

Resolución Directoral

Puente Piedra, 15 de abril de 2025.

VISTO: El Expediente N° 00002445 que contiene; la Nota Informativa N° 050 – 03/2025 – DPCAP – HCLLH/MINSA, el Informe Técnico N° 13 – 04/2025 – PE – OPE – HCLLH, la Nota Informativa N° 020 – 04 – 2025 – OPE – HCLLH/MINSA, el Informe Legal N° 083– 04 – 2025 – AJ – HCLLH/MINSA, y;

CONSIDERANDO:

Que, el numeral II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la promoción de la salud es de interés público, siendo, responsabilidad del estado, regularla, vigilarla y promoverla, del mismo modo el artículo VI del acotado cuerpo legislativo precisa que es responsabilidad del 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;

Que, con la Resolución Ministerial N° 627-2008-MINSA, se aprueba la "NTS N° 072-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología Clínica", con la finalidad de mejorar la calidad de atención que se brinda en la Unidad Productora de Servicios (UPS) de Patología Clínica de los servicios de salud públicos y privados del Sector Salud;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 090-2022/MINSA, se aprueba la Directiva Administrativa N° 326-MINSA/OGPPM-2022 "Directiva Administrativa para la formulación Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud", misma que establece los lineamientos metodológicos, pautas y procedimientos para el proceso de formulación, seguimiento y evaluación de los planes específicos en el MINSA, de acuerdo con los instrumentos de gestión sectorial e institucional;

Que, mediante Resolución Directoral N° 397 – 12 /2024 – DE – HCLLH/MINSA, de fecha 20 de diciembre del 2024, se aprueba la Directiva Administrativa para la Elaboración de Planes de Trabajo V.02, del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz", el cual tiene como finalidad contribuir a la mejora de la gestión de las diferentes unidades orgánicas, a través de la estandarización de los Planes de Trabajo en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, orientados a lograr la operatividad de las intervenciones sanitarias y administrativas relevantes, en concordancia con el Plan Operativo Institucional;





Que, mediante Nota Informativa N° 050 – 03/2025 – DPCAP – HCLLH/MINSA, de fecha 31 de marzo del 2025, el Jefe de Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, hace llegar el PLAN ANUAL DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ – 2025, para su aprobación respectiva mediante acto resolutivo;



Que, mediante Informe Técnico N° 13 – 04/2025 – PE – OPE – HCLLH, de fecha 02 de abril del 2025, la coordinadora del Equipo de Planeamiento de la Unidad de Planeamiento Estratégico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, emite opinión favorable a la aprobación del PLAN ANUAL DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ – 2025, y por lo tanto recomienda la emisión del acto resolutivo correspondiente;



Que, mediante Nota Informativa N° 020 – 04 – 2025 – OPE – HCLLH/MINSA, de fecha 03 de abril del 2025, la Jefa de la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, remite el PLAN ANUAL DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ – 2025;

Que, con Informe Legal N° 083 – 04 – 2025 – AJ – HCLLH/MINSA de fecha 09 de abril del 2025, la Asesoría Jurídica de Dirección Ejecutiva del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, concluye que el PLAN ANUAL DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ – 2025, se enmarca dentro de la normativa establecida para su implementación, y en ese sentido recomienda su aprobación mediante acto resolutivo;



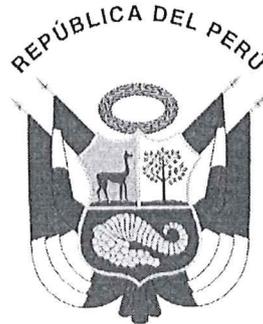
Que, habiéndose corroborado que las actividades contempladas en la propuesta del plan están alineadas con el Plan Operativo Institucional 2025 y que cumple con la estructura establecida según la Directiva Administrativa N° 001 – HCLLH – 2024/OPE, Directiva Administrativa para la Elaboración de Planes de Trabajo V.02 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, y además considerando que la finalidad del PLAN ANUAL DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ – 2025, es estandarizar criterios para la atención a los usuarios, coadyuvar la correcta realización de las actividades programadas, así como promover el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos disponibles ;

