO	SERVICIO	50	S/. 15.00	S/. 750.00	
		2.6.3.2.3.3	CONTROL REMOTO PUNTERO LASER	UNIDAD	1	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	2	S/. 0.00	S/. 0.00	
16	BRINDAR ASISTENCIA TÉCNICO EN EL PROCESO DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMÁTICA DE LOS SERVICIOS DEL HEVES	2.3.1.1.1.1	AGUA DE MESA SIN GAS X 20 L	UNIDAD	4	S/. 0.00	S/. 0.00	ALMACEN
		2.6.3.2.1.2	SILLA GIRATORIA DE METAL CON BRAZOS CON ESPALDAR MEDIA	UNIDAD	1	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.6.3.2.1.2	ESCRITORIO DE MELAMINA DE 4 GAVETAS	UNIDAD	1	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.2.1.1	CHALECO DE DRIL TIPO PERIODISTA UNISEX	UNIDAD	15	S/. 65.00	S/. 975.00	
17	DESARROLLO DE PROYECTOS DE MEJORA Y/O ACCIONES DE MEJORA	2.6.3.2.2.1	EQUIPO MULTIFUNCIONAL IMPRESORA SCANNER	UNIDAD	1	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	1	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.1.1.1	AGUA MINERAL SIN GAS X 600 mL	UNIDAD	40	S/. 1.50	S/. 60.00	
18	BRINDAR ASISTENCIA TÉCNICA EN EL DISEÑO DE DOCUMENTOS DE GESTIÓN (GUÍAS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS, GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS, ENTRE OTROS).	2.3.1.1.1.1	GALLETAS VAINILLA X 42 g APROX.	UNIDAD	40	S/. 0.40	S/. 16.00	
		2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	1	S/. 0.00	S/. 0.00	
19	CONSOLIDADO MENSUAL DEL DISEÑO DE DOCUMENTOS DE GESTIÓN (GUÍAS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS, GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS, ENTRE OTROS).	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	1	S/. 0.00	S/. 0.00	
20	EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS DOCUMENTOS DE GESTIÓN (GUÍAS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS, ENTRE OTROS).	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	1	S/. 0.00	S/. 0.00	





PERU

Ministerio de Salud

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES "Año de la Universalización de la Salud"

