

Resolución Directoral

Puente Piedra, 22 de abril de 2025

VISTOS:

El Expediente N.° 2838, contiene Nota Informativa N.° 348-04-2025-UGC-HCLLH/MINSA, Informe Técnico N.° 17-04/2025-PE-OPE-HCLLH, Nota Informativa N.° 031-04-2025-OPE-HCLLH/MINSA, e Informe Legal N.° 089-04-2025-AJ-HCLLH/MINSA, en relación al "Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad 2025"; y,

CONSIDERANDO:

Que, mediante los numerales I, II y VI del Título Preliminar de la Ley N.° 26842 – Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo que, la protección de la salud es de interés público; por tanto, es responsabilidad del Estado regularlo, vigilarla y promoverla, así como promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos sociales aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, a través de la Resolución Ministerial N.° 826-2021-MINSA, el Ministerio de Salud aprueba la Norma de elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, siendo que en su numeral 6.1 Estructura de los Documentos Normativos, establece la estructura que debe contar los documentos técnicos, dentro de los que se encuentran los Planes, según el tipo que corresponde, contando con el: *Título, introducción, finalidad, objetivos, ámbito de aplicación, base legal, contenido, responsabilidades, anexos y bibliografía*. Consecuentemente, el numeral 6.3.4 establece que las recomendaciones para la formulación de planes, en caso de documentos normativos que tienen la denominación "PLANES", debe realizarse aplicando además lo dispuesto en la Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos de los órganos, Unidades Orgánicas de la Administración Central, los Órganos Desconcentrados, Programa y Organismos Públicos adscritos del MINSA, aprobado mediante Resolución Ministerial N.° 1143-2019/MINSA, o la que haga de sus veces;

Que, con Resolución Ministerial N.° 090-2022/MINSA, se aprobó 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", estableciendo 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, con la Resolución Directoral N.° 397-12/2025-DE-HCLLH/MINSA, se aprueba la Directiva Administrativa N.° 001-HCLLH-2024/OPE – "Directiva Administrativa para la elaboración de planes de trabajo V.02 del HCLLH"; con la finalidad de contribuir a la mejora de la gestión de las diferentes unidades orgánicas, a través de la



estandarización de los Planes de Trabajo en la entidad del Pliego MINSAL, que se orienten a lograr la operatividad de las intervenciones sanitarias y administrativas relevantes, concordante con el Plan Operativo Institucional;

Que, la Resolución Ministerial N.º 463-2010/MINSA, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz; el cual es un documento técnico normativo que establece los lineamientos de obligatorio cumplimiento de los órganos y unidades organizadas; a fin de cumplir con los objetivos institucionales; asimismo, se establece las funciones de la Unidad de Personal, el cual está encargada de lograr los recursos humanos necesarios y adecuados para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y cumplimiento de las funciones del Hospital;

Que, con el Decreto Supremo N.º 004-2019-JUS, se aprobó el Texto Único Ordenado de la Ley N.º 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General, establece en su numeral 72.2 del artículo 72 que: *“Toda entidad es competente para realizar las tareas materiales internas necesarias para el eficiente cumplimiento de su misión y objetivos, así como la distribución de las atribuciones que se encuentren comprendidas dentro de su competencia”*;

Que, la Resolución Ministerial N.º 463-2010/MINSA, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz; el cual es un documento técnico normativo que establece los lineamientos de obligatorio cumplimiento de los órganos y unidades organizadas; a fin de cumplir con los objetivos institucionales;

Que, el “Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad 2025”, ha sido realizado con la finalidad de mejorar la calidad y la seguridad de la atención, estableciendo objetivos, resultados y actividades orientadas a la mejora continua de los procesos estratégicos que se brindan a los pacientes del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz;