Que, consecuentemente, por convenir a los intereses funcionales, institucionales que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la institución, resulta necesario formalizar su aprobación, mediante la emisión correspondiente del acto resolutivo;

Que, contando con el visto bueno del Director Ejecutivo, Jefe de la Oficina de Administración, Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, y;

En uso de las Facultades y Atribuciones conferidas por la Resolución Ministerial N° 463-2010/MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del "Hospital Carlos Lanfranco La Hoz", y la Resolución Ministerial N° 161 – 2025/MINSA, de fecha 07 de marzo del 2025, que dispone designar temporalmente al M.C Luis Enrique Ríos Olivos, en el cargo de Director Ejecutivo del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:



Resolución Directoral

ARTÍCULO 1.- APROBAR EL "PLAN ANUAL DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ – 2025", el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2.- ENCARGAR al Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, como órgano competente, realice la difusión, implementación, monitoreo y supervisión del cumplimiento de la ejecución de las actividades, así como también evaluar el cumplimiento de los objetivos del presente Plan.

ARTÍCULO 3.- ENCARGAR al responsable del Portal de Transparencia la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

Regístrese y Comuníquese.



MINISTERIO DE SALUD Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
MC. Luis Enrique Ríos Olivós
CMP. 30544 RNE. 032119
DIRECTOR EJECUTIVO HCLLH

LERO/FRAB

- C.c.:
- Oficina de Administración.
 - Oficina de Planeamiento Estratégico.
 - Asesoría Jurídica.
 - Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
 - Responsable del Portal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
 - Archivo.



H O S P I T A L
Carlos Lanfranco La Hoz

DEPARTAMENTO DE
PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA
PATOLÓGICA



2025



INDICE

I.	INTRODUCCION.....	3
II.	FINALIDAD	4
III.	OBJETIVOS	4
	3.1. Objetivo General:.....	4
	3.2. Objetivo específico:	4
IV.	AMBITO DE APLICACIÓN	4
V.	BASE LEGAL	4
VI.	CONTENIDO DEL PLAN.....	5
	6.1. Aspectos Técnicos Conceptuales.....	5
	6.2. Análisis situación actual.....	6
	6.2.1. Antecedentes.....	6
	6.2.2. Problema	7
	6.2.3. Causas del problema.....	7
	6.2.4. Alternativas de solución.....	7
	6.3. Articulación estratégica con los objetivos y acciones del PEI	8
	Articulación operativa con las actividades operativas del POI.....	8
	6.4. Identificación de los Indicadores por Objetivo General y Objetivos	8
	6.5. Financiamiento.....	9
	6.6. Acciones de Monitoreo, supervisión y evaluación del plan	9
VII.	Responsables	9
VIII.	Anexos	10





I. INTRODUCCION

El Hospital de Apoyo de Puente Piedra fue inaugurado el 17 de diciembre de 1971, fue concebido como un Hospital Centro de Salud Materno Infantil con capacidad para 25 camas, brindando servicio de salud a una población estimada de 35,000 habitantes. Mediante Resolución Ministerial N° 381-2009/MINSA, se cambia la denominación de Hospital Puente Piedra a Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, en reconocimiento al insigne médico peruano, siendo actualmente un Hospital de Categoría II-2.

El Servicio Laboratorio clínico comenzó sus labores desde la creación del hospital realizando las pruebas básicas de un laboratorio clínico de acuerdo a la patologías existentes en aquella época, sobre todo pruebas para descartar enfermedades infectocontagiosas, en el año 1999 se celebró el primer convenio con el Centro de Hemoterapia tipo II del Hospital Cayetano Heredia, y desde el año 2012 se inició las actividades del Servicio de Anatomía Patológica con médicos especialistas anatomopatólogos lo que ha llevado a la fecha que el Departamento de Patología Clínica, Anatomía Patológica y Banco de Sangre sea de gran utilidad para las diferentes especialidades médicas que brinda la institución y de los programas en su actividad diaria.

El aumento de la utilización de nuestros servicios por parte de la población ha influido en una mayor demanda de nuestro departamento en sus diferentes áreas, y además en los últimos años el efecto de la innovación tecnológica en el laboratorio clínico ha sido proporcionalmente más elevado que en otras áreas del sector sanitario. Son precisamente el cambio tecnológico y el acceso a nuevas pruebas diagnósticas, las causas que se señalan como más relevantes en cuanto al crecimiento constante de la demanda y al mismo tiempo al aumento de los costos de todos los procedimientos en el servicio.

