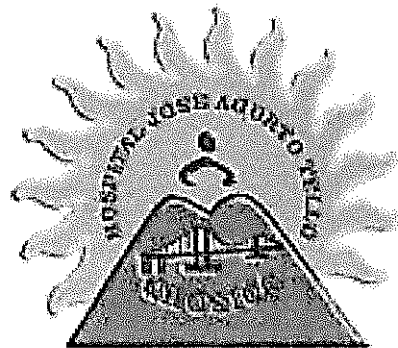


MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL “JOSÉ AGURTO TELLO”
DE CHOSICA



HOSPITAL CHOSICA

PLAN ANUAL DE TRABAJO 2025 DE LA UNIDAD
GESTIÓN DE LA CALIDAD



PERÚ

Ministerio
de Salud

Ministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
José Agurto Tello
de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

DIRECTORIO

Dr. YOFRE WILLIAMS SOTOMAYOR AGÜERO
DIRECTOR EJECUTIVO

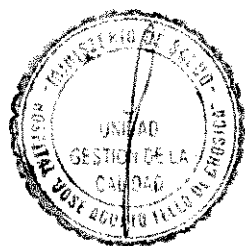
Lic. Lizbeth Lujan Medina
RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD

Lic. RAQUEL JESÚS QUISPE CASTRO
RESPONSABLE DE AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN Y NOTIFICACIÓN Y
ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS

Lic. CAROLINA TAIÑA HUANCO
RESPONSABLE DE RONDAS DE SEGURIDAD E HIGIENE DE MANOS

Dra. TREISSY STHEFANNY ALMERCO SIMON
RESPONSABLE DEL EQUIPO DE AUDITORIA

Bach. CHARD ENRIQUE GARRO GONZALES
RESPONSABLE DE MEDIOS DE ESCUCHA





PERÚ

Ministerio
de SaludMinisterio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
José Agurto Tello
de Chosica*"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"**"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"*

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	3
II.	FINALIDAD:	4
III.	OBJETIVOS	4
IV.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	4
V.	BASE LEGAL:	4
VI.	CONTENIDO	6
6.1.	ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES:	6
6.2.	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL	7
6.2.1.	Antecedentes	7
6.2.2.	Problema (magnitud y caracterización)	12
6.2.3.	Causa del Problema.	13
6.2.4.	Población o entidades objetivos.	13
6.2.5.	Alternativas de Solución	13
6.3.	Articulación Estratégica con los Objetivos y Acciones del PEI, Articulación Operativa con las Actividades Operativas del POI.....	14
6.4.	ACTIVIDADES POR OBJETIVOS	16
6.4.1.	Descripción Operativa: Unidad De Medida, Metas Y Responsables.....	16
6.4.2.	Costeo De Actividades Por Tarea.....	18
6.4.3.	Cronograma De Actividades	21
6.4.4.	Responsables Para El Desarrollo De Cada Actividad	23
6.5.	PRESUPUESTO	27
6.6.	FINANCIAMIENTO.....	28
6.7.	ACCIONES DE MONITOREO SUPERVISIÓN, Y EVALUACIÓN DEL PLAN	28
VII.	RESPONSABILIDADES	29
VIII.	ANEXOS	29
	ANEXO 1	30
	FORMATO 1: MATRIZ DE ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA DEL PLAN ESPECIFICO	30
	ANEXO 2	31
	FORMATO 2: MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN ESPECIFICO	31
	ANEXO 3	32
	FORMATO 3: MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES DEL PLAN ESPECIFICO	32
	ANEXO 4	34
	FORMATO 4: MATRIZ DE FORMULACIÓN DE PRESUPUESTO DEL PLAN ESPECIFICO	34
	ANEXO 5: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	35
	ANEXO 6: PRESUPUESTO DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD AÑO 2025...40	40



PERÚ

Ministerio
de Salud

Ministerio
de Innovaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
José Agurto Tello
de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD HOSPITAL "JOSE AGURTO TELLO" DE CHOSICA - AÑO 2025

I. INTRODUCCIÓN

Uno de los pilares fundamentales en el proceso de modernización de la gestión estatal es la optimización de la calidad en la prestación de bienes y servicios a la ciudadanía. Esto requiere no solo su diseño y producción, sino también una planificación estratégica basada en un profundo conocimiento de las necesidades y expectativas de la población. Para garantizar servicios eficientes y accesibles, es esencial considerar diversos factores clave, como la disponibilidad y mejora de los canales de atención, la aplicación de estándares de calidad, y la incorporación de tecnologías de la información y comunicación (TIC) que faciliten la interacción tanto con la ciudadanía como entre las entidades públicas. Además, el uso de herramientas innovadoras y la implementación de buenas prácticas contribuyen significativamente a la mejora continua y a la optimización de los bienes y servicios públicos.

La calidad de los servicios de salud está directamente relacionada con la capacidad del Estado para responder a las demandas de la población de manera eficaz, segura y oportuna. En este sentido, se ha implementado el **Modelo para la Gestión de la Calidad de Servicios**, el cual proporciona lineamientos estratégicos para que las entidades públicas adopten medidas orientadas a mejorar la provisión de los servicios dirigidos a la ciudadanía. Este modelo no solo establece criterios de desempeño y estándares de calidad, sino que también promueve la cultura de mejora continua dentro de las instituciones del sector salud.

En este marco, la **Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital José Agurto Tello de Chosica** desempeña un rol estratégico en la implementación y supervisión de iniciativas orientadas a la mejora continua de los servicios de salud. Su labor se organiza en cuatro áreas clave: Mejora de la Calidad, Garantía de la Calidad, Información para la Calidad y PAU. Cada una de estas áreas contribuye al fortalecimiento del sistema de gestión hospitalario, asegurando el cumplimiento de estándares técnicos y normativos.

Las acciones desarrolladas por esta unidad están alineadas con los lineamientos establecidos en el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, así como con las políticas del Sector Salud y otras normativas vigentes. Además, se encarga de monitorear los indicadores de desempeño definidos en los convenios de gestión, permitiendo evaluar la efectividad de las estrategias implementadas y facilitando la toma de decisiones basada en evidencia para optimizar la atención a los pacientes.

El Plan de Gestión de la Calidad 2025 ha sido elaborado siguiendo los criterios de programación establecidos por el Ministerio de Salud (MINSA) y la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Este, con el objetivo de fortalecer la calidad en la atención hospitalaria. Para su implementación, se busca la participación activa y el compromiso del Equipo de Gestión y de todo el personal de salud, enfocándose en aspectos clave como la seguridad del paciente, a través de estrategias que minimicen riesgos y eventos adversos; la reducción de riesgos asistenciales, mediante la aplicación de protocolos eficientes y buenas prácticas; y la optimización de los procesos asistenciales y administrativos, para mejorar la eficiencia y accesibilidad de los servicios de salud. Todo

**PERÚ****Ministerio
de Salud****Ministerio
de Prestaciones y
Asesoramiento en Salud****Hospital
José Agurto Tello
de Chosica**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

ello se desarrolla bajo un enfoque de buen trato, priorizando la satisfacción y el bienestar de los usuarios externos, con una atención humanizada y de calidad. Finalmente, este documento presenta una visión integral de las líneas de trabajo del hospital, estableciendo productos evaluables y metas concretas, alineadas con el Plan Operativo Anual (POA) 2025 del Hospital José Agurto Tello de Chosica, asegurando así una gestión eficiente y orientada a resultados.

II. FINALIDAD:

Fortalecer la calidad de la atención en salud y promover la mejora continua mediante la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital José Agurto Tello de Chosica.

III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL.

Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital José Agurto Tello de Chosica, mediante la ejecución de acciones alineadas a los componentes y actividades definidos por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del Ministerio de Salud.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 3.2.1** Organizar las actividades para la Calidad en Salud acorde a las políticas y lineamientos sectoriales.
- 3.2.2** Fortalecer las actividades que fomentan la Garantía de la Cultura de la Calidad y Mejora Continua.
- 3.2.3** Fortalecer los mecanismos de escucha al usuario, así como brindar información y difusión sobre sus derechos y deberes.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El Plan de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital José Agurto Tello es de aplicación obligatoria en todas las oficinas, departamentos, servicios, unidades y áreas que conforman el Hospital José Agurto Tello de Chosica.

V. BASE LEGAL:

- 5.1.** Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- 5.2.** Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- 5.3.** Decreto Supremo N° 002-2019-SA, Reglamento para la atención de reclamos y denuncias de los usuarios de IAFAS, IPRESS Y UGIPRESS, Públicas, Privadas y Mixtas.
- 5.4.** Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA aprueba el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".



PERÚ

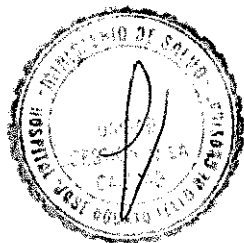
Ministerio
de Salud

Vice-Ministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
José Agurto Tello
de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



- 5.5. R.M. N° 727-2009/MINSA Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", 29 de octubre de 2009.
- 5.6. Directiva N° 049-MINSA/DGSP "Directiva para el funcionamiento del Equipo de Gestión de la Calidad de las Direcciones de Salud".
- 5.7. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que Aprueba la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP "Norma Técnica para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo". Listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud con categorías I-2 hasta el III-1 y servicios médicos de apoyo, dependiendo del nivel de categorización.
- 5.8. Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. Volumen II.
- 5.9. Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA: Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- 5.10. Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 0139-MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- 5.11. Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA que aprueba la Guía técnica de Implementación de la Lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- 5.12. Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, del 11 de julio del 2011, que aprueba "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 5.13. R.M. N° 095-2012/MINSA Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de Técnicas y Herramientas para la gestión de la calidad.
- 5.14. R.M. N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- 5.15. R.M. N° 255-2016/MINSA - Guía Técnica para la Implementación del proceso de Higiene de manos en los Establecimientos de Salud.
- 5.16. Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.01 – Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, eventos Adversos y Eventos Centinelas.
- 5.17. Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA, Aprueba la Directiva Sanitaria N° 092-MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud".
- 5.18. Decreto Supremo N° 036-2023-SA, decreto supremo que define los indicadores de desempeño, compromiso de mejora de los servicios para el año 2024 y los criterios técnicos para su aplicación e implementación.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Vice Ministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
José Agurto Tello
de Chosica



*"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"*

- 5.19. Resolución Directoral N° 018-2022-DE/HJATCH, que aprueba la Directiva Administrativa para la elaboración de documentos normativos en el Hospital José Agurto Tello de Chosica.
- 5.20. Resolución Directoral N° 030-2022-DE/HJATCH, que aprueba el documento técnico Directiva administrativa N° 002-2022-OPE/HJATCH "Procedimientos para el uso de redacción y remisión de documentos" en el Hospital José Agurto Tello de Chosica.
- 5.21. Resolución Ministerial N° 358-2023/MINSA, que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019–2026, ampliado del Ministerio de Salud.
- 5.22. Resolución Directoral N° 214-2023-DE-HJATCH, aprobación de la Directiva para la formulación, aprobación, seguimiento y evaluación de los planes específicos de los órganos y unidades orgánicas del Hospital José Agurto Tello de Chosica.
- 5.23. Resolución Directoral N° 299-2024-DE/HJATCH, Plan Operativo Institucional POI 2025 del Hospital José Agurto Tello de Chosica

VI. CONTENIDO

6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES:

6.1.1. Gestión de la Calidad: Es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad, y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.

6.1.2. Sistema de Gestión de la Calidad: Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del Sector y a sus dependencias públicas y privadas del nivel nacional, regional y local, en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión.

6.1.3. Plan de Gestión de la Calidad: Documento de Gestión que especifica los componentes, objetivos estratégicos, indicador trazador, definición operacional, fuente de verificación, meta de cumplimiento, meta de impacto, factor de concentración, periodicidad de reporte, responsables y cronograma de actividades relacionados con Calidad de Atención en salud.

6.1.4. Evaluación: proceso mediante el cual se intenta obtener un juicio de valor o una apreciación de la bondad de un objeto, de una actividad, de un proceso o de sus resultados. Este proceso pone de relieve las cualidades, ventajas y debilidades de aquello que se evalúa. La evaluación permite obtener información fiable para la toma de decisiones en las tareas relacionadas con el desarrollo, mantenimiento y gestión de servicios de información. La evaluación es una herramienta de toma de decisiones.