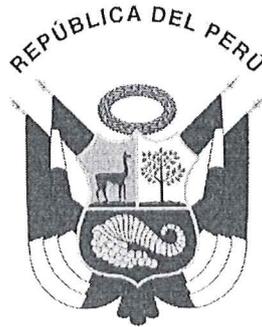
Que, el *Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad* es fundamental para garantizar la mejora continua de los servicios de salud, asegurando que se brinde una atención segura, eficiente y centrada en el paciente. Este plan orienta las acciones estratégicas y operativas hacia el cumplimiento de estándares de calidad definidos por el Ministerio de Salud, promoviendo el uso adecuado de recursos, la formación del personal, el monitoreo de indicadores y la implementación de mejoras basadas en evidencias. Asimismo, permite identificar brechas en los procesos asistenciales y administrativos, facilitando intervenciones oportunas que impactan directamente en la satisfacción de los usuarios y en los resultados sanitarios;

Que, mediante Nota Informativa N.º 348-04-2025-UGC-HCLLH/MINSA, la Unidad de Gestión de la Calidad, procede a realizar y remitir el proyecto del “Plan Anual de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad 2025” del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, para su revisión y aprobación;

Que, con Nota Informativa N.º 031-04-2025-OPE-HCLLH/MINSA, la Jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico, remite adjunto el Informe Técnico N.º 17-04/2025-PE-OPE-HCLLH, emitido por la Coordinación de Equipo de Planeamiento; en el cual procede a emitir su opinión favorable en relación al documento técnico en mención, en el que concluye que está alineado al Plan Operativo Institucional 2025, cumpliendo con la estructura establecida en la Directiva Administrativa N.º 001-HCLLH-2024/OPE – “Directiva Administrativa para la elaboración de planes de trabajo V.02 del HCLLH”; debiéndose continuar con la formalización con la emisión de acto resolutivo;

Que, mediante el Informe Legal N.º 089-04-2025-AJ-HCLLH/MINSA, Asesoría Legal del Despacho de Dirección Ejecutiva del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, emite opinión legal favorable al *Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad 2025 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz*, que tiene como objetivo contribuir a mejorar la calidad y seguridad de la atención de salud, en los servicios que brinda la institución;





Resolución Directoral

Que, contando con el visto bueno de la Dirección Ejecutiva del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Jefatura de la Oficina de Administración, Jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico, y la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad;

Que de conformidad con las facultades conferidas en el literal c) artículo 8 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, aprobado por Resolución Ministerial N.º 463-2010/MINSA; y en ejercicio de las facultades conferidas mediante la Resolución Ministerial N.º 161-2025-MINSA, de fecha 07 de marzo de 2025;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1.- APROBAR el "Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad 2025 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz"; el mismo que como anexo forma parte integrante de la presente resolución.

P

ARTÍCULO 2.- DISPONER, que la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, realice la implementación, aplicación y supervisión del documento técnico.

ARTICULO 3.- ENCARGAR al responsable del Portal de Transparencia y Acceso a la información 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 Rios Olivos
CMP. 30544 RNE. 032119
DIRECTOR EJECUTIVO HCLLH



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Carlos
Lanfranco La Hoz



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

PLAN DE TRABAJO
UNIDAD DE GESTIÓN
DE LA CALIDAD
2025





CONTENIDO

I.	INTRODUCCION.....	3
II.	FINALIDAD.....	3
III.	OBJETIVOS.....	3
IV.	AMBITO DE APLICACIÓN.....	3
V.	BASE LEGAL.....	4
VI.	CONTENIDO DEL PLAN.....	4
	6.1. Aspectos Técnicos Conceptuales.....	4
	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.....	7
	Articulación operativa con las actividades operativas del POI.....	7
	6.4. Identificación de los Indicadores por Objetivo General y Objetivos Específicos.....	7
	6.5. Financiamiento.....	8
VII.	RESPONSABLES.....	8
VIII.	ANEXOS.....	8





I. INTRODUCCION

El Ministerio de Salud busca direccionar, articular e integrar los diversos esfuerzos para mejorar la calidad de las prestaciones de salud. El sistema de gestión de calidad establece conceptos, principios, políticas y objetivos que sirven como marco para desarrollar acciones de mejora en la atención de salud, con el propósito de satisfacer a los usuarios y, aumentar la eficiencia y eficacia de los procesos a corto, mediano y largo plazo.