Un plan de trabajo es un instrumento de planificación. Entendiendo planificación como un proceso de concertación que, por su carácter dinámico, evoluciona y se adecua a un contexto social, espacial y temporal. El plan de trabajo debe formularse de acuerdo a las estrategias y programas para que contribuya al alcance de los objetivos, a la sistematización y evaluación de actividades siendo estas responsabilidades de toda la institución.

Este Plan de Trabajo es un documento que constituye una importante y fundamental herramienta de gestión que permitirá planificar, coordinar e integrar las diferentes actividades del departamento. Por lo tanto, el presente documento responde a las necesidades y demandas de nuestros usuarios y ciudadanos que tienen el derecho de que se le brinde un servicio de calidad, buen trato y oportuno, garantizando que los resultados de laboratorio clínico, así como los de anatomía patológica sean confiables, además de





PERÚ

Ministerio
de SaludHospital Carlos
Lanfranco La Hoz

contar con un Centro de Hemoterapia Tipo I que les garantice un stock de componentes sanguíneos suficientes y necesarios en caso de que lo requiriera su médico tratante.

II. FINALIDAD

Estandarizar criterios para la atención a los usuarios, coadyuvar la correcta realización de las actividades programadas y promover el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos disponibles.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General:

Fortalecer la gestión operativa, logística y técnica del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica para garantizar la continuidad, calidad y eficiencia en los diferentes servicios ofrecidos a la población.

3.2. Objetivo específico:

- Mejorar la gestión de insumos y equipos necesarios para las diferentes áreas del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica.
- Involucrar al personal para la identificación de activos estratégicos e incluir al Plan de Equipamiento de Establecimiento de Salud y las condiciones de las instalaciones físicas para la inclusión al Plan Multianual de Mantenimiento de la Infraestructura y Equipamiento en los Establecimiento de Salud.
- Mejorar el flujo de comunicación con los centros de costos directos y coordinadores de los programas presupuestales

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El ámbito de aplicación del presente Plan de Trabajo corresponde al Departamento de Patología Clínica, Anatomía Patológica y Banco de Sangre del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 30224, Ley que crea el Sistema Nacional para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad.
- Decreto Supremo N°031-2024- SA que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.
- Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP-v.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N°627-2008/MINSA, que aprueba la NTS N°072-MINSA/DGSP-V0.1 Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología Clínica.
- Resolución Ministerial N°546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N°021-MINSA/DGSP- V0.3, Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"
- Resolución Ministerial N° 660-2014/MINSA que aprueba la NTS N°110-MINSA/DGIEM-V.01, Norma Técnica de Salud de Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del segundo nivel.





- Resolución Ministerial N°168-2015-MINSA Documento Técnico:” Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud”.
- Resolución Ministerial N°463 – 2010/ MINSA, Aprobar el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- Resolución Directoral N° 514-11/2012-DE-HCLLH/SA, Aprobar la actualización del Manual de Organización y Funciones (MOF) del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- Resolución Directoral N°028-02/2023-DE-HCLLH/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N°001-HCLLH/OPE-2023, para la elaboración, aprobación, registro y control de documentos normativos institucionales del HCLLH.
- Resolución Directoral N°236-11/2023-DE-HCLLH/MINSA, se aprueba el Reglamento Interno de Servidores Civiles del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- Resolución Directoral N°403-12/2024-DE-HCLLH/MINSA, se aprueba el Plan Operativo Institucional (POI) Anual 2025 del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz.
- Resolución Directoral N°397-12/2024-DE-HCLLH/MINSA, que aprueba la Directiva N°001-HCLLH-2024/OPE “Directiva para la elaboración de planes de trabajo y planes de acción V.02 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- Resolución Directoral N° 329-10/2024-DE-HCLLH/MINSA. Manual de Procedimientos de la UPSS Anatomía Patológica.
- Resolución Directoral N° 335-10/2024-DE-HCLLH/MINSA. Manual de Procedimientos de la UPSS Patología Clínica.
- Resolución Directoral N°552-2023-MINSA/DIRIS.LN/1. Guía de Procedimientos Operativos estandarizados del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo I del Hospital “Carlos Lanfranco la Hoz” aprobado bajo Resolución Directoral N°183-08/2023-DE-HCLLH/MINSA.
- Resolución Directoral N°113-050/2023-DE-HCLLH/MINSA. Guía de Procedimientos de Toma de Muestra aprobado bajo Resolución Directoral N°159-07/2023-DE-HCLLH/MINSA.