6.1.5. Plan de Acción: Documento debidamente estructurado, por medio de la cual se busca materializar los objetivos previamente establecidos, dotándolos de elementos cuantitativos y verificables a lo largo del proyecto.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Promoción y
Aseguramiento en Salud

Hospital
José Agurto Tello
de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

6.1.6. Proyecto de Mejora: Son proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de Calidad.

6.1.7. Autoevaluación: Es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en el cual los establecimientos de salud 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.

6.1.8. Auditoría de la Calidad de Atención en Salud: Es el mecanismo sistemático y continuo de la evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud. Implica la realización de actividades de evaluación y seguimiento de proceso definidos como prioritarios; la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas; y la adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.

6.1.9. Seguridad del Paciente: Reducción o mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente.

6.1.10. Evento adverso: Se refiere a una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención en salud. Puede ser causado por errores en el proceso asistencial o por reacciones imprevisibles del organismo del paciente.

6.1.11. Evento Centinela: Es un tipo de evento adverso caracterizado por causar la muerte o un daño físico o psicológico grave y permanente que no estaba presente previamente. Este daño puede requerir tratamiento prolongado o implicar cambios significativos en el estilo de vida del paciente. La ocurrencia de un evento centinela debe ser considerada como una alerta dentro del sistema de vigilancia de la calidad en salud, ya que suele evidenciar fallas críticas en los procesos de atención.

6.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

6.2.1. Antecedentes

**TABLA N°1 PERSONAL DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
HJATCH**

PERSONAL	AÑO	
	2024	2025
NOMBRADO	3	3
CAS	2	3
LOCADORES DE SERVICIOS	8	5
TOTAL	13	11



PERÚ

Ministerio
de Salud

Ministerio
de Promoción y
Asesoramiento en Salud

Hospital
José Agurto Tello
de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

La Unidad de Gestión de la Calidad (UGC) comenzó el año 2024 con un total de 13 personas en su equipo, incluyendo personal de la oficina y de la Plataforma de Atención al Usuario (PAU). De estos, uno trabajaba en modalidad de teletrabajo parcial desde agosto del 2023. Mediante la Resolución Directoral N° 135-2023-DE/HJATCH, se asignaron a la UGC las funciones del libro de reclamaciones y de la Plataforma de Atención al Usuario (PAU).

Para el año 2025, la oficina de la UGC cuenta con un espacio más amplio y un mayor número de equipos informáticos. Sin embargo, la Plataforma de Atención al Usuario aún carece de un módulo adecuado y del mobiliario necesario para realizar sus actividades de manera eficiente, lo que ha incrementado las necesidades de la unidad.

Según las líneas de acción en el año 2024 se obtuvieron los siguientes resultados:

• **Seguridad del Paciente:**

- a) Las **Rondas de Seguridad** se ejecutaron en su totalidad, alcanzando el **100% de la programación anual**, conforme a lo establecido. Se aplicaron en **12 Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS)**, logrando un cumplimiento del **87.5% en buenas prácticas**, lo que se categoriza como **riesgo moderado**. Este resultado representa una mejora significativa en comparación con el año anterior, con un incremento del **7%** en el cumplimiento de estándares de seguridad.
- b) Se reportó un total de 205 incidentes siendo centro quirúrgico el que reportó la mayor cantidad (25%) y el tipo de incidente más frecuente fue la suspensión de intervención quirúrgica (57%). Por otro lado, se reportó un total de 105 eventos adversos siendo Gineco-Obstetricia el servicio que reportó la mayor cantidad (27%) y el úlceras por presión el tipo de evento más frecuente (24%). El número total de incidentes y eventos adversos presentados por servicios son los siguientes:

TABLA N°2 REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS HJATCH 2024

SERVICIOS	N°	%
EMERGENCIA	9	9%
NEONATOLOGIA	24	23%
CIRUGIA	4	4%
UCI	27	26%
PEDIATRIA	4	4%
G.OBSTETRICIA	29	27%
MEDICINA	6	5%
LABORATORIO	1	1%
PAI	1	1%
TOTAL	105	100%

**PERÚ****Ministerio
de Salud****Ministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud****Hospital
José Agurto Tello
de Chosica**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

TABLA N°3 REPORTE DE INCIDENTES HJATCH 2024

SERVICIOS	N°	%
CENTRO QX	52	25%
MEDICINA	11	5%
NEONATOLOGIA	2	1%
LABORATORIO CLINICO	30	16%
UROLOGIA	2	1%
CENTRAL DE ESTERILIZACION	9	4%
CIRUGIA	32	15%
G.OBSTETRICIA	10	5%
TRAUMATOLOGIA	38	18%
CUIDADOS INTENSIVOS	4	2%
EMERGENCIA	10	5%
OFTALMOLOGIA	2	1%
OTORRINOLARINGOLOGIA	1	1%
NUTRICION	2	1%
TOTAL	205	100%

- c) En la evaluación de la aplicación de la lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía (LVSC) se concluye que se cumple en el 94.75% en las 3 fases (entrada, pausa y salida), no se logró alcanzar el 100% en las 3 fases por falta de recurso humano profesional responsable de la aplicación de la LVSC.
- d) **Adherencia a la Guía Técnica de Higiene de Manos:** Durante el primer trimestre, se obtuvo un 70% de cumplimiento, mientras que en el segundo trimestre el cumplimiento fue del 66%, lo que resultó en un total acumulado de 68% de personal que cumple con realizar la higiene de manos de manera correcta y en los momentos recomendados. A pesar de las capacitaciones realizadas al personal asistencial en cuanto a higiene de manos, los resultados aún requieren mejoras.
- **En Auditoria de la Calidad de Atención en salud:** Se cumplió al 100% con las auditorías de la Calidad de Atención (12), y en cuanto a la auditoría de casos, se superó la meta al realizar 4 auditorías, cuando solo se tenían programadas 2 anuales. En la auditoría de Registros, se auditó un total de 473 registros, alcanzando un 79% de la meta debido a un error informático que ocasionó la pérdida de información registrada. Además, se elaboraron 4 informes trimestrales, cumpliendo al 100% con esta actividad, en los cuales se evaluaron los registros de médicos, enfermeras y obstetras en los servicios de Hospitalización, Emergencia y Consultorios Externos.

**PERÚ****Ministerio
de Salud****Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud****Hospital
José Agurto Tello
de Chosica**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Los resultados de la auditoria de registro de la HC fueron los siguientes:

TABLA N°1 AUDITORIAS DE REGISTRO DE MÉDICOS HJATCH 2024

SERVICIO	Hospitalización	Emergencia	Consultorios Externos	Promedio	Calificación
Gineco Obstetricia	81.29	77.65	80.12	79.68	Por Mejorar
Pediatría	88.39	76.64	73.63	79.55	Por Mejorar
Traumatología	65.15	59.97	46.71	57.27	Deficiente
Medicina	82.65	82.12	86.23	83.66	Por Mejorar
Cirugía	74.23	63.72	68.93	68.96	Deficiente

TABLA N°2 AUDITORIAS DE REGISTRO DE ENFERMERÍA HJATCH 2024

SERVICIOS	RESULTADO (%)	CALIFICACIÓN
Cirugía	85.99	Por Mejorar
Pediatría	81.93	Por Mejorar
Medicina	88.48	Por Mejorar
Traumatología	74.74	Por Mejorar
Ginecología	76.60	Por Mejorar

TABLA N°3 AUDITORIAS DE REGISTRO DE OBSTETRICIA HJATCH 2024

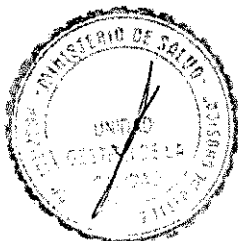
SERVICIOS	RESULTADO (%)	CALIFICACIÓN
Centro Obstétrico	98.10	Satisfactorio
Hospitalización Obstetricia	91.92	Satisfactorio



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
José Aguirre Tello
de Chosica*"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"**"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"*

- **Proyectos de Mejora.** En el año 2024, se continuó con la ejecución de los proyectos de mejora aprobados en 2022, destacando el "Fortalecimiento del Banco de Sangre", para lo cual se reconstituyó el equipo de mejora mediante la R.D. N°021-2023-DE/HJATCH. En el marco de este plan, se logró un 90% de avance en la elaboración de documentos de gestión, manuales y directivas. Además, se implementaron nuevas áreas y equipos biomédicos, fortaleciendo la capacidad operativa del servicio y mejorando la calidad de la atención.

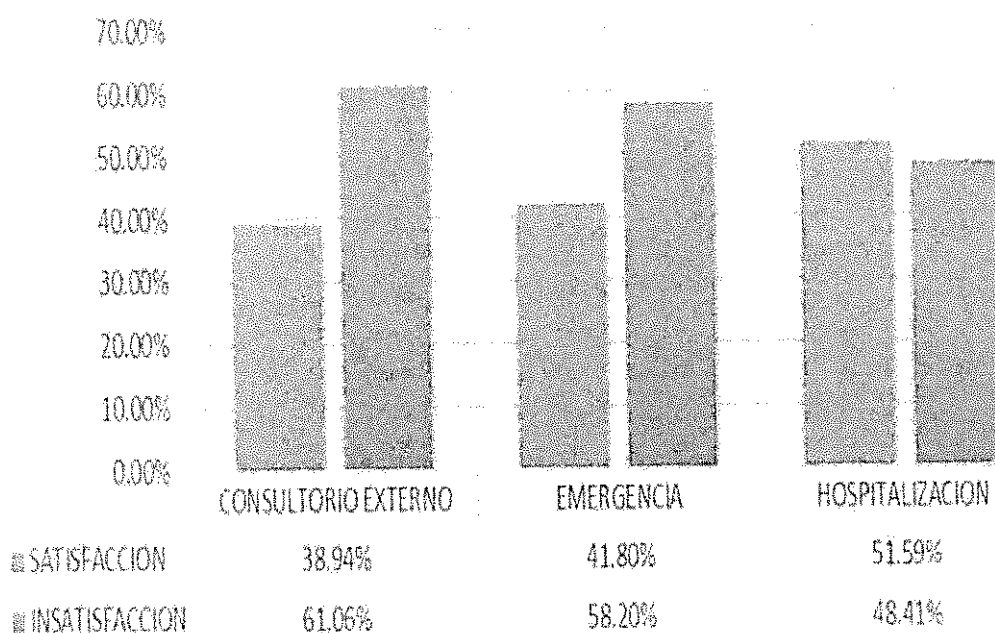


Durante este período, se elaboró e implementó el Plan Cero Colas, optimizando los tiempos de espera en la atención y mejorando la experiencia del paciente. Asimismo, se establecieron los flujos para la atención por Telemedicina, facilitando el acceso oportuno a los servicios de salud. Como parte de las estrategias de eficiencia, se diseñó un plan de acción para mejorar la productividad hora-médico en consultorios externos, logrando una reducción significativa en los tiempos de espera de los pacientes.

Por otro lado, la Unidad de Gestión de la Calidad participó activamente en la elaboración de los Planes de Mitigación de Riesgo, tomando como referencia las supervisiones realizadas por SUSALUD y la Contraloría General de la República. Estas acciones permitieron garantizar el cumplimiento de las normativas vigentes y dar seguimiento a las actividades programadas, fortaleciendo así la calidad y seguridad en la prestación de los servicios de salud.