Asimismo, resaltar que las líneas Estratégicas claves básicas de intervención en calidad incluyen: la auditoría de la Calidad de Atención en Salud, la medición de la Satisfacción del Usuario, la autoevaluación, acreditación, mejoramiento Continuo de la Calidad y trabajo en Equipo.

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, aprobó con Resolución Directoral N° 403-12/2024-DE-HCLLH/MINSA, el Plan Operativo Institucional (POI) 2025, resultado del esfuerzo participativo y articulado con las jefaturas de la Oficinas, Unidades, Departamentos y Coordinadores de los diferentes Programas Presupuestales respecto a la programación de las actividades operativas e inversión que se proyecta desarrollar en el año 2025.

II. FINALIDAD

El presente plan de trabajo tiene como finalidad de mejorar la calidad y la seguridad de la atención, estableciendo objetivos, resultados y actividades orientadas a la mejora continua de los procesos estratégicos que se brindan a los pacientes del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General:

Contribuir a mejorar la calidad y seguridad de la atención de salud, en los servicios que brinda la institución

3.2 Objetivo Específico:

- Fortalecer la gestión para el desarrollo de la autoevaluación institucional a través de los estándares y criterios establecidos
- Garantizar la seguridad del paciente a través de las buenas prácticas en atención en salud
- Desarrollar acciones destinadas a la gestión de consultas y reclamos, difundiendo los deberes y derechos de los usuarios

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan tiene como ámbito de aplicación y cumplimiento obligatorio del personal en el ámbito de competencia de la Unidad de Gestión de la Calidad de la Institución.





PERÚ

Ministerio
de SaludHospital Carlos
Lanfranco La Hoz

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842-1997 Ley General de Salud.
- Resolución Ministerial N° 172-2024/MINSA, aprobó el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019-2027.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 463-20210/MINSA, aprobó el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del HCLLH.
- Resolución Directoral N° 514-11/2012-DE-HCLLH/SA, resuelve aprobar la actualización del Manual de Organización y Funciones (MOF), del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- Resolución Directoral N° 403-12 2024-DE-HCLLH/MINSA, se aprobó el Plan Operativo Institucional (POI) Anual 2025, del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- Resolución Directoral N° 397-12/2024-HCLLH/SA, que aprueba la Directiva Administrativa N°001-HCLLH-2024/OPE "Directiva Administrativa para la elaboración de planes de trabajo V.02 del HCLLH.
- Resolución Directoral N° 028-02/2023-DE-HCLLH/MINSA, aprueba la Directiva Administrativa N° 001-HCLLH/OPE-2023-Directiva Administrativa para la elaboración, aprobación, registro y control de documentos normativos institucionales del HCLLH.

VI. CONTENIDO DEL PLAN

6.1. Aspectos Técnicos Conceptuales

Acreditación: Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo de las unidades productoras de servicios en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

Auditoría de la Calidad de la Atención de Salud: Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de la salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones. La auditoría de la calidad de atención de la salud, en ninguna modalidad o tipo, tiene motivaciones o fines punitivos.

Autoevaluación para la Acreditación: Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la que se cuenta 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 mejora.

Calidad de la Atención de Salud: Provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un profesional óptimo, teniendo en





cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los pacientes.

Complicación: resultado clínico desfavorable e inherente a las condiciones propias del paciente o de su enfermedad.

Cultura de Seguridad: También conocida como cultura segura, un entorno colaborativo en el que clínicos cualificados se tratan unos a otros con respeto, los líderes dirigen un trabajo en equipo efectivo y promueven la seguridad psicológica, los equipos aprenden de los errores.

Evento relacionado con la seguridad del paciente: es un evento, incidente o condición que podría producir o producir lesiones en un paciente. Un evento de seguridad del paciente puede ser, pero no es necesariamente, el resultado defectuoso del proceso o sistema, un fallo del sistema, un fallo de equipo, o un error humano. Pueden ser: incidentes, eventos adversos y eventos centinela.