CONTENIDO DEL PLAN

6.1. Aspectos Técnicos Conceptuales

Manual de Procedimientos Operativos: Documento que contiene procedimientos que describen la definición, requerimientos, actividades y acciones estandarizadas de aplicación en los servicios asistenciales, describen en forma ordenada, en sucesión cronológica y progresiva las prestaciones de atención que el personal desarrolla.

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

Analito: Sustancia o producto químico que se está analizando. Se utiliza una prueba de desempeño para determinar si los resultados de laboratorio están dentro de los límites aceptables de exactitud.

Calibración: Establecer índices óptimos en un equipo utilizando un estándar conocido.





Calidad: Características de una unidad de sangre, componente, tejido, derivado, muestra insumo crítico o servicio que cumple con los requisitos, incluyendo aquellos establecidos durante la revisión de un acuerdo.

Control de calidad: Análisis rutinario realizado en los materiales y equipos para asegurar su adecuado funcionamiento.

Equipos: Un artículo durable, instrumento o aparato utilizado en un proceso o un procedimiento

Gestión: Proceso de toma de decisiones y actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.

Grupo funcional: Grupo de personas, componentes de la plantilla de un laboratorio clínico, que trabajan conjuntamente en la realización de unos determinados procedimientos de laboratorio.

Insumo: Un insumo o artículo utilizado en el proceso de fabricación punto los insumos son un tipo de producto entrante.

Indicadores de Gestión: Estadístico que da una idea parcial de la consecución de los objetivos de una empresa.

Procedimiento de laboratorio: Conjunto de operaciones, descritas en términos específicos, usadas para la realización de las actividades particulares del laboratorio cuya finalidad es la medición de magnitudes biológicas según un método concreto.

Reactivo: Una sustancia utilizada para realizar un procedimiento analítico punto una sustancia utilizada (como la detección o medida de un componente o en la preparación de un producto) debido a su reacción biológica o química

Registro: información captada en forma escrita o a través de medios electrónicos que provee una evidencia objetiva de las actividades que se han realizado o resultados obtenidos, tales como registro de resultados de pruebas de laboratorio o resultados de las evaluaciones punto los registros no existen a menos que la actividad se haya realizado y documentado.

Sistema de Calidad: La estructura de la organización, responsabilidades como políticas, procesos como procedimientos y recursos establecidos para lograr la calidad.

6.2. Análisis situación actual

6.2.1. Antecedentes

El departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica en cumplimiento de las actividades propuestas en el Plan de trabajo del 2024, alcanzó lo siguiente:

La adquisición de reactivos para las áreas de Hematología, bioquímica, toma de muestra, inmunología básica y banco de sangre, quedando pendiente el ingreso de reactivos para las áreas de Microbiología, Inmunología Especial y Anatomía Patológica.

Presento el Memorando N° 572-08/2024-DPCAP-HCLLH/MINSA, solicitando informe técnico del pozo tierra del área de Microbiología a la Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento, pero no se obtuvo respuesta.





Realizo las coordinaciones con las áreas involucradas, para la adquisición de la refrigeradora biomédica para el área de Banco de Sangre, lo cual se logró.

Realizo las gestiones necesarias para el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de laboratorios, efectuándose solo de los microscopios Euromex, quedando pendiente los equipos de Centrifugas, Microscopio Olympus - Niko, conservadora de Sangre y Rotador Serológico

6.2.2. Problema

1. Deficiencias en los procesos logísticos para atender los requerimientos de manera oportuna.
2. Desabastecimiento de insumos y equipos en las diferentes áreas.
3. Hacinamiento de los diferentes servicios del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica.
4. Fluctuación constante de energía eléctrica puede generar avería de los equipos como las centrifugas y conservadora de sangre
5. No se puede procesar lo cultivos Bk desde setiembre 2022

6.2.3. Causas del problema

1. Priorización de otras necesidades presentadas lo cual genera demora de atención
2. Presupuesto insuficiente para la adquisición de reactivos para el área de Microbiología (cultivos), para el Area de anatomía patológica (laminillas e insumos para la preparación del colorante) y equipos como módulo de equipo molecular (Genexpert) y autoclaves. En el caso de los equipos centrifuga supero la vida útil esperada.
3. Infraestructura inadecuada.
4. El departamento no cuenta con pozo tierra
5. Falta de adquisición de la cabina de flujo laminar horizontal.

6.2.4. Alternativas de solución

1. Coordinar con la Jefatura de la Unidad de Logística para que mejore la distribución de los requerimientos y la socialización de los números telefónicos de los programadores para una comunicación constante.
2. Realizar coordinaciones con los centros de costos responsables y los coordinadores de los programas presupuestales para obtener financiamiento para la adquisición de insumos y equipos.
3. Solicitar a la Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento la asistencia técnica para realizar las gestiones necesarias para la inclusión de mantenimiento de la infraestructura del Departamento en el Plan de Mantenimiento Multianual.
4. Realizar la coordinación con la USGM para el mantenimiento de los pozos tierras actuales, así como la posibilidad de instalación de pozos tierras para cada área





de laboratorio a fin de prevenir la fluctuación de energía eléctrica y el deterioro de equipos.

5. Coordinar con la Oficina administrativa la priorización de la cabina de bioseguridad, activo estratégico que está aprobado en el Plan de equipamiento de Establecimiento de Salud 2023 - 2025.

6.3. Articulación estratégica con los objetivos y acciones del PEI

Articulación operativa con las actividades operativas del POI

Objetivo Estratégico Institucional	Acción Estratégica Institucional	Actividad Operativa POI
OEI.02. Garantizar el acceso a cuidados y servicios de salud de calidad organizados en redes integradas de salud; centradas en la persona; familia y comunidad; con énfasis en la promoción de la salud y la pre	AEI.02.08. Provisión segura; oportuna y de calidad de sangre; hemocomponentes y hemoderivados; así como de órganos; tejidos y células para trasplantes; mediante sistemas eficientes.	Servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento - anatomía patológica
		Servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento - banco de sangre
		Servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento - laboratorio clínico

6.4. Identificación de los Indicadores por Objetivo General y Objetivos

DECLARACIÓN DE OBJETIVOS	INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	LINEA BASE	VALOR ESPERADO (Meta)	FUENTE	PERIÓDICO
OG. Fortalecer la gestión operativa, logística y técnica del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica	Índice de cumplimiento de protocolos de calidad	$\frac{\text{Protocolos de calidad cumplidos}}{\text{Total de protocolos de calidad establecidos}} * 100$	0	50%	DPCA P	Mensual
OE1. Mejorar la gestión de insumos y equipos necesarios para las diferentes áreas del Departamento	Porcentaje de cumplimiento de inventario crítico	$\frac{\text{Insumos críticos en stock}}{\text{Total de insumos críticos necesarios}} * 100$	0	50%	DPCA P	Mensual
	Disponibilidad operativa de Equipos	$\frac{\text{Equipos operativos}}{\text{Total de equipos}} * 100$	0	50%	DPCA P	Mensual
OE2: Involucrar al personal para la identificación de activos estratégicos e incluir al Plan de Equipamiento de Establecimiento de Salud y las condiciones de las instalaciones físicas para la inclusión al Plan Multianual de Mantenimiento de la Infraestructura y Equipamiento en los Establecimiento de Salud.	Inclusión de activos estratégicos en el Plan de Equipamiento del Establecimiento de Salud	$\frac{\text{Activos estratégicos incluido en el plan}}{\text{activos identificados}} * 100$	0	50%	DPCA P	Mensual
	Evaluación de estado de infraestructura para inclusión en el Plan de Mantenimiento	$\frac{\text{Áreas evaluadas para mantenimiento}}{\text{Áreas totales}} * 100$	0	50%	DPCA P	Mensual