- **Acreditación.** La autoevaluación de Acreditación se llevó a cabo entre los meses de Junio y Julio, alcanzado de manera global el 84% el cual en comparación al año 2023 se incrementó en 5%. No se alcanzó el puntaje para solicitar una evaluación Externa, por lo que nos queda implementar mejoras en los criterios con calificaciones de 0 y 1.
- **En Información para la Calidad.** Se realizó las encuestas de satisfacción de los usuarios externos (SERVQUAL) en Consulta Externa y Emergencia, de manera presencial, obteniendo los siguientes resultados:

GRÁFICO N°1 RESULTADO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS EXTERNOS HJATCH- 2024

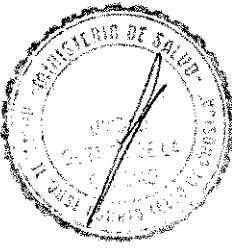




- **Capacitación (PDP)** En el año 2024 se fortaleció las capacitaciones al personal de Salud en la higiene de manos de manera personalizada y presencial, se realizaron capacitaciones en Auditoría, Acreditación y Seguridad del paciente, y de los trabajadores de la salud, herramientas para el buen trato, se realizaron de manera presencial y una capacitación en virtual, se tuvo mejor participación de mayor número de trabajadores. Las actividades programadas en el PDP se cumplieron en un 80% de lo programado.

6.2.2. Problema (magnitud y caracterización)

La Unidad de Gestión de la Calidad enfrenta diversos problemas que afectan la calidad de la atención y la eficiencia operativa. Entre las deficiencias más críticas se identifican:

- 
- **Compromiso del Personal de Salud y Jefaturas**
 - Actitud poco comprometida del personal con el cumplimiento de normas técnicas, guías y protocolos.
 - Falta de compromiso de los jefes de departamento en la ejecución de actividades clave para la gestión de calidad.
 - Poco compromiso de las jefaturas para la actualización de guías, protocolos entre otros documentos normativos esenciales.
 - **Limitaciones en Infraestructura y Mobiliario**
 - Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad en condiciones inadecuadas (cartón prensado, daños por humedad y termitas).
 - Falta de mobiliario adecuado y seguro para garantizar la seguridad del paciente.
 - **Insuficiencia Presupuestaria**
 - Limitaciones en la adquisición de insumos médicos y administrativos.
 - Falta de financiamiento para la capacitación del personal.
 - Dificultades para modernizar la infraestructura hospitalaria.
 - **Falta de Equipos Tecnológicos**
 - Dependencia de computadoras e impresoras alquiladas, lo que incrementa costos y limita la operatividad.
 - **Limitaciones en Auditoría y Control de Calidad**
 - Disponibilidad restringida de los miembros de los comités de auditoría.
 - Falta de mecanismos efectivos para la gestión de acciones correctivas y rondas de seguridad.
 - El médico auditor está contratado como locador de servicios (tercero) y no como trabajador CAS, lo que limita su continuidad y funciones.



PERÚ
Ministerio
de Salud

Vice Ministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
José Agurto Tello
de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

6.2.3. Causa del Problema.

Problema Identificado	Causas Principales
Falta de compromiso del personal y jefaturas	- Escasa capacitación sobre la importancia de la calidad en la atención. - Falta de incentivos para la aplicación de normas y protocolos. - Supervisión débil y ausencia de medidas correctivas por parte de las jefaturas
Infraestructura mobiliario y inadecuados	- Falta de mantenimiento preventivo. - Escasez de presupuesto asignado para mejoras estructurales. - Deficiencias al optimizar el uso de los recursos disponibles y fortalecer la planificación estratégica para garantizar una inversión eficiente en áreas prioritarias.
Insuficiencia presupuestaria	- Bajo presupuesto asignado por la administración pública. - Falta de estrategias para gestionar financiamiento adicional. - Falta de gestión de fuentes alternativas de financiamiento.
Falta de equipos tecnológicos	- Dependencia del alquiler en lugar de adquisición progresiva de equipos propios (computadoras, equipos biomédicos)
Limitaciones en auditoría y control de calidad	- Falta de personal exclusivo para auditorías internas. - Falta de plazas CAS asignadas para médicos auditores. - Presupuesto insuficiente para la contratación de personal especializado. - Falta de reconocimiento de la importancia de una plaza fija para este puesto.

6.2.4. Población o entidades objetivos.

Las actividades de la Unidad de Gestión de la Calidad están enfocadas en implementar acciones y proyectos de mejora, proporcionando datos y resultados de encuestas, evaluaciones, monitoreos, entre otros, a la Dirección Ejecutiva y a todos los órganos asistenciales y administrativos. Esto con el fin de facilitar la implementación de la mejora continua en la calidad de atención en el Hospital José Agurto Tello de Chosica.

6.2.5. Alternativas de Solución

Para mejorar la gestión de calidad, se proponen las siguientes estrategias:

Estrategias para mejorar el compromiso del personal y jefaturas

- Capacitaciones periódicas obligatorias sobre normativas, protocolos y estándares de calidad.
- Implementación de incentivos (certificaciones, reconocimientos) para el personal comprometido.
- Supervisión más estricta con auditorías internas frecuentes y aplicación de medidas correctivas
- Reuniones con jefes de departamento para asegurar su participación en la gestión de calidad.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
José Agurto Tello
de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Estrategias para mejorar la infraestructura y mobiliario

- Realizar mejoras en la infraestructura de la oficina mediante alternativas de bajo costo, como reparaciones esenciales, refuerzo de estructuras con materiales más resistentes y optimización del espacio con los recursos disponibles.
- Gestionar donaciones de mobiliario con entidades públicas y privadas.
- Establecer un plan de mantenimiento preventivo de la infraestructura hospitalaria.

Estrategias para optimizar el presupuesto y financiamiento

- Elaborar informes técnicos para solicitar mayor presupuesto
- Optimizar los recursos internos, priorizando la inversión en insumos esenciales y equipos de alto impacto en áreas prioritarias, asegurando una distribución eficiente y sostenible para mejorar la calidad del servicio.

Soluciones para la modernización de equipos tecnológicos

- Gestionar la adquisición progresiva de computadoras e impresoras para reducir la dependencia del alquiler.
- Buscar acuerdos con universidades y empresas para donaciones o préstamos de equipos tecnológicos.

Estrategias para fortalecer auditoría y control de calidad

- Ampliar el equipo de auditoría para mejorar la disponibilidad del personal en evaluaciones.
- Implementar un plan de monitoreo y seguimiento continuo para asegurar la ejecución de acciones correctivas.
- Redistribuir la carga laboral del personal en los diferentes comités para mejorar su disponibilidad.
- Gestión ante la administración del hospital para la asignación de una plaza CAS para un médico auditor.

6.3. Articulación Estratégica con los Objetivos y Acciones del PEI, Articulación Operativa con las Actividades Operativas del POI.

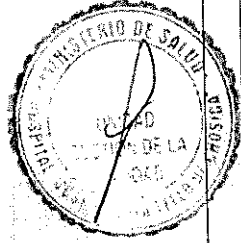
El Sistema de Gestión de la Calidad en Salud se formula en el marco de los Lineamientos de Política del Sector Salud, basándose en los principios de solidaridad, universalidad, calidad, integralidad, equidad, eficiencia y eficacia establecidos por el Ministerio de Salud. Estos principios se reflejan en la visión y misión del Ministerio, orientando las acciones hacia la mejora continua de los servicios de salud.



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital José Agustín Tello de Chosica
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



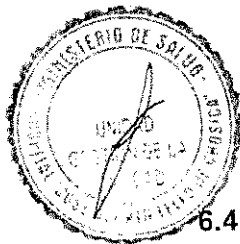
Articulación Estratégica PEI			Articulación Operativa POI						
OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL OEI	ACCIONES ESTRATEGICAS INSTITUCIONALES AEI	RESPONSABLE	CENTRO DE COSTO	ACTIVIDAD OPERATIVA	CATEGORIA PRESUPUESTAL	PRODUCTO	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	UNIDAD DE MEDIDA	META PROGRAMADA ANUAL
OEI.04 FORTALECER LA RECTORIA Y LA GOBERNANZA SOBRE EL SISTEMA DE SALUD; Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL; PARA EL DESEMPEÑO EFICIENTE, ÉTICO E ÍNTEGRO; EN EL MARCO DE LA MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN PÚBLICA	AEI.04.02 GESTIÓN ORIENTADA A RESULTADOS AL SERVICIO DE LA POBLACIÓN; CON PROCESOS OPTIMIZADOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SIMPLIFICADOS.	05 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	05.01 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	AOI00113800534 GESTION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	1 ACCION	1
				AOI00113800535 ATENCION CONSULTAS Y RECLAMOS	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	1 ACCION	4
				AOI00113800537 IMPLEMENTACION ACCIONES MEJORA CONTINUA CALIDAD DE ATENCION	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	1 ACCION	4
				AOI00113800538 IMPLEMENTACION BUENAS PRACTICAS SEGURIDAD PACIENTE	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	1 ACCION	4

**PERÚ****Ministerio
de Salud****Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud****Hospital
José Agurto Tello
de Chosica**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Las actividades operativas están incluidas en el POI -2025 en tres líneas de acción importantes como son:

- Planificación para la Calidad en Salud, alineada a las políticas y lineamientos del sector.
- Garantía de la Cultura de Calidad y mejora continua.
- Información para la Calidad

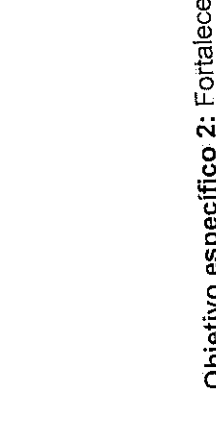
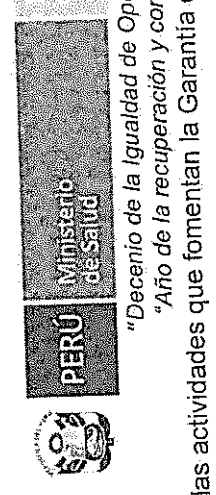
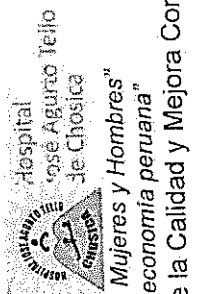


6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

6.4.1. Descripción Operativa: Unidad De Medida, Metas Y Responsables

OEI.04 Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud; y la gestión institucional; para el desempeño eficiente; ético e íntegro; en el marco de la modernización de la gestión pública

OBJETIVO ESPECIFICO 1	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	META	LINEAS DE ACCION	RESPONSABLE
Organizar las actividades para la Calidad en Salud acorde a las políticas y lineamientos sectoriales.	Elaboración y aprobación del Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2024.	Plan aprobado RD	1	Gestión Del Sistema De Gestión De La Calidad	Jefatura UGC
	Reuniones Técnicas de coordinación, socialización y análisis de resultados del Sistema de Gestión de la Calidad.	Actas	4		
	Evaluación de la ejecución del Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2024.	Informe	2		



Objetivo específico 2: Fortalecer las actividades que fomentan la Garantía de la Cultura de la Calidad y Mejora Continua.

DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	META	Líneas de Acción	RESPONSABLE
Elaboración del Plan de Auditoria	RD	1	Implementación Acciones Mejora Continua Calidad De Atención	Responsable del Equipo de Auditoria
Conformación del Comité CAM	RD	1		
Conformación del Comité CAS	RD	1		
Auditoria de Caso	Informe	2		
Auditoria de la calidad de Atención	Informe	12		
Evaluación del Registro de Historia Clínica	Fichas	600		
Informe de Evaluación de Registro de Historia Clínica	Oficio	1		
Evaluación de Adherencia a Guía de Práctica Clínica	Informe	2		
Dar seguimiento a la implementación de las recomendaciones señaladas en los	Informe	2		
Informes de las auditorias de caso, calidad de atención y registro	Informe	1		
Elaboración del plan cero colas	R.D.	2	Responsable del Plan cero colas	Responsable De Proyectos Y Acciones De Mejora
Evaluación del Plan Cero Colas	Informe	2		
Implementación de proyectos y/o acciones de mejora	Informe	2		
Elaboración y aprobación del Plan de autoevaluación.	R.D.	1	Responsable De Autoevaluación y Acreditación	Responsable De Autoevaluación y Acreditación
Conformación de Equipo de Evaluadores Internos y equipo de acreditación para la Autoevaluación.	R.D.	1		
Ejecución del proceso de autoevaluación y seguimiento de las recomendaciones dejadas en el presente informe (comunicación de inicio e informe técnico).	Informe	1		
Registro de notificación de eventos adversos	Fichas de Notificación	120	Implementación Buenas Prácticas Seguridad Paciente	Responsable De Notificación Y Análisis De Eventos Adversos
Elaboración de Tabla consolidado de incidentes y eventos adversos	Oficio	4		
Elaboración del Plan de Seguridad del Paciente	RD	1		
Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad	RD	1		
Elaboración de Cronograma de Rondas de Seguridad	RD	1		
Ejecución de la Ronda de Seguridad	Informe	12		
Informe oficial de la ejecución de las Rondas de Seguridad	Oficio	2		
Capacitación de Lavado de manos	Informe	2		
Evaluación de Adherencia de Higiene de manos	Informe	2		

Objetivo específico 3: Fortalecer los mecanismos de escucha al usuario, así como brindar información y difusión sobre sus derechos y deberes.

DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	META	Líneas de Acción	RESPONSABLE
OBJETIVO ESPECÍFICO 3				
Fortalecer los mecanismos de escucha al usuario, así como brindar información y difusión sobre sus derechos y deberes.	Elaboración de consolidado de los reclamos atendidos	4	Atención Consultas Y Reclamos	Responsable del Equipo de Medios de Escucha
	Apertura de Buzón de Sugerencias	4		
	Aplicación de Encuesta SERVQUAL	1050		
	Informe de resultados de Satisfacción del Usuario	1		



PERU

Ministerio de Salud

Hospital José Agustín Tello de Chosica
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

6.4.2. Costeo De Actividades Por Tarea

ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	ACTIVIDAD OPERATIVA	CLASIFICADOR	DESCRIPCIONES DE (BIENES/ SERVICIOS)	CANTIDAD/NECESIDAD PROFESIONAL	MONTO POR PROFESIONAL	COSTO TOTAL
5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	AOI00113800534 GESTION ORIENTADA A RESULTADOS AL SERVICIO DE LA POBLACION; CON PROCESOS OPTIMIZADOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SIMPLIFICADOS	2.6.3.2.1.2	ESTANTE DE MELANINA	1	S/ 229.90	S/ 229.90
		2.3.1.2.1.1	CHALECO IMPERMEABLE UNISEX	10	S/ 55.00	S/ 550.00
		2.3.1.5.1.2	CINTA DE EMBALAJE 2 in X 55 yd	10	S/ 17.70	S/ 177.00
		2.3.1.5.1.2	MICA PORTA DOCUMENTO TRANSPARENTE TAMAÑO OFICIO	50	1.5	S/ 75.00
		2.3.1.5.1.2	REGLA DE PLASTICO 30 cm	3	0.74	S/ 2.22
		2.3.1.5.1.2	REGLA DE ACRILICO TAMAÑO A4 CON SUJETADOR DE METAL TIPO GANCHO	4	6.04	S/ 24.16
		2.3.1.5.1.2	TABLERO ACRILICO TAMAÑO A4 SIN BORRADOR	25	0.38	S/ 9.50
		2.3.1.5.1.2	LAPIZ NEGRO Nº 2 SIN BORRADOR	12	1	S/ 12.00
		2.3.1.5.1.2	PLUMON DE TINTA INDELEBLE PUNTA GRUESA COLOR AZUL	12	4.39	S/ 52.68
		2.3.1.5.1.2	PLUMON DE TINTA INDELEBLE PUNTA GRUESA COLOR NEGRO	12	1.94	S/ 23.28
		2.3.1.5.1.2	PLUMON RESALTADOR PUNTA GRUESA BISELADA VERDE	11	11	S/ 462.00
		2.3.1.5.1.2	PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4	20	0.18	S/ 3.60
		2.3.1.5.1.2	PAPELOGRAFO CUADRICULADO (2 cm APROX.) 56 g DE 86 cm X 61 cm	8	14.52	S/ 116.16
		2.3.1.5.1.2	CINTA ADHESIVA PARA EMBALAJE DE 2 in X 55 m	4	9.38	S/ 37.52
		2.3.1.5.1.2	SOBRE MANILA TAMAÑO OFICIO	25	1.5	S/ 37.50
		2.3.1.5.1.2	CORRECTOR LIQUIDO TIPO LAPICERO	25	0.49	S/ 12.25
		2.3.1.5.1.2	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR ROJO	25	0.48	S/ 12.00
		2.3.1.5.1.2	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR AZUL	50	0.43	S/ 21.50
		2.3.1.5.1.2	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR NEGRO	42	4.45	S/ 186.90
		2.3.1.5.1.2	FORRO DE PLASTICO TRANSPARENTE TAMAÑO OFICIO X 5 m	15	0.44	S/ 6.60
		2.3.1.5.1.2	BORRADOR BLANCO PARA LAPIZ TAMAÑO GRANDE	1	6.37	S/ 6.37
		2.3.1.5.1.2	PERFORADOR DE 2 ESPIGAS PARA 20 HOJAS APROX.	2	3.35	S/ 6.70
		2.3.1.5.1.2	PORTA CLIPS ACRILICO CON IMAN PARA 200 CLIPS	15	0.3	S/ 4.50
		2.3.1.5.1.2	PAPEL LUSTRE DE 50 cm X 70 cm DE COLORES	8	0.45	S/ 3.60
		2.3.1.5.1.2	CARTULINA DE HILO 180 g TAMAÑO A4	33.04	33.04	S/ 99.12
		2.3.1.5.1.2	BANDEJA DE ACRILICO PARA ESCRITORIO DE 3 PISOS	1	14	S/ 14.00
		2.3.1.5.1.2	CALCULADORA	4	11	S/ 44.00
		2.3.1.5.1.2	LIBROS DE ACTAS	2	60	S/ 120.00
		2.3.1.5.1.2	ENGRAMPADOR	100	0.8	S/ 80.00
		2.3.1.5.1.2	CLIP DE METAL CHICO Nº 1 X 100	100	1.55	S/ 155.00
		2.3.1.5.1.2	CLIP MARIPOSA DE METAL Nº 3 X 12	100	2.21	S/ 221.00
		2.3.1.5.1.2	CLIP MARIPOSA DE METAL Nº 2 X 50	300	0.74	S/ 222.00
		2.3.1.5.1.2	CLIP DE METAL 33 MM X 100	6	5.4	S/ 32.40
		2.3.1.5.1.2	ARCHIVADORES	1	32	S/ 32.00
		2.3.1.5.1.2	ENGRAMPADOR GRANDE	2	400	S/ 800.00
		2.6.3.2.1.2	ARMARIO DE MELAMINA DE 4 PUERTAS	1	5,265.35	S/ 5,265.35
		2.6.3.2.3.1	CPU 3.60 GHZ 8 GB ALMACENAMIENTO 1 TB + TECLADO + SISTEMA OPERATIVO	2	735.86	S/ 1,471.72
		2.6.3.2.3.1	MONITOR LED 21.5 in	1	3,398.40	S/ 3,398.40
		2.6.3.2.3.1	EQUIPO MULTIFUNCIONAL COPIADORA FAX IMPRESORA SCANNER LASER	1	890	S/ 890.00
		2.6.3.2.9.4	MONOCROMÁTICA	1	400	S/ 400.00
		2.6.3.2.1.2	ACUMULADOR DE ENERGIA - EQUIPO DE UPS	1	400	S/ 400.00
		2.6.3.2.1.2	SILLAS GIRATORIO	1	400	S/ 400.00
		2.6.3.2.1.2	TOTAL			S/ 15,158.63



PERÚ

Ministerio de Salud



Hospital José Agustín Tello de Chosica

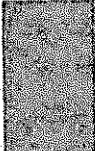
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"						
ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	ACTIVIDAD OPERATIVA	CLASIFICADOR	DESCRIPCIONES DE (BIENES/ SERVICIOS)	CANTIDAD DE PROFESIONALES	VALOR MONTO POR PROFESIONAL	COSTO TOTAL
5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	AOI00113800537 IMPLEMENTACIÓN ACCIONES MEJORA CONTINUA CALIDAD DE ATENCION	2.3.1.5.1.2	CINTA DE EMBALAJE 2 in X 55 yd	6	S/ 1.77	S/ 10.62
		2.3.1.5.1.2	MICA PORTA DOCUMENTO TRANSPARENTE TAMAÑO OFICIO	50	1.5	S/ 75.00
		2.3.1.5.1.2	REGLA DE PLASTICO 60 cm	1	2.66	S/ 2.66
		2.3.1.5.1.2	REGLA DE PLASTICO 30 cm	1	0.74	S/ 0.74
		2.3.1.5.1.2	TABLERO ACRILICO TAMAÑO A4 CON SUJETADOR DE METAL TIPO GANCHO	10	6.04	S/ 60.40
		2.3.1.5.1.2	LAPIZ NEGRO Nº 2 SIN BORRADOR	50	0.38	S/ 19.00
		2.3.1.5.1.2	PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4	200	11	S/ 2,200.00
		2.3.1.5.1.2	PAPELOGRAFO CUADRICULADO (2 cm APROX.) 56 g DE 86 cm X 61 cm	20	0.18	S/ 3.60
		2.3.1.5.1.2	CORRECTOR LIQUIDO TIPO LAPICERO	10	1.5	S/ 15.00
		2.3.1.5.1.2	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR AZUL	25	0.48	S/ 12.00
		2.3.1.5.1.2	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR ROJO	25	0.49	S/ 12.25
		2.3.1.5.1.2	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR NEGRO	50	0.43	S/ 21.50
		2.3.1.5.1.2	SOBRE MANILA TAMAÑO OFICIO	2	9.38	S/ 18.76
		2.3.1.5.1.2	BORRADOR BLANCO PARA LAPIZ TAMAÑO GRANDE	15	0.44	S/ 6.60
		2.3.1.5.1.2	PERFORADOR DE 2 ESPIGAS PARA 20 HOJAS APROX.	1	6.37	S/ 6.37
		2.3.1.5.1.2	PORTA CLIPS ACRILICO CON IMAN PARA 200 CLIPS	2	3.35	S/ 6.70
		2.3.1.5.1.2	PAPEL LUSTRE DE 50 cm X 70 cm DE COLORES	15	0.3	S/ 4.50
		2.3.1.5.1.2	CARTULINA DE HILO 180 g TAMAÑO A4	6	0.45	S/ 2.70
		2.3.1.5.1.2	BANDEJA DE ACRILICO PARA ESCRITORIO DE 3 PISOS	2	33.04	S/ 66.08
		2.3.1.5.1.2	LIBROS DE ACTAS	3	11	S/ 33.00
		2.3.1.5.1.2	ENGRAMPADOR	2	60	S/ 120.00
		2.3.1.5.4.1	MICROFONO CON ALTAVOZ PORTATIL	2	35	S/ 70.00
		2.3.1.5.1.2	CLIP DE METAL CHICO Nº 1 X 100	100	0.8	S/ 80.00
		2.3.1.5.1.2	CLIP MARIPOSA DE METAL Nº 3 X 12	100	1.55	S/ 155.00
		2.3.1.5.1.2	CLIP MARIPOSA DE METAL Nº 2 X 50	100	2.21	S/ 221.00
		2.3.1.5.1.2	CLIP DE METAL 33 MM X 100	300	0.74	S/ 222.00
		2.3.1.5.1.2	ARCHIVADORES	6	5.4	S/ 32.40
		2.3.1.5.1.2	PLUMONES DE PIZARRA	18	1.6	S/ 28.80
		2.6.3.2.3.1	CPU 3 60 GHZ 8 GB ALMACENAMIENTO 1 TB + TECLADO + SISTEMA OPERATIVO	2	5,265.35	S/ 10,530.70
		2.6.3.2.3.1	MONITOR LED 21.5 in	2	735.86	S/ 1,471.72
		2.6.3.2.9.4	ACUMULADOR DE ENERGIA - EQUIPO DE UPS	2	890	S/ 1,780.00
		2.3.2.7.3.1	CURSO DE CAPACITACION DE PERSONAL	8	2,000.00	S/ 16,000.00
		2.6.3.2.1.2	SILLAS GIRATORIO	2	400	S/ 800.00
			TOTAL			S/ 34,089.10