Evento Adverso: Es una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede ser causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.

Evento Centinela: Es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.

Humanización de la Atención: Es orientar la actuación del personal asistencial y administrativo hacia el servicio del paciente, ofreciéndole una asistencia integral con calidad y calidez, que responda a las dimensiones: Psicológica, Biológica, Social y Espiritual.

Incidente relacionado con la seguridad del paciente: Es el suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto. Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.

Mejora Continua: Actividad recurrente para aumentar la capacidad de cumplimiento de los estándares del sistema de gestión de la calidad con la finalidad de aumentar la satisfacción de los pacientes.

Práctica Segura: Intervención tecnológica, científica o administrativa en el proceso asistencial en salud, estudiada y estandarizada con la finalidad de minimizar la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso

Riesgo: Combinación de la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas, sujeto a la ocurrencia de lo considerado como amenaza o vulnerabilidad. Los factores que componen la vulnerabilidad son la exposición, la susceptibilidad y la resiliencia. La amenaza se determina en función de la intensidad y la frecuencia.





Satisfacción del usuario externo: Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación con los servicios que esta le ofrece.

Seguridad del Paciente: ausencia de un daño innecesario, real o potencial, asociado a la atención sanitaria. Comprende un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o mitigar sus consecuencias.

Sistema de Gestión de la Calidad en Salud: 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 a nivel nacional, regional y local, en lo relativo a la calidad de atención y de la gestión.

Sistema de Notificación de Eventos Adversos: Es un sistema de reporte que permite la identificación de eventos adversos e incidentes que ocurren durante la atención de salud a fin de realizar un análisis a profundidad de los factores que contribuyen a la presentación del evento o incidente.

Usuario Externo: persona que acude a un establecimiento de salud para recibir una atención de salud de manera continua y con calidad, en el contexto de familia y comunidad.

SERVQUAL es un instrumento de investigación que mide la calidad del servicio que ofrecen las instituciones. Su aspecto conceptual se basa en la comparación entre las expectativas y las percepciones de los pacientes.

6.2. Análisis situación actual

6.2.1. Antecedentes

Se aprobó el Plan Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad 2024, con Resolución Directoral N° 014-01/2024-DE-HCLLH/MINSAE; para el desarrollo de actividades se llevó a cabo las coordinaciones con el Departamento de Cirugía y la Unidad de Docencia e Investigación, donde desarrolló el proyecto de Mejora "Mejorando las habilidades y técnicas quirúrgicas de los alumnos en formación de medicina humana"; de la misma forma se aplicó la encuesta SERVQUAL en los servicios de Consultorios Externos, Hospitalización y Emergencia, con el propósito de medir el grado de satisfacción de los usuarios externos obteniendo un alto grado de insatisfacción, el cual alcanza el 52.21%.

Asimismo, con la participación del equipo multidisciplinario de acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, se realizó el proceso de autoevaluación correspondiente al año 2024, logrando el puntaje según acta de gestión con el Ministerio de Salud del 71%.

Para finalizar la Unidad de Gestión de la Calidad realizó la capacitación al personal del PAUS, con la participación de SUSALUD, con el fin de mejorar la orientación y acompañamiento al paciente en el marco de sus derechos.





6.2.2. Problema

1. Baja participación del personal en los equipos de mejora.
2. alta insatisfacción del usuario externo en los procesos de atención.
3. Incumplimiento de las Unidades Orgánicas en las exigencias para el proceso de acreditación.
4. Incremento de quejas y reclamos de los usuarios externos en los procesos de atención.

6.2.3. Causas del problema

1. El personal no cuenta con facilidades para participar en los equipos de mejora.
2. No se cumple con la dotación de insumos y medicamentos necesarios y suficientes para la atención del paciente.
3. Desinterés de la Unidades Orgánicas en la elaboración de los documentos de gestión.
4. Baja participación del trabajador del Hospital en la orientación y acompañamiento del paciente.