OE3: Mejorar el flujo de comunicación con los centros de costos directos y coordinadores de los programas presupuestales	Tasa de cumplimiento de reuniones de coordinación	Reuniones realizadas * 100 Reuniones programadas	0	50%	DPCA P	Mensual
OE4: Evaluar la estadística de los exámenes de laboratorio	Porcentaje de Exámenes de Laboratorio según tipo	N° de exámenes de laboratorio realizados según tipo (bioquímica, microbiología, inmunología o inmunología) en un periodo x100 N° de exámenes de laboratorios realizados en el mismo periodo	0	>50%*	DPCA P	Mensual
OE5: Evaluar la estadística de los exámenes de anatomía patológica	Porcentaje de exámenes Anatómicos Patológicos según tipo	N° de Exámenes de Anatomía Patológica según tipo en periodo de tiempo x 100 N° de exámenes de anatomía patológica en el mismo periodo	0	>50%**	DPCA P	Mensual

6.5. Financiamiento

El financiamiento para este plan se gestionará a través del presupuesto anual asignado en la fuente RO de los programas presupuestales donde el Departamento realiza actividades de soporte y en la categoría presupuestal 9002. Asignaciones Presupuestarias que no resultan en productos (50001189).

6.6. Acciones de Monitoreo, supervisión y evaluación del plan

El monitoreo será realizado semestralmente a través de informes de avances. Los indicadores establecidos serán analizados por la Dirección Ejecutiva y la Jefatura del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica para evaluar el cumplimiento de los objetivos.

VII. Responsables

Director Ejecutivo

M.C. Luis Enrique Ríos Olivos

Jefe de la Oficina Administrativa

Lic. Adm. Walton Gorky Del Águila Ríos

Jefe de la Oficina Planeamiento Estratégico

Eco. Leticia Azucena Cabrejos Quiroz

Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica

Dr. Cristhian Niko Díaz Carhuamaca





VIII. Anexos

ANEXO 2
Formato 02: Programación de metas físicas a nivel de actividad

COD PRESUPUESTAL	ACTIVIDAD OPERATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
5001189	Servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento - banco de sangre	Examen	300	300	320	330	280	300	280	280	320	300	280	300	3590
5001189	Servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento - laboratorio clínico	Examen	43000	42000	40000	40000	42000	42000	42000	40000	39000	39000	42000	40000	491000
5001189	Servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento - anatomía patológica	Examen	410	400	390	400	400	420	410	420	450	450	430	420	5000





ANEXO 3
Formato 03: Programación de actividades

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES O TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA													TOTAL	
			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC		
Fortalecer la gestión operativa, logística y técnica del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica	Realizar el proceso de control de calidad interno de las pruebas realizadas.	Reporte	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	12
	Participar en programas de evaluación de la calidad externa	Certificado			X					X						2
Mejorar la gestión de insumos y equipos necesarios para las diferentes áreas del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica	Coordinar con los centros de costos directos y coordinadores presupuestales para identificar la necesidad y proyectar los requerimientos	Acta			X						X		X			3
	Monitoreo constante de los requerimientos presentados	Acción	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	12
	Optimizar el proceso de validación de las propuestas económicas de los requerimientos gestionados	Acta				X					X			X		3
Involucrar al personal para la identificación de activos estratégicos e incluir al Plan de Equipamiento de Establecimiento de Salud y las condiciones de las instalaciones físicas para la inclusión al Plan Multianual de Mantenimiento de la Infraestructura y Equipamiento de los Establecimiento de Salud	Solicitar evaluación de la Infraestructura eléctrica actual a la USGM	Documento									X				X	2
	Coordinar con USGM para las gestiones de mantenimiento preventivo de equipos eléctricos	Documento			X					X			X		X	4
	Coordinar asistencia técnica al área de inversión para la identificación de activos estratégicos e inclusión en el Plan de Equipamiento de Establecimiento de Salud	Acta								X					X	2
Mejorar el flujo de comunicación con los centros de costos directos y coordinadores de los programas presupuestales	Solicitar evaluación de la Infraestructura eléctrica actual a la USGM	Documento									X				X	2
	Coordinar con USGM para las gestiones de mantenimiento preventivo de equipos eléctricos	Documento					X					X			X	3