21	ACOMPANAMIENTO DURANTE EL DESARROLLO DE LA EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE DOCUMENTOS NORMATIVOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y OTROS RELACIONADOS AL SECTOR.	2.3.1.5.1.3	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	1	S/. 0.00	S/. 0.00	
22	ELABORACION DE RESPUESTA A INFORMES EMITIDOS SOBRE LA EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE DOCUMENTOS NORMATIVOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y OTROS RELACIONADOS AL SECTOR.	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	1	S/. 0.00	S/. 0.00	
23	DESARROLLO DE ACTIVIDADES POR LA SEMANA DE LA CALIDAD - HEVES	2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE LAVADO DE PRENDAS EN GENERAL	SERVICIO	1	S/. 150.00	S/. 150.00	
		2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE SHOW ARTISTICO CULTURAL EDUCATIVO	SERVICIO	1	S/. 500.00	S/. 500.00	
		2.3.1.1.1.1	AGUA MINERAL SIN GAS X 600 ml	UNIDAD	200	S/. 1.50	S/. 300.00	
		2.3.1.1.1.1	GALLETA VAINILLA X 42 g APROX.	UNIDAD	200	S/. 0.40	S/. 80.00	
		2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE COFFEE BREAK	SERVICIO	100	S/. 12.00	S/. 1,200.00	
		2.3.2.7.11.99	SERVICIO ESPECIALIZADO EN VESTUARIO (POLOS)	SERVICIO	150	S/. 38.00	S/. 5,700.00	
24	CAPACITACION, SENSIBILIZACION DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	2.3.2.5.1.3	ALQUILER DE TOLDOS, MESAS Y SILLAS	SERVICIO	1	S/. 500.00	S/. 500.00	
		2.3.1.1.1.1	AGUA MINERAL SIN GAS X 600 ml	UNIDAD	100	S/. 1.50	S/. 150.00	
		2.3.1.1.1.1	GALLETA DE NARANJA X 47 g APROX	UNIDAD	100	S/. 0.80	S/. 80.00	
25	MINIRONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	2.3.1.5.3.1	GEL ANTIBACTERIAL PARA MANOS X 1 L APROX.	UNIDAD	10	S/. 18.00	S/. 180.00	
		2.3.1.2.1.1	CHALECO ... DRIL TIPO PERIODISTA UNISEX	UNIDAD	02	S/. 70.00	S/. 140.00	
		2.3.1.8.2	GORRO DESCARTABLE	UNIDAD	80	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.8.2	MASCARILLA DESCARTABLE TALLA M	UNIDAD	80	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.8.2	MASCARILLA DESCARTABLE TIPO N-95 X 25 UNID	CAJA	20	S/. 0.00	S/. 0.00	ALMACEN
26	EJECUCION DE RONDAS DE SEGURIDAD	2.3.1.8.2.1	GORRO DESCARTABLE	UNIDAD	100	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.8.2.1	MANDILON DESCARTABLE TALLA M	UNIDAD	100	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.1.1.1	AGUA MINERAL SIN GAS X 600 ml	UNIDAD	100	S/. 1.50	S/. 150.00	
		2.3.1.1.1.1	GALLETA DE NARANJA X 47 g APROX	UNIDAD	100	S/. 0.80	S/. 80.00	
		2.3.1.8.2.1	MASCARILLA DESCARTABLE TIPO N-95 X 25	CAJA	40	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.5.1.2	LAPICERO PUNTA FINA DE TINTA AZUL	UNIDAD	100	S/. 1.00	S/. 0.00	
		2.3.1.5.1.2	TABLERO PLASTICO TAMAÑO OFICIO	UNIDAD	08	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	02	S/. 0.00	S/. 0.00	ALMACEN
27	SEGUIMIENTO DE IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	02	S/. 0.00	S/. 0.00	ALMACEN
28	SEGUIMIENTO DE IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA DE MINIRONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	02	S/. 0.00	S/. 0.00	
29	SEGUIMIENTO DEL REGISTRO, ANALISIS, PLAN DE ACCION Y RECOMENDACIONES PARA INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA REPORTADOS POR LOS SERVICIOS.	2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL	SERVICIO	01	S/. 6,750.00	S/. 6,750.00	
		2.6.3.2.1.2	ESCRITORIO DE MELAMINA DE 4 GAVETAS	UNIDAD	01	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.6.3.2.1.2	SILLA GIRATORIA DE METAL CON BRAZOS CON ESPALDAR MEDIA	UNIDAD	01	S/. 0.00	S/. 0.00	
30	ELABORACION Y/O ACTUALIZACION DE DIRECTIVAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	02	S/. 0.00	S/. 0.00	ALMACEN
31	SEGUIMIENTO DE LA CORRECTA IMPLEMENTACION DE LAS ESTRATEGIAS DE CIRUGIA LIMPIA, ANESTESIA SEGURA Y PROFESIONALES SEGUROS EN CENTRO QUIRURGICO.	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	04	S/. 0.00	S/. 0.000	
32	FORTALECER COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE EL SISTEMA DE NOTIFICACION Y REPORTE DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTO CENTINELA Y RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.	2.3.1.1.1.1	AGUA MINERAL SIN GAS X 600 ml	UNIDAD	200	S/. 1.50	S/. 300.00	
		2.3.1.1.1.1	GALLETA VAINILLA X 37 g APROX.	UNIDAD	100	S/. 0.80	S/. 80.00	
33	CONSOLIDADO MENSUAL DE REGISTRO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA.	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	02	S/. 0.00	S/. 0.00	
34	CONSOLIDADO TRIMESTRAL DE REGISTRO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA.	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	02	S/. 0.00	S/. 0.00	ALMACEN
35	SEGUIMIENTO DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA.	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	KIT	02	S/. 0.00	S/. 0.00	
36	ENCUESTA PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACION DE LA LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA.	2.3.1.8.2.1	GORRO DESCARTABLE	UNIDAD	20	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.8.2.1	MANDILON DESCARTABLE TALLA M	UNIDAD	20	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.8.2.1	MASCARILLA DESCARTABLE TIPO N-95 X 25	UNIDAD	20	S/. 0.00	S/. 0.00	
37	MONITOREO DE LAS ESTRATEGIAS DE CIRUGIA LIMPIA, ANESTESIA SEGURA Y PROFESIONALES SEGUROS.	2.3.1.8.2.1	GORRO DESCARTABLE	UNIDAD	20	S/. 0.00	S/. 0.00	ALMACEN
		2.3.1.8.2.1	MANDILON DESCARTABLE TALLA M	UNIDAD	20	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.8.2.1	MASCARILLA DESCARTABLE TIPO N-95 X 25	UNIDAD	20	S/. 0.00	S/. 0.00	
38	CAPACITACION AL PERSONAL QUE LABORA EN LA PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO EN SALUD DEL HEVES REFERENTE A PROMOCION Y PROTECCION DEL DERECHO DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	2.3.1.1.1.1	AGUA MINERAL SIN GAS X 600 ml	UNIDAD	400	S/. 1.50	S/. 600.00	
		2.3.1.1.1.1	GALLETA INTEGRAL CON MIEL X 40 g APROX.	UNIDAD	400	S/. 0.70	S/. 280.00	
39	CAPACITACION AL PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO QUE LABORA EN EL HEVES EN RESPECTO A LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS Y DEL PROCESO DE ATENCION DE CONSULTAS Y RECLAMOS EN EL MARCO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE. ACONDICIONAMIENTO DEL AREA DE INFORMES DE LA PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO EN SALUD.	2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE COFFEE BREAK	SERVICIO	100	S/. 8.00	S/. 800.00	
		2.3.1.1.1.1	AGUA MINERAL SIN GAS X 20 L	UNIDAD	20	S/. 0.00	S/. 0.00	
40	CAPACITACION AL PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO QUE LABORA EN EL HEVES EN RESPECTO A LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS Y DEL PROCESO DE ATENCION DE CONSULTAS Y RECLAMOS EN EL MARCO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE.	2.6.3.2.1.1	SURTIDOR DE AGUA ELECTRICO - DISPENSADOR ELECTRONICO	UNIDAD	1	S/. 0.00	S/. 0.00	ALMACEN
41	ACONDICIONAMIENTO DEL AREA DE INFORMES DE LA PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO EN SALUD.	2.6.3.2.9.1	VENTILADOR ELECTRICO DE PIE DE 3 VELOCIDADES	UNIDAD	1	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.6.3.2.1.2	CASILLERO DE METAL - LOCKER	UNIDAD	1	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.6.3.2.1.2	SILLA GIRATORIA DE METAL CON BRAZOS CON ESPALDAR MEDIA	UNIDAD	4	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.2.4.1.1	ADECUACION Y ACONDICIONAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA	SERVICIO	1	S/. 8,000.00	S/. 8,000.00	
		2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	UNIDAD	1	S/2000.00	S/2,000.00	





PERÚ

Ministerio de Salud

Ministerio de Emergencias

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES "Año de la Universalización de la Salud"

42	GESTIÓN DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS DEL LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD DEL HEVES	2.6.3.2.1.2.	RACK	UNIDAD	1	S/. 150.00	S/. 150.00	
		2.3.1.5.3.1	GEL ANTIBACTERIAL PARA MANOS X 1 L APROX.	UNIDAD	20	S/. 18.00	S/. 360.00	
		2.3.1.5.3.1	PAPEL TOALLA DE 23.2 cm X 23.8 cm X 200 HOJAS	UNIDAD	30	S/. 8.00	S/. 240.00	
		2.3.1.8.2.1	MÁSCARILLA DESCARTABLE TIPO N-95 X 20	CAJA	15	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.2.1.1	CHALECO DE DRIL TIPO PERIODISTA UNISEX	UNIDAD	12	S/. 50.00	S/. 600.00	
		2.3.1.5.1.2	BUZON DE SUGERENCIA DE MADERA	UNIDAD	4	S/. 90.00	S/. 360.00	
		2.3.1.5.1.2	LIBRO DE RECLAMACIONES CON LOGOTIPO TAMAÑO A4 AUTOCOPIATIVO (ORIGINAL + 2 COPIAS) X 100 JUEGOS	UNIDAD	4	S/. 150.00	S/. 150.00	
		2.3.1.5.1.2	TÓNER DE IMPRESIÓN PARA HP COD. REF. CF280A NEGRO	UNIDAD	10	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.1.5.1.2	PORTA FOTOCHECK CON CORDÓN	UNIDAD	12	S/. 9.00	S/. 108.00	
		2.3.2.2.3.1	SERVICIO DE CORREO POSTAL	SERVICIO	12	S/. 1,500.00	S/. 18,000.00	
43	GESTIÓN DE ATENCIÓN DE SUGERENCIAS Y FELICITACIONES REGISTRADAS DEL HEVES.	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	UNIDAD	1	S/. 0.00	S/. 0.00	ALMACEN
44	IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE REGISTRO DE CONSULTAS DEL PERSONAL QUE LABORA EN LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO DEL SALUD.	2.6.3.2.3.1	TABLETA PAD	UNIDAD	6	S/. 0.00	S/. 0.00	
45	CELEBRACIÓN DEL DIA NACIONAL DE LA SALUD Y BUEN TRATO AL PACIENTE	2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL (IMPRESIÓN DE LOGO EN GLOBOS)	SERVICIO	1	S/. 325.00	S/. 325.00	
		2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL (FOLLETERÍA)	SERVICIO	1	S/. 0.00	S/. 0.00	
		2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL (PAQUETE DE SOBRES PARA SEMILLAS)	SERVICIO	1	S/. 1,000.00	S/. 1,000.00	
		2.3.2.7.11.99	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL (BANNER ROLL SCREEN)	SERVICIO	1	S/. 350.00	S/. 350.00	
		2.3.1.5.1.2	LIBRO DE RECLAMACIONES CON LOGOTIPO TAMAÑO A4 (FELICITACIONES)	UNIDAD	1	S/. 150.00	S/. 150.00	
46	EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO ATENDIDO EN EL HEVES.	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	UNIDAD	1	S/. 0.00	S/. 0.00	ALMACEN
47	SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES DE LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO ATENDIDO EN EL HEVES.	2.3.1.5.1.2	KIT DE MATERIALES DE ESCRITORIO	UNIDAD	1	S/. 0.00	S/. 0.00	
							222,790.50	