6.2.4. Alternativas de solución

1. Implementar acciones de reconocimiento al personal, para promover la participación de los trabajadores en los equipos de mejora.
2. Realizar la dotación adecuada y oportuna de insumos y medicamentos de acuerdo a las prescripciones del profesional de la salud.
3. Coordinar con la Direccione Ejecutiva para solicitar a las Unidades Orgánicas la elaboración de los documentos de Gestión bajo responsabilidad.
4. Fomentar una cultura de participación del personal en la orientación y acompañamiento del paciente.

**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.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	AEI.04.02. gestión orientada a resultados al servicio de la población; con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados.	acciones de calidad

6.4. Identificación de los Indicadores por Objetivo General y Objetivos Específicos





PERÚ

Ministerio
de SaludHospital Carlos
Lanfranco La Hoz

Declaración de objetivos	Indicador	Formula de calculo	Línea base	Valor esperado (meta)	Fuente	Periodicidad
Objetivo General	Porcentaje de actividades realizadas del Plan	N° de evaluaciones realizadas x 100/n° de actividades programadas	88%	100 %	UGC	ANUAL
Objetivo específico 1	Porcentaje de Rondas de Seguridad	N° de rondas realizadas x 100/n° de rondas programadas	90%	100%	UGC	ANUAL
Objetivo específico 2	Porcentaje de satisfacción usuario	N° de usuarios satisfechos x 100/n° de usuarios encuestados	47.79%	100%	UGC	ANUAL
Objetivo específico 3	Porcentaje de quejas atendidas	N° de quejas atendidas x 100/n° de quejas realizadas	95%	100%	UGC	ANUAL

6.5. Financiamiento

El gasto que ocasione la ejecución de las actividades propuestas en el Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad, se financiará con cargo al presupuesto institucional en la Fuente de Financiamiento 1: Recursos Ordinarios, genérica de gasto 5-23: bienes y servicios

VII. RESPONSABLES

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad:

- Lic. Sandra Gallegos Riveros

Coordinador del Equipo de Mejora de la Calidad

- Lic. Gladis Requejo Vásquez

Coordinador del Equipo de Información de la Calidad

- Sr. Cesar Ortiz Diaz

VIII. ANEXOS



UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



Anexo 2

Formato 02: Programación de metas físicas a nivel de actividad

COD. PRESUPUESTAL	ACTIVIDAD OPEATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	PROGRAMACIÓN FÍSICA												TOTAL ANUAL
			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC	
5000003	ACCIONES DE CALIDAD	ACCION	4	5	10	3	4	10	5	1	6	2	3	14	67

(*) Considerar valores numéricos como meta física



UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



Anexo 3

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDADES O TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	MES												TOTAL ANUAL	
			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC		
Garantizar la seguridad del paciente a través de las buenas prácticas en atención en salud	Plan de Trabajo de Trabajo Gestión de Calidad	Plan		1												1
	Documento del manual de procedimientos	Informe								1						1
	Informe de evaluación semestral	Informe								1						1
	Plan de Seguridad del Paciente.	Plan		1												1
	Plan de Auditoria Medica.	Plan		1												1
	Actualización del equipo de ronda de seguridad del paciente y cronograma.	Informe		1												1
	Actualización del equipo conductor de LVCS	Informe		1												1
	Actualización de los comités de auditoría.	Informe		1												1
	Rondas de seguridad del paciente.	Informe	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
	Informe de eventos adversos.	Informe			1				1			1			1	4
	Informe de Auditoría de calidad de Registro	Informe			1				1			1			1	4
	Informe de Auditoría de caso.	Informe			1				1			1			1	4
Revisión de guías de práctica clínica	Informe			1				1			1			1	4	