PERÚ

Ministerio
de Salud



Hospital
José Agustín Tello
de Chosica

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

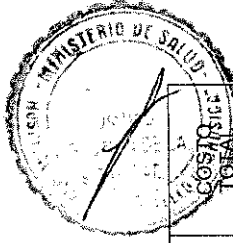
ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	ACTIVIDAD OPERATIVA	CLASIFICADOR	DESCRIPCIONES DE (BIENES/ SERVICIOS)	CANTIDAD/ N° DE PROFESIONAL	MONEDAS POR PROFESIONAL	COSTO TOTAL
5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	AOI00113800538 IMPLEMENTACION BUENAS PRACTICAS SEGURIDAD PACIENTE	2.3.1.5.1.2	CINTA DE EMBALAJE 2 in X 55 yd	5	S/ 1.77	S/ 8.85
		2.3.1.5.1.2	MICA PORTA DOCUMENTO TRANSPARENTE TAMAÑO OFICIO	50	1.5	S/ 75.00
		2.3.1.5.1.2	REGLA DE PLASTICO 60 cm	1	2.66	S/ 2.66
		2.3.1.5.1.2	REGLA DE PLASTICO 30 cm	1	0.74	S/ 0.74
		2.3.1.5.1.2	TABLERO ACRILICO TAMAÑO A4 CON SUJETADOR DE METAL TIPO GANCHO	8	6.04	S/ 48.32
		2.3.1.5.1.2	LAPIZ NEGRO N° 2 SIN BORRADOR	25	0.38	S/ 9.50
		2.3.1.5.1.2	PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4	60	11	S/ 660.00
		2.3.1.5.1.2	PAPEL OGRAFO CUADRICULADO (2 cm APROX.) 56 g DE 86 cm X 61 cm	20	0.18	S/ 3.60
		2.3.1.5.1.2	CORRECTOR LIQUIDO TIPO LAPICERO	15	1.5	S/ 22.50
		2.3.1.5.1.2	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR ROJO	25	0.49	S/ 12.25
		2.3.1.5.1.2	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR AZUL	25	0.48	S/ 12.00
		2.3.1.5.1.2	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR NEGRO	50	0.43	S/ 21.50
		2.3.1.5.1.2	BORRADOR BLANCO PARA LAPIZ TAMAÑO GRANDE	20	0.44	S/ 8.80
		2.3.1.5.1.2	PERFORADOR DE 2 ESPIGAS PARA 20 HOJAS APROX.	1	6.37	S/ 6.37
		2.3.1.5.1.2	PORTA CLIPS ACRILICO CON IMAN PARA 200 CLIPS	1	3.35	S/ 3.35
		2.3.1.5.1.2	TAJADOR DE MESA DE METAL	2	21.85	S/ 43.70
		2.3.1.5.1.2	PAPEL LUSTRE DE 50 cm X 70 cm DE COLORES	15	0.3	S/ 4.50
		2.3.1.5.1.2	CARTULINA DE HILO 180 g TAMAÑO A4	6	0.45	S/ 2.70
		2.3.1.8.2.1	MANDIL DESCARTABLE TALLA M	50	5.8	S/ 290.00
		2.3.1.8.2.1	MANDIL DESCARTABLE TALLA L	20	6.5	S/ 130.00
		2.3.1.8.2.1	MASCARILLA DESCARTABLE TIPO N-95 X 50	2	160	S/ 320.00
		2.3.1.8.2.1	MASCARILLA DESCARTABLE QUIRURGICA 3 PLIEGUES	100	0.34	S/ 34.00
		2.3.1.8.2.1	ALCOHOL GEL 1L	12	15	S/ 180.00
		2.3.1.5.3.1	PAPEL TOALLA DOBLE HOJA INTERFOLIADO BLANCO X 150 HOJAS	10	146	S/ 1,460.00
		2.3.1.5.3.1	JABÓN LIQUIDO 1L	12	8.5	S/ 102.00
		2.3.1.5.1.2	BANDEJA DE ACRILICO PARA ESCRITORIO DE 3 PISOS	3	33.04	S/ 99.12
		2.3.1.5.1.2	CALCULADORA	1	14	S/ 14.00
		2.3.1.5.1.2	LIBROS DE ACTAS	3	11	S/ 33.00
		2.3.1.5.1.2	ENGRAMPADOR	2	60	S/ 120.00
		2.3.1.5.1.2	CLIP DE METAL CHICO N° 1 X 100	100	0.8	S/ 80.00
		2.3.1.5.1.2	CLIP MARIPOSA DE METAL N° 3 X 12	100	1.55	S/ 155.00
		2.3.1.5.1.2	CLIP MARIPOSA DE METAL N° 2 X 50	100	2.21	S/ 221.00
		2.3.1.5.1.2	CLIP DE METAL 33 MM X 100	300	0.74	S/ 222.00
		2.3.1.5.1.2	ARCHIVADORES	6	5.4	S/ 32.40
		2.3.1.5.1.2	PLUMONES DE PIZARRA	18	1.6	S/ 28.80
		2.6.3.2.3.1	CPU 3.60 GHZ 8 GB ALMACENAMIENTO 1 TB + TECLADO + SISTEMA OPERATIVO	1	5,265.35	S/ 5,265.35
		2.6.3.2.3.1	COMPUTADORA PERSONAL PORTATIL	1	7,080.59	S/ 7,080.59
		2.6.3.2.3.1	MONITOR LED 21.5 in	1	735.86	S/ 735.86
		2.6.3.2.9.4	ACUMULADOR DE ENERGIA - EQUIPO DE UPS	1	890	S/ 890.00
		2.6.3.2.1.2	SILLAS GIRATORIO	1	400	S/ 400.00
		2.6.3.2.3.3	EQUIPO DE SONIDO	1	2,000.00	S/ 2,000.00
		TOTAL				S/ 20,839.4



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital José Agustín Tello de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	ACTIVIDAD OPERATIVA	CLASIFICADOR	DESCRIPCIONES DE (BIENES/ SERVICIOS)	CANTIDAD/Nº DE PROFESIONAL	PU / MONTO POR PROFESIONAL	COSTO FÍSICO TOTAL
5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	AOI00113800535 ATENCION CONSULTAS Y RECLAMOS	2.3.1.5.1.1	PARLANTES (MENOR 1/4 UIT)	2	S/ 30.00	S/ 60.00
		2.3.1.5.1.2	CINTA DE EMBALAJE 2 in X 55 yd	3	S/ 1.77	S/ 5.31
		2.3.1.5.1.2	REGLA DE PLASTICO 30 cm	3	0.74	S/ 2.22
		2.3.1.5.1.2	TABLERO ACRILICO TAMAÑO A4 CON SUJETADOR DE METAL TIPO GANCHO	2	6.04	S/ 12.08
		2.3.1.5.1.2	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR ROJO	25	0.49	S/ 12.25
		2.3.1.5.1.2	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR AZUL	25	0.48	S/ 12.00
		2.3.1.5.1.2	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR NEGRO	50	0.43	S/ 21.50
		2.3.1.5.1.2	PERFORADOR DE 2 ESPIGAS PARA 20 HOJAS APROX.	1	6.37	S/ 6.37
		2.3.1.5.1.2	PAPEL LUSTRE DE 50 cm X 70 cm DE COLORES	15	0.3	S/ 4.50
		2.3.1.5.1.2	LIBROS DE ACTAS	2	11	S/ 22.00
		2.3.1.5.1.2	CLIP DE METAL 33 MM X 100	300	0.74	S/ 222.00
		2.3.1.5.1.2	ARCHIVADORES	6	5.4	S/ 32.40
		2.6.3.2.3.1	CPU 3.60 GHZ 8 GB ALMACENAMIENTO 1 TB + TECLADO + SISTEMA OPERATIVO	2	5,265.35	S/ 10,530.70
		2.6.3.2.3.1	MONITOR LED 21.5 in	2	735.86	S/ 1,471.72
		2.6.3.2.9.4	ACUMULADOR DE ENERGIA - EQUIPO DE UPS	2	890	S/ 1,780.00
		2.6.3.2.1.2	SILLAS GIRATORIO	2	400	S/ 800.00
TOTAL						S/ 14,995.05

6.4.3. Cronograma De Actividades

- GESTIÓN ORIENTADA A RESULTADOS AL SERVICIO DE LA POBLACIÓN; CON PROCESOS OPTIMIZADOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SIMPLIFICADOS

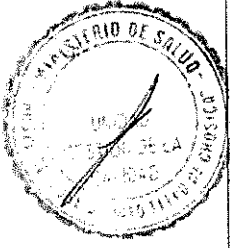
ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	ACTIVIDAD OPERATIVA	I TRIM PROG			II TRIM PROG			III TRIM PROG			IV TRIM PROG		
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	AOI00113800534 GESTIÓN ORIENTADA A RESULTADOS AL SERVICIO DE LA POBLACIÓN; CON PROCESOS OPTIMIZADOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SIMPLIFICADOS		X										
				X			X			X			X
							X						X



PERU

Ministerio de Salud

Hospital José Agustín Tello de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

IMPLEMENTACION ACCIONES MEJORA CONTINUA CALIDAD DE ATENCION

ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	ACTIVIDAD OPERATIVA	I TRIM PROG			II TRIM PROG			III TRIM PROG			IV TRIM PROG		
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	AOI00113800537 IMPLEMENTACION ACCIONES MEJORA CONTINUA CALIDAD DE ATENCION			x			x						x
			x				x						x
			x										
		x					x			x			x
				x			x			x			x
				x									x
							x						x
							x						x
			x										
				x				x					
											x		

IMPLEMENTACION ACCIONES MEJORA CONTINUA CALIDAD DE ATENCION

ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	ACTIVIDAD OPERATIVA	I TRIM PROG			II TRIM PROG			III TRIM PROG			IV TRIM PROG		
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	AOI00113800537 IMPLEMENTACION ACCIONES MEJORA CONTINUA CALIDAD DE ATENCION			x			x						x
			x				x						x
			x										
		x					x			x			x
				x			x			x			x
							x						x
							x						x
			x										
				x				x					
											x		

IMPLEMENTACION BUENAS PRACTICAS SEGURIDAD PACIENTE

ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	ACTIVIDAD OPERATIVA	I TRIM PROG			II TRIM PROG			III TRIM PROG			IV TRIM PROG		
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	AOI00113800538 IMPLEMENTACION BUENAS PRACTICAS SEGURIDAD PACIENTE	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
			x										
		x											
		x											
		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

ATENCION CONSULTAS Y RECLAMOS

ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	ACTIVIDAD OPERATIVA	I TRIM PROG			II TRIM PROG			III TRIM PROG			IV TRIM PROG		
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	AOI00113800535 ATENCION CONSULTAS Y RECLAMOS			x			x			x			x
				x			x			x			x
				x			x			x			x
													x

6.4.4. Responsables Para El Desarrollo De Cada Actividad

ACTIVIDAD OPERATIVA	CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN	TAREA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	RESPONSABLE
AOI00113800534 GESTIÓN ORIENTADA A RESULTADOS AL SERVICIO DE LA POBLACIÓN; CON PROCESOS OPTIMIZADOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SIMPLIFICADOS	PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2024.	Documento que contiene como mínimo: Finalidad, Objetivos, Antecedentes, Actividades/ Tareas, Cronograma y Responsables.	JEFATURA DE UGC
		Reuniones técnicas del equipo de trabajo de la Unidad de la Gestión de la calidad.	Acta de reunión suscrita por los participantes, que detalla los acuerdos tomados orientados al cumplimiento de las actividades detalladas en el plan.	
		Evaluación de la ejecución del Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2024.	Informe que detalla el avance y cumplimiento de las actividades programadas por semestre, cuyo contenido debe considerar: Antecedentes, Actividades programadas Actividades ejecutadas, Porcentaje de Avance, Análisis de factores asociados.	



PERÚ

Ministerio de Salud



Hospital José Agustín Tello de Chosica

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

ACTIVIDAD OPERATIVA	CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN	TAREA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	RESPONSABLE
AOI00113800537 IMPLEMENTACIÓN ACCIONES MEJORA CONTINUA CALIDAD DE ATENCIÓN	PLAN CERO COLAS	Elaboración del Plan Cero Colas	Documento que contiene como mínimo: Finalidad, Objetivos, Antecedentes, Actividades/ Tareas, Cronograma y Responsables. Plan aprobado por la jefatura y remitido a la DIRIS que detalla acciones orientadas a reducir los tiempos de espera y evitar "cola física" para la atención ambulatoria.	Responsable del Plan cero colas
		Evaluación del Plan Cero Colas	Informe que detalla el avance y cumplimiento de las actividades programadas por semestre, cuyo contenido debe considerar: Antecedentes, Actividades programadas Actividades ejecutadas, Porcentaje de Avance, Análisis de factores asociados. Documento aprobado por la jefatura y remitido a la DIRIS de manera semestral.	Responsable De Proyectos Y Acciones De Mejora
		Implementación de proyectos y/o acciones de mejora	Identificación de oportunidades de mejora a partir de: Sugereencias, reclamos, Encuesta de Satisfacción, Mejora de procesos.	
	PROYECTOS Y ACCIONES DE MEJORA	Conformación del Comité CAM	Comité CAM conformado por seis médicos cirujanos con RNA, como mínimo: Presidente, Secretario, 1 Vocal por especialidad (Medicina, Cirugía, Pediatría y Gineco-Obstetricia)	
		Auditoría de Caso	Documento que contiene Auditoría por evento centinela, muerte materna, muerte perinatal o a solicitud de autoridad sanitaria, al 100% de los casos presentados, debe considerar: Antecedentes, Origen, Tipo, Alcance, Metodología, Información Clínica, Hallazgos, Recomendaciones.	
		Conformación del Comité CAS	Documento de conformación de Comité CAS del hospital, integrado por cuatro profesionales de la Salud, como mínimo: presidente, secretario y Vocales	
		Elaboración del Plan de Auditoría	Documento aprobado por la jefatura, remitido a DIRIS, que contiene como mínimo: Finalidad, Objetivo, Antecedentes, Actividades/ Tareas, Cronograma, Comité.	
	AUDITORÍA DE LA CALIDAD	Auditoría de Atención	Documento que contiene auditoría de la Calidad de Atención Programada que contiene: Antecedentes, Origen, Tipo, Alcance, Metodología, Información Clínica, Hallazgos, Recomendaciones.	Responsable del Equipo de Auditoría
		Evaluación del Registro de Historia Clínica	Informes de las Fichas de Evaluación del Registro de la H.Ci. que contiene: Antecedentes, Tipo, Alcance, Metodología, Hallazgos, Recomendaciones, Anexo (Instrumento) de 25 H.Ci trimestral de la misma especialidad.	
		Informe de Evaluación de Registro de Historia Clínica	Documento dirigido a la DIRIS con la matriz de consolidado de las evaluaciones de registro de 100 H.Ci sometidas a evaluación de registro. Contenido mínimo: Resumen de resultados, Puntaje obtenido por Grupo Ocupacional, Puntaje obtenido por Servicio, Sección de la H.Ci. con mayor y menor resultado.	
		Informe de seguimiento de recomendaciones productos de auditoría de la calidad de atención y auditoría de caso	Evaluación de cumplimiento de las recomendaciones dejadas en los informes de auditoría programados y auditorías de caso, realizadas en las IPRESS.	
	ADHERENCIA A GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	Evaluación de Adherencia a Guía de Práctica Clínica	Documento que contiene la evaluación de la Adherencia a Guía de Práctica Clínica del MINSA según patología o prestación evaluada, de 25 H.Ci como mínimo.	
		Conformación del Equipo de Evaluadores internos y Equipo de Acreditadores	Conformación de 1 Equipo de Evaluadores internos y 1 Equipo de Acreditadores, conformado por 4 personas de salud como mínimo. Acreditadores: todos los jefes de servicio. Evaluadores internos: personal con competencia y conocimiento del proceso.	
		Elaboración del Plan de Autoevaluación	Documento que describe el Plan de Autoevaluación, aprobado por la jefatura y remitido a la DIRIS, en el primer trimestre del año, contiene como mínimo: Justificación, Objetivo, Alcance, Base legal, Cronograma A, Cronograma B, Equipo de Evaluadores.	Responsable De Autoevaluación Y Acreditación
	AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN	Ejecución del proceso de Autoevaluación	Documento que detalla el informe técnico que resume el proceso de autoevaluación y cuyo contenido mínimo: Objetivo, Alcance, metodología, Equipo Evaluador, Nivel de cumplimiento, Puntaje alcanzado, Recomendaciones (resultado con un incremento del 5% del año anterior).	
		Comunicación de Inicio de Autoevaluación	Documento mediante el cual el hospital remite a la DIRIS, comunicando el inicio del proceso de autoevaluación, cuyo contenido: Fecha de inicio y Fecha de término.	Responsable De Autoevaluación Y Acreditación, Dirección Adjunta

ACTIVIDAD OPERATIVA	CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN	TAREA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	RESPONSABLE
AO100113800538 IMPLEMENTACION BUENAS PRACTICAS SEGURIDAD PACIENTE	NOTIFICACIÓN Y ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS	Registro de notificación de eventos adversos	Registro de la ficha de notificación de eventos adversos con carácter anónimo, que contenga como mínimo: EES, Fecha de Notificación, Servicio Involucrado, fecha y lugar del suceso.	Notificación Y Análisis De Eventos Adversos
		Elaboración de Tabla consolidado de incidentes y eventos adversos	Tabla resumen que expresa la cantidad de incidentes y eventos adversos, de manera trimestral, que contenga como mínimo: EES, Fecha de Notificación, Servicio involucrado, Lugar y fecha del suceso, Tipificación inicial y Tipificación Final.	
		Elaboración del Plan de Seguridad del Paciente	Documento que contine como mínimo: Finalidad, Objetivos, Actividades/ Tareas, Cronograma y Responsables. Plan elaborado por la IPRESS que detalla todas las actividades de Seguridad del Paciente: Eventos Adversos, Higiene de manos, Cirugía Segura, Prevención UPP, Prevención caídas, Identificación del Paciente y Rondas de Seguridad.	
	RONDAS DE SEGURIDAD	Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad	Documento que describe al personal de la IPRESS responsable de planificar y ejecutar las Rondas de Seguridad, Conformado como mínimo: Jefe de la IPRESS, Responsable administrativo, Responsable de Calidad, Responsable de Epidemiología, Responsables de los principales servicios.	Responsable De Rondas De Seguridad Y Dirección Adjunta
		Elaboración de Cronograma de Rondas de Seguridad	Documento formulado por la IPRESS que describe el cronograma de las Rondas de Seguridad,	
		Ejecución de la Ronda de Seguridad	Documento que describe la ejecución de la Ronda de Seguridad: Registro de la H,CI, Seguridad en la medicación, Identificación del paciente, Higiene de manos, Bioseguridad, Equipos. Mínimo una ronda mensual, siendo obligatorio en una de las UPSS de Emergencia, UCI, Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico en cada semestre.	
		Informe oficial de la ejecución de las Rondas de Seguridad	Documento mediante el cual el hospital remite a la DIRIS el informe de ejecución de las Rondas de Seguridad conforme al aplicativo, cuyo contenido debe considerar: Informe descriptivo, Anexo 3: Resultados de Evaluación; Anexo 6: Plan de Acción; Anexo 7: Ficha de Monitoreo.	
	HIGIENE DE MANOS	Capacitación de Lavado de manos	Documento que detalla el informe de la Capacitación teórica/práctica en los 11 pasos y 5 momentos de la higiene de manos al 100% del personal del hospital. Contenido mínimo: Fecha, Objetivo, Metodología, Participantes, Resultados y Recomendaciones	Responsable De Rondas De Seguridad E Higiene De Manos
		Evaluación de Adherencia de Higiene de manos	Documento que detalla el informe de la evaluación presencial al menos al 25% del personal del hospital por sesión, sobre el lavado de manos. Contenido mínimo: Fecha, Objetivo, Metodología, Participantes, Resultados y Recomendaciones. UPSS obligatorias: Emergencia, Hospitalización, UCI/UCIN, Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico.	



ACTIVIDAD OPERATIVA	CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN	TAREA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	RESPONSABLE
AO100113800535 ATENCION CONSULTAS Y RECLAMOS	MEDIOS DE ESCUCHA	Elaboración de consolidado de los reclamos atendidos	Documento mediante el cual el hospital remite a la DIRIS la matriz de consolidado de los reclamos atendidos, cuyo contenido: IPRESS, siglas del reclamante, fecha de atención, Motivo del reclamo.	RESPONSABLE DE MEDIO DE ESCUCHA
		Apertura de Buzón de Sugerencias	Documento que el hospital remite a la DIRIS detallando el informe de las actas de Apertura y papeletas registradas en el Buzón de Sugerencias. Contenido mínimo: Acta de Apertura, Papeletas halladas, Análisis y clasificación, reporte de acciones.	
		Aplicación de Encuesta SERVQUAL	Registro de encuestas SERVQUAL aplicadas en el aplicativo (Excel), en consulta externa, para medir el nivel de satisfacción del usuario. (Hospital Nivel II mínimo 350 encuestas de consulta externa, hospitalización y emergencia.	
		Informe de resultados de Satisfacción del Usuario	Informe Técnico que resume los resultados obtenidos del SERVQUAL, cuyo contenido: Objetivo, Metodología, resultados, Conclusiones y Recomendaciones.	



PERÚ
Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
José Agurto Tello
de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

6.5. PRESUPUESTO

El presupuesto asignado a la Unidad de Gestión de la Calidad para el año 2025 fue de S/. 167,999 en gastos corrientes, como se detalla en el **Anexo 6**.

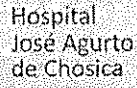
No obstante, el presupuesto propuesto para este año supera dicha cifra debido a la necesidad de adquirir equipos tecnológicos, ya que la mayoría de los dispositivos actuales, como computadoras e impresoras, son alquilados. Contar con estos equipos en propiedad es esencial para optimizar nuestras operaciones y garantizar el adecuado desarrollo de nuestro plan de trabajo.

Asimismo, es fundamental la adquisición de bienes como mobiliario y material de oficina, incluyendo sillas giratorias, armarios y otros elementos esenciales, debido a que los actuales presentan un estado de deterioro significativo. Estos recursos son indispensables para el correcto desempeño de nuestras funciones y la mejora continua de la gestión de la calidad.

BIENES Y SERVICIOS:

Descripción	Detalle	total
PERSONAL NOMBRADO	ENFERMERAS	3
PERSONAL CAS	TECNICO ADMINISTRATIVO	1
EQUIPO INFORMATICO	COMPUTADOR	3
MOBILIARIO	ESCRITORIO DE MADERA	5
	ESCRITORIO DE METAL	1
	SILLA GIRATORIA	3
	SILLA	2
	ARMARIO DE MELAMINE	1
	ESTANTE DE MELAMINA	1
	ESTANTE DE MADERA	1

Sin embargo, para asegurar la continuidad del servicio y garantizar la ejecución eficiente de las actividades operativas programadas en el POI, es fundamental disponer de los recursos necesarios. Esto incluye tanto los insumos y herramientas requeridos para el desarrollo de las tareas, como el personal capacitado y las condiciones adecuadas para su implementación. Contar con estos elementos permitirá cumplir con los objetivos establecidos, optimizar los procesos y asegurar la calidad del servicio ofrecido.



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

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

Requerimiento de bienes y servicios:

	FINANCIAMIENTO Especifica de Gasto (Partida)	Monto
SERVICIOS	Clasificador de Gasto 2.3. 2 9. 1 1	S/ 357,600.00
BIENES	Clasificador de Gasto 2.3. 1 2. 1 1	S/. 550
	Clasificador de Gasto 2.3. 1 5. 1 1	S/. 60.00
	Clasificador de Gasto 2.3. 1 5. 1 2	S/. 7,894.23
	Clasificador de Gasto 2.3. 1 5. 3 1	S/. 1,562.00
	Clasificador de Gasto 2.3. 1 5. 4 1	S/. 70.00
	Clasificador de Gasto 2.3. 1 8. 2 1	S/. 954.00
	Clasificador de Gasto 2.3. 2 7. 3 1	S/. 16,000.00
	Clasificador de Gasto 2.6. 3 2. 1 2	S/. 3,429.90
	Clasificador de Gasto 2.6. 3 2. 3 1	S/. 47,222.11
	Clasificador de Gasto 2.6. 3 2. 3 3	S/. 2,000.00
	Clasificador de Gasto 2.6. 3 2. 9 4	S/. 5,340.00
	TOTAL	S/. 85,082.24

TOTAL DE BIENES Y SERVICIOS POR ADQUIRIR

N°	TOTAL DE BIENES Y SERVICIOS POR ADQUIRIR	PRECIO TOTAL
1	BIENES	S/. 85,082.24
2	SERVICIOS	S/ 357,600.00
MONTO TOTAL		S/.442,682.24

6.6. FINANCIAMIENTO

Con el presupuesto asignado a la U.G.C. 2025

Fuente de financiamiento = Recursos Ordinarios

6.7. ACCIONES DE MONITOREO SUPERVISIÓN, Y EVALUACIÓN DEL PLAN

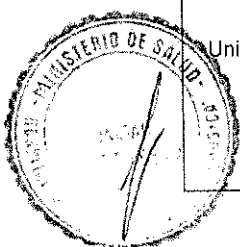
La supervisión de la Unidad de Gestión de la Calidad y el cumplimiento del plan están a cargo de la DIRIS L.E., SUSALUD, MINSA y la Contraloría de la República, garantizando el seguimiento y cumplimiento de las normativas establecidas.

El monitoreo y la evaluación del plan son realizados de manera continua por cada responsable de las líneas de acción, la jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad y la Dirección Ejecutiva. Este proceso permite identificar avances, detectar oportunidades de mejora y tomar decisiones estratégicas para optimizar la gestión de la calidad.

Asimismo, el seguimiento se basa en indicadores alineados con el objetivo general, con el propósito de alcanzar o superar las metas programadas en cada área. La información utilizada para la evaluación proviene de diversas fuentes, recopiladas y analizadas por los responsables designados en cada sector. Todos estos detalles se encuentran especificados en el **Anexo 2**.

**PERÚ****Ministerio
de Salud****Viceministerio
de Organizaciones y
Asistencia en Salud****Hospital
José Agurto Tello
de Chosica**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

 Unidad De Gestión De Calidad	PERSONAL	RESPONSABILIDAD
	Lic. Lizbeth Lujan Medina	Jefatura De La UGC
	Comité De Cola Cero	Responsable Del Plan Cero Colas
	Comité Del Equipo De Mejor Continúa De La Calidad	Responsable De Proyectos Y Acciones De Mejora
	Dra. Treissy Sthefanny Almerco Simon	Responsable Del Equipo De Auditoria
		Responsable De Autoevaluación Y Acreditación
		Notificación Y Análisis De Eventos Adversos
	Lic. Raquel Jesús Quispe Castro	
	Lic. Carolina Taiña Huanco	Responsable De Rondas De Seguridad E Higiene De Manos
	Bach. Chard Enrique Garro Gonzales	Responsable De Medio De Escucha

VII. RESPONSABILIDADES

- El director ejecutivo del Hospital debe aprobar el presente Plan mediante Resolución Directoral y velar por el cumplimiento de las actividades planteadas.
- Los jefes de Departamentos, Unidades y Servicios tienen el compromiso de colaborar en el cumplimiento de las actividades del presente plan, implementado las acciones y/o proyectos de mejora en sus servicios.
- La oficina de Planeamiento Estratégico debe asignar recursos para el cumplimiento de todas las actividades del presente plan.
- El equipo de trabajo de la Unidad de Gestión de la calidad debe impulsar el trabajo a desarrollar en cada uno de los Servicios del Hospital realizando el seguimiento a las recomendaciones de los informes.
- Todos los trabajadores son responsables del cumplimiento del presente plan mejorando el buen trato a los pacientes y generando Prácticas seguras en la Atención de Salud.

VIII. ANEXOS



PERÚ

Ministerio
de Salud



Hospital
José Agustín Tello
de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

ANEXO 1

FORMATO 1: MATRIZ DE ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA DEL PLAN ESPECÍFICO

Órgano/Unidad Orgánica:		UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD						
Marco estratégico:		Estructura Programática y Operativa						
PEI 2025		POI						
Objetivo Estratégico Institucional del PEI	Acción Estratégica	Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	AO ID Actividad Operativa POI	Centro de Costo	Objetivo General del Plan	Objetivo Específico del Plan
OEI.04 FORTALECER LA RECTORÍA Y LA GOBERNANZA SOBRE EL SISTEMA DE SALUD; Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL; PARA EL DESEMPEÑO EFICIENTE, ÉTICO E INTEGRAL; EN EL MARCO DE LA MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN PÚBLICA	AEI.04.02 GESTIÓN ORIENTADA A RESULTADOS AL SERVICIO DE LA POBLACIÓN; CON PROCESOS OPTIMIZADOS Y ADMINISTRATIVOS SIMPLIFICADOS.	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	AOI00113800534 GESTIÓN ORIENTADA A RESULTADOS AL SERVICIO DE LA POBLACIÓN; CON PROCESOS OPTIMIZADOS Y ADMINISTRATIVOS SIMPLIFICADOS	05.01 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital José Agustín Tello de Chosica, mediante la ejecución de acciones alineadas a los componentes y actividades definidos por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del Ministerio de Salud.	Organizar las actividades para la Calidad en Salud acorde a las políticas y lineamientos sectoriales
					AOI00113800535 ATENCIÓN CONSULTAS Y RECLAMOS			Fortalecer los mecanismos de escucha al usuario, así como brindar información y difusión sobre sus derechos y deberes.
					AOI00113800537 IMPLEMENTACIÓN ACCIONES MEJORA CONTINUA CALIDAD DE ATENCIÓN			Fortalecer las actividades que fomentan la Garantía de la Cultura de la Calidad y Mejora Continua.
					AOI00113800538 IMPLEMENTACIÓN BUENAS PRACTICAS SEGURIDAD PACIENTE			



PERÚ

Ministerio
de SaludVice Ministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
José Agurto Tello
de Chosica

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

ANEXO 2

FORMATO 2: MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN ESPECIFICO

Objetivos General del Plan:	Establecer acciones para implementar el sistema de gestión de la calidad en el hospital José Agurto Tello de Chosica, alineadas a los componentes y actividades establecidas por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del Ministerio de Salud.			
Indicador	Unidad de Medida	Meta Programada	Fuente de Información	Responsable
Implementación de proyectos y/o Acciones de mejora	Unidad	2	Informes propios	UGC
Satisfacción de usuarios externos (Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia)	Porcentaje	60%	Encuesta SERVQUAL	UGC
Reclamos atendidos	Porcentaje	100%	Libro de reclamaciones	UGC
Conformidad de Auditorías de Registro	Porcentaje	78%	Historias clínicas	UGC
Adherencia de Guías de Práctica Clínica	Porcentaje	80%	Historias clínicas	UGC
Recomendaciones de Auditorías Implementadas	Porcentaje	>80%	Informe	UGC
Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo vigente	Porcentaje	8%	Aplicativo Acreditación	UGC
Porcentaje de implementación del monitoreo de las Rondas de Seguridad	Porcentaje	>75%	Aplicativo Rondas de Seguridad	UGC
Adherencia a la Higiene de manos	Porcentaje	>75%	Informes propios	UGC
Eventos adversos notificados y analizados	Numero de Fichas de notificación	120	Fichas de notificación	UGC

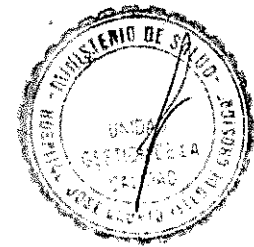


PERÚ

Ministerio de Salud



Hospital José Agustín Tello de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

ANEXO 3

FORMATO 3: MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES DEL PLAN ESPECÍFICO

FORMATO 3: MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES DEL PLAN ESPECÍFICO																			
Unidad Orgánica:		UNIDAD DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD																	
PLAN ESPECÍFICO		POI																	
Estructura Operativa		PROGRAMACIÓN METAS FÍSICAS / MENSUALIZADO																	
Objetivo General del Plan	Objetivo Específico del Plan	Centro de Costo	Actividad Presupuestal	Actividad Operativa / Sub Producto	Unidad de Medida	DE													
						MES 01	MES 02	MES 03	MES 04	MES 05	MES 06	MES 07	MES 08	MES 09	MES 10	MES 11	ME S 12	Meta Física Anual	Total Presupuesto (S/)
Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital José Agustín Tello de Chosica, mediante la ejecución de acciones alineadas a los componentes y actividades definidos por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del Ministerio de Salud.	Organizar las actividades para la Calidad en la Salud acorde a las políticas y lineamientos sectoriales.	'05.01 Unidad de Gestión de la Calidad	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	AOI001138 00534 GESTION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	R.D. Informe Acta	1	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0	2	7	S/57,158.63
	Fortalecer actividades que fomentan la Garantía de la Cultura de Calidad y Mejora Continua.			AOI001138 00537 IMPLEMENTACIÓN ACCIONES MEJORA CONTINUA CALIDAD DE ATENCIÓN	R.D. Informe Fichas registro	1	3	153	0	0	158	0	0	153	0	0	159	625	S/210,928.56

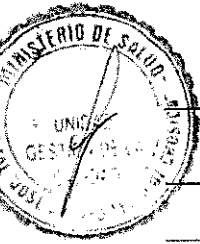


PERÚ

Ministerio de Salud



Hospital José Agustín Tello de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

	Fortalecer los mecanismos de escucha al usuario, así como brindar información y difusión sobre sus derechos y deberes.	05.01 Unidad de Gestión de la Calidad	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	AO1001138 00538 IMPLEMENTACIÓN BUENAS PRÁCTICAS SEGURIDAD PACIENTE	R.D Informe Fichas de notificación	14	12	13	11	11	15	11	12	12	11	15	148	
				AO1001138 00535 ATENCIÓN CONSULTAS RECLAMOS	Informe Encuesta	0	0	262	0	0	265	0	265	0	0	267	1059	S/174,595.05
				TOTAL														

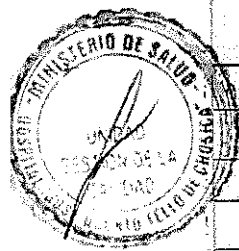


ANEXO 4 FORMATO 4: MATRIZ DE FORMULACIÓN DE PRESUPUESTO DEL PLAN ESPECÍFICO

PLAN ESPECÍFICO		Unidad Orgánica:		POI		UNIDAD DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD			
						PRESUPUESTO SIAF			
		Estructura Operativa				Estructura Presupuestal			
Objetivo General del Plan	Objetivo Específico del Plan	Categoría Presupuestal	Producto	Actividad Presupuestal	Fuente de Financiamiento	Específica de Gasto	Presupuesto Requerido		
Establecer acciones para implementar el sistema de gestión de la calidad en el hospital José Agustín Tello de Chosica, alineadas a los componentes y actividades establecidas por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del Ministerio de Salud	Organizar las actividades para la Calidad en Salud acorde a las políticas y lineamientos sectoriales.	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	R.O.	2.3.2.9.1.1	S/ 42,000.00		
						2.3.1.2.1.1	S/ 550.00		
						2.3.1.5.1.2	S/ 2,153.26		
						2.6.3.2.1.2	S/ 1,429.90		
						2.6.3.2.3.1	S/ 10,135.47		
						2.6.3.2.9.4	S/ 890.00		
						2.3.2.9.1.1	S/ 156,000.00		
						2.3.1.5.1.2	S/ 5,388.34		
						2.3.1.5.3.1	S/ 1,562.00		
						2.3.1.5.4.1	S/ 70.00		
						2.3.1.8.2.1	S/ 954.00		
						2.3.2.7.3.1	S/ 16,000.00		
Fortalecer las actividades que fomentan la Garantía de la Cultura de la Calidad y Mejora Continua		9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	R.O.	2.6.3.2.1.2	S/ 1,200.00		
						2.6.3.2.3.1	S/ 25,084.22		
						2.6.3.2.3.3	S/ 2,000.00		
						2.6.3.2.9.4	S/ 2,670.00		
						2.3.2.9.1.1	S/ 159,600.00		
						2.3.1.5.1.1	S/ 60.00		
						2.3.1.5.1.2	S/ 352.63		
						2.6.3.2.1.2	S/ 800.00		
						2.6.3.2.3.1	S/ 12,002.42		
						2.6.3.2.9.4	S/ 1,780.00		
							S/ 442,682.24		
Fortalecer los mecanismos de escucha al usuario, así como brindar información y difusión sobre sus derechos y deberes		9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	R.O.				

CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD 2025 - HOSPITAL JOSÉ AGUIRTO TELLO DE CHOSICA

CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD 2025 - HOSPITAL JOSE AGUIRRE TELLO DE CRUCILLA																	
CRITERIOS DE PROGRAMACION	A.O. GESTION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD																
	TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	META FISICA 2025	I TRIM PROG			II TRIM PROG			III TRIM PROG			IV TRIM PROG		RESPONSABLE	
					Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov		Dic
PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD	Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2024.	Plan de la UGC aprobado con RD	Documento que contiene como mínimo: Finalidad, Objetivos, Antecedentes, Actividades/ Tareas, Cronograma y Responsables.	1	1												UGC
	Reuniones técnicas del equipo de trabajo de la Unidad de la Gestión de la calidad.	Acta	Acta de reunión suscrita por los participantes, que detalla los acuerdos tomados orientados al cumplimiento de las actividades detalladas en el plan.	4.			1			1				1			UGC
	Evaluación de la ejecución del Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2024.	Evaluación	Informe que detalla el avance y cumplimiento de las actividades programadas por semestre, cuyo contenido debe considerar Antecedentes, Actividades programadas Actividades ejecutadas, Porcentaje de Avance, Análisis de factores asociados.	2							1						1

[illegible]



PERU

Ministerio de Salud



Hospital José Agustín Tello de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

PROYECTOS Y ACCIONES DE MEJORA	Implementación de proyectos y/o acciones de mejora	Informe	Identificación de oportunidades de mejora a partir de: Sugerencias, reclamos, Encuesta de Satisfacción, Mejora de procesos	2							1					1	UGC
ADHERENCIA A GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	Evaluación de Adherencia a Guía de Práctica Clínica	Informe	Documento que contiene la evaluación de la Adherencia a Guía de Práctica Clínica del MINSA según patología o prestación evaluada, de 25 H.CI como mínimo	2							1						UGC
AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN	Conformación del Equipo de Evaluadores Internos y Equipo de Acreditadores	RD	Conformación de 1 Equipo de Evaluadores Internos y 1 Equipo de Acreditadores, conformado por 4 personas de salud como mínimo. Evaluadores Internos: personal con competencia y conocimiento del proceso.	1					1								UGC
	Elaboración del Plan de Autoevaluación	Plan de Autoevaluación aprobado con RD	Documento que describe el Plan de Autoevaluación, aprobado por la jefatura y remitido a la DIRIS, en el primer trimestre del año, contiene como mínimo: Justificación, Objetivo, Alcance, Base legal, Cronograma A, Cronograma B, Equipo de Evaluadores	1					1								UGC
	Comunicación de Inicio de Autoevaluación	Oficio	Documento mediante el cual el hospital remite a la DIRIS, comunicando el inicio del proceso de autoevaluación, cuyo contenido: Fecha de inicio y Fecha de término	1										1			DIRECTOR EJECUTIVO
	Ejecución del proceso de Autoevaluación	Informe Técnico	Documento que detalla el informe técnico que resume el proceso de autoevaluación y cuyo contenido mínimo: Objetivo, Alcance, metodología, Equipo Evaluador, Nivel de cumplimiento, Puntaje alcanzado, Recomendaciones (resultado con un incremento del 5% del año anterior).	1												1	UGC

CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN	A.O. IMPLEMENTACIÓN BUENAS PRÁCTICAS SEGURIDAD PACIENTE															META FÍSICA 2025	I TRIM PROG			II TRIM PROG			III TRIM PROG				RESPONSABLE
	TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic												
NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS	Registro de notificación de eventos adversos	Ficha de Notificación de eventos adversos	Registro de la ficha de notificación de eventos adversos con carácter anónimo, que contenga como mínimo: EES, Fecha de Notificación, Servicio involucrado, fecha y lugar del suceso.	145	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	UGC										
	Elaboración de Tabla consolidado de incidentes y eventos adversos	Oficio	Tabla resumen que expresa la cantidad de incidentes y eventos adversos, de manera trimestral, que contenga como mínimo: EES, Fecha de Notificación, Servicio involucrado, Lugar y fecha del suceso, Tipificación Inicial y Tipificación Final.	4		1			1			1				1	UGC										
	Elaboración del Plan de Seguridad del Paciente	Plan de Seguridad del Paciente aprobado con R.D.	Documento que contine como mínimo: Finalidad, Objetivos, Actividades/ Tareas, Cronograma y Responsables. Plan elaborado por la IPRESS que detalla todas las actividades de Seguridad del Paciente: Eventos Adversos, Higiene de manos, Ciriugia Segura, Prevención UPP, Prevención caídas, identificación del Paciente y Rondas de Seguridad.	1	1												UGC										
	Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad	R.D.	Documento que describe al personal de la IPRESS responsable de planificar y ejecutar las Rondas de Seguridad, Conformado como mínimo: Jefe de la IPRESS, Responsable administrativo, Responsable de Calidad, Responsable de Epidemiología, Responsables de los principales servicios.	1	1												DIRECTOR EJECUTIVO										
RONDAS DE SEGURIDAD	Elaboración de Cronograma de Rondas de Seguridad	R.D.	Documento formulado por la IPRESS que describe el cronograma de las Rondas de Seguridad.	1	1												DIRECTOR EJECUTIVO										
	Ejecución de la Ronda de Seguridad	Informe	Documento que describe la ejecución de la Ronda de Seguridad: Registro de la H.CI, Seguridad en la medicación, Identificación del paciente, Higiene de manos, Bioseguridad, Equipos. Mínimo una ronda mensual, siendo obligatorio en una de las UPSS de Emergencia, UCI, Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico en cada semestre.	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	UGC										
	Informe oficial de la ejecución de las Rondas de Seguridad	Oficio	Documento mediante el cual el hospital remite a la DIRIS el informe de ejecución de las Rondas de Seguridad conforme al aplicativo, cuyo contenido debe considerar: Informe descriptivo, Anexo 3: Resultados de Evaluación, Anexo 6: Plan de Acción, Anexo 7: Ficha de Monitoreo.	2					1							1	UGC										
	Capacitación de Lavado de manos	Informe	Documento que detalla el informe de la Capacitación teórica/práctica en los 11 pasos y 5 momentos de la higiene de manos al 100% del personal del hospital. Contenido mínimo: Fecha, Objetivo, Metodología, Participantes, Recomendaciones	2					1							1	UGC										
HIGIENE DE MANOS	Evaluación de Adherencia de Higiene de manos	Informe	Documento que detalla el informe de la evaluación presencial al menos al 25% del personal del hospital por sesión, sobre el lavado de manos. Contenido mínimo: Fecha, Objetivo, Metodología, Participantes, Resultados y Recomendaciones. UPSS obligatorias: Emergencia, Hospitalización, UCI/UCIN, Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico.	2						1						1	UGC										

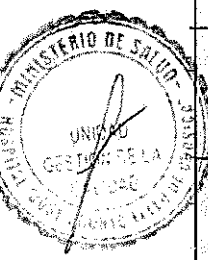


PERU

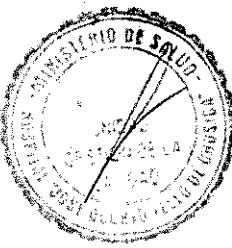
Ministerio de Salud



Hospital José Agustín Tello de Chosica
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN	A.O. ATENCIÓN CONSULTAS Y RECLAMOS			META FÍSICA 2025	I TRIM PROG			II TRIM PROG			III TRIM PROG			IV TRIM PROG			RESPONSABLE
	TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	DEFINICIÓN OPERACIONAL		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	ago	Set	Oct	Nov	Dic	
MEDIOS DE ESCUCHA	Elaboración de consolidado de los reclamos atendidos	Oficio	Documento mediante el cual el hospital remite a la DIRIS la matriz de consolidado de los reclamos atendidos, cuyo contenido: IPRESS, siglas del reclamante, fecha de atención, Motivo del reclamo.	4		1							1			1	UGC
	Apertura de Buzón de Sugerencias	Oficio	Documento que el hospital remite a la DIRIS detallando el Informe de las actas de Apertura y papeletas registradas en el Buzón de Sugerencias. Contenido mínimo: Acta de Apertura, Papeletas halladas, Análisis y clasificación, reporte de acciones.	4		1				1			1			1	UGC
	Aplicación de Encuesta SERVQUAL	Encuesta	Registro de encuestas SERVQUAL aplicadas en el aplicativo (Excel), en consulta externa, para medir el nivel de satisfacción del usuario. (Hospital Nivel II mínimo 350 encuestas de consulta externa, hospitalización y emergencia.	1050		260				263			263			264	UGC
	Informe de resultados de Satisfacción del Usuario	Informe	Informe Técnico que resume los resultados obtenidos del SERVQUAL, cuyo contenido: Objetivo, Metodología, resultados, Conclusiones y Recomendaciones.	1												1	UGC





PERÚ Ministerio de Salud

Hospital José Agustín Tello de Chosica

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

ANEXO 6: PRESUPUESTO DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD AÑO 2025

Fecha 14/01/2025
Hora 14:27:35
Página: 1 de 1

Dirección General de Presupuesto Público - DGPP
Versión: 250101

PROCESO PRESUPUESTARIO DEL AÑO 2025
RESUMEN DEL MARCO PRESUPUESTAL Y LA EJECUCIÓN DEL GASTO
MES DE ENERO
(EN SOLES)

SECTOR: 11 - SALUD
PLIEGO: 011 - M. DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA: 042 - HOSPITAL "JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA" (001138)

RUBRO DE FINANCIAMIENTO		PIA	PIA (a)	CERTIFICACIÓN (b)	COMPROMISO ANUAL (c)	DEVENGADO (d)	SALDO PIM - CERTIFICACIÓN (e = a - b)	SALDO PIM - COMPROMISO (f = a - c)	SALDO PIM - DEVENGADO (g = a - d)	% Avance (h = d / a)
SECFUNC PROD/PRY ACT/IAUOBR FN DVF GRPE										
Cat Cte / Cn SubCn SubGnDef Exp EspDet										
00 RECURSOS ORDINARIOS										
0081 3001 3099999 5000003 GESTION ADMINISTRATIVA 20 006 0008										
Meta: 000023 - 0007981 ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD; INFORME: 13.000; LIMA, LURIGANCHO										
5 GASTOS CORRIENTES		167,999	167,999							
2.1.1 9.1 4 AGUINALDOS DE CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS		600	600							0.00 %
2.1.1 13.1 1 CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS - INDETERMINADO		21,771	21,771							0.00 %
2.1.3 1.1 12 CONTRIBUCIONES POR EL SEGURO COMPLEMENTARIO DE		248	248							0.00 %
2.1.3 1.1 15 CONTRIBUCIONES A ESSALUD DE CONTRATO ADMINISTRATIVO DE		2,168	2,168							0.00 %
2.3.1 5.3 1 ASEO, LIMPIEZA Y TOCADOR		35,866	35,866							0.00 %
2.3.1 6.1 4 DE SEGURIDAD		90	90							0.00 %
2.3.2 4.2 1 DE EDIFICACIONES, OFICINAS Y ESTRUCTURAS		5,000	5,000							0.00 %
2.3.2 7.11 6 SERVICIO DE IMPRESIONES, ENCUADERNACION Y EMPASTADO		2,256	2,256							0.00 %
2.3.2 9.1 1 LOCACIÓN DE SERVICIOS REALIZADOS POR PERSONA NATURAL		100,000	100,000							0.00 %
TOTAL META 0081		167,999	167,999							0.00 %
TOTAL RUBRO DE FINANCIAMIENTO 00		167,999	167,999							0.00 %
TOTAL UNIDAD EJECUTORA 042:		167,999	167,999							0.00 %