PERÚ

Ministerio
de SaludHospital Carlos
Lanfranco La Hoz

Anexo 3

Formato 03: Programación de actividades

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDADES O TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL ANUAL
Fortalecer la gestión para el desarrollo de la autoevaluación institucional a través de los estándares y criterios establecidos	Plan de Autoevaluación Institucional	Plan				1									1
	Presentación de propuestas de mejoras a las Unidades Orgánicas y Funcionales de la Institución en base a las observaciones o incumplimiento de criterios según resultados obtenidos	Informe			1										1
	Monitoreo de la implementación de acciones de mejora en base a la evaluación realizada.	Informe							1			1			2
	Actualización de la conformación del Equipo de Acreditación del HCLLH, 2025	Informe				1									1
	Actualización de la conformación del equipo de evaluadores internos del HCLLH, 2025	Informe				1									1
	Realización de asistencias técnicas y entrenamiento, según corresponda, al Equipo de Acreditación Institucional y Equipo de Evaluadores Internos, que permitan el cumplimiento de las funciones previamente establecidas.	Acta					1							1	2
	Reunión de instalación, planificación del proceso, designación del evaluador líder y responsables de macroprocesos.	Reunión					1								1
	Revisión del listado de estándares por macroproceso, para el análisis de los criterios a evaluar correspondiente al nivel II-2	Reunión						1							1
	Interacción con los Jefes y/o responsables de Oficinas, Unidades, Departamentos, servicios/ áreas involucrados en los 21 macroprocesos, para el análisis de las fuentes de verificación de los criterios a evaluar.	Reunión							1						1
	Comunicación oficial al MINSA y a la DIRIS Lima Norte sobre el inicio de Autoevaluación	Oficio								1					1
	Reunión de Cierre	Reunión												1	1
	Informe técnico de la autoevaluación 2025	Informe												1	1
	Proyectos de Mejora	Informe											1		1
	Plan de Capacitación sobre de Proyectos de Mejora	Plan					1								1
	Informe de cumplimiento de estándares e indicadores de calidad	Informe												1	1
Presentación del informe final al MINSA y a la DIRIS Lima Norte del 2025	Oficio												1	1	



UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



Anexo 3

Formato 03: Programación de actividades

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDADES O TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA													TOTAL ANUAL	
			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC		
Desarrollar acciones destinadas a la gestión de consultas y reclamos, difundiendo los deberes y derechos de los usuarios	Plan de Medición del tiempo de espera	Plan			1										1	
	Plan de Encuesta de Satisfacción del Usuario	Plan			1										1	
	Informe de Medición del tiempo de espera	Informe												1	1	
	Informe de Encuesta de Satisfacción del Usuario	Informe												1	1	
	Plan de Buen Trato al paciente	Plan			1										1	
	Plan de Plataforma de Atención al usuario	Plan		1											1	
	Informe del Libro de Reclamaciones en Salud	Informe			1			1			1			1	4	
	Informe de demanda insatisfecha	Informe						1							1	2
	Capacitación de los derechos y deberes de los usuarios	Informe												1	1	





PERÚ

Ministerio
de SaludHospital Carlos
Lanfranco La Hoz

Anexo 5

Formato 01: Detalle de bienes y servicios necesarios para la implementación del Plan

ESPECIFICA DEL GASTO	DETALLES DEL BIEN O SERVICIO	CANTIDAD	MESES	COSTO UNITARIO REFERENCIAL	PRESUPUESTO TOTAL
2.3.1.5.12	PAPELERIA EN GENERAL, UTILES Y MATERIALES DE OFICINA				4,720.94
2.3.2.7.11	SERVICIOS DIVERSOS				3,500.00
2.3.2.9.11	LOCACION DE SERVICIOS REALIZADOS POR PERSONAS NATURALES RELACIONADAS AL ROL DE LA ENTIDAD		12		324,000.00
TOTAL 2.3 BIENES Y SERVICIOS					332,220.94
2.6.3.2.12	MOBILIARIO				1,801.00
2.6.3.2.22	MOBILIARIO				1800.00
2.6.3.2.91	AIRE ACONDICIONADO Y REFRIGERACION				800.00
TOTAL GENERICA 2.6 ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS					4,401.00
TOTAL GENERAL					336,621.94



UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD