

Ormuu'cc'ca

MINISTERIO DE SALUD



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 087-2016-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 08 de Marzo de 2016

Visto; la Nota Informativa N° 079-OGC-HVLH-2015 de fecha 29 de Febrero del 2016;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Directoral N° 063-2016-DG-HVLH de fecha 19 de Febrero del 2016, se resuelve aprobar el documento denominado "PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS – 2016" del Hospital Víctor Larco Herrera", el mismo que en documento adjunto a folios (23) forma parte integrante de la presente Resolución;

Que, conforme se desprende del documento del visto, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Víctor Larco Herrera, refiere que el anexo N° 02 de la Matriz de Programación, Seguimiento y Presupuesto de las Actividades Operativas 2016 (anexo sin presupuesto), consta de 07 hojas el cual ha sido modificado. Por lo que solicita modificar el artículo 1° de la Resolución Directoral N° 063-2016-DG-HVLH, donde debe estipular "Documento adjunto anexo N° 02 a folios 10 - Matriz de Programación, Seguimiento y Presupuesto de las Actividades Operativas 2016 (anexo con presupuesto), forma parte integrante de la presente Resolución";

Que, a fin de cumplir con los objetivos institucionales, es necesario modificar la Resolución Directoral N° 063-2016-DG-HVLH en el artículo primero en la que se deberá incluir los folios indicados en el Anexo 02, por lo que resulta necesario emitir el acto resolutivo correspondiente;

Con el visto bueno de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital "Víctor Larco Herrera"; y,

De conformidad con las atribuciones prevista en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA,

SE RESUELVE:

ARTÍCULO UNICO.- INCLUIR en el artículo primero de la Resolución Directoral N° 063-2016-DG-HVLH de fecha 19 de Febrero del 2016, tres (3) folios, la misma que quedará redactado de la siguiente manera:

"Artículo 1°: Aprobar el Documento Denominado: "PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS – 2016" del Hospital "Víctor Larco Herrera" el mismo que en documento adjunto a folios (26), forma parte integrante de la presente Resolución."



Regístrese y Comuníquese

GEVCMYRV/

Instituto de Gestión de Servicios de Salud
Hospital Víctor Larco Herrera
Med. Gisella Vargas Cajahuanca
Directora General
CMP 24334 RNE 14213

ANEXO N° 02

MATRIZ DE PROGRAMACION, SEGUIMIENTO Y PRESUPUESTO DE LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS
PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD Y DERECHO DE LAS PERSONAS 2016.

EJE 1: GESTION DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACIÓN /ACREDITACIÓN

| OBJETIVOS | ACTIVIDADES | PERIODICIDAD DE REPORTE A IGSS | PERIODO DE REPORTE | | | | META | COSTO | DESCRIPCION | % METAS LOGRADAS | OBSERVACIONES |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------|-----|------|------|------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|
| | | | IT | IIT | IIIT | IIIT | | | | | |
| 1.1. Fortalecer competencias en el Proceso de Evaluación Integral de la Calidad para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo | ACT.1: Reconformación y aprobación con Resolución Directoral del Equipo de Autoevaluadores Internos | ANUAL | X | | | | 1 R.D. | 80.00 | Papelería en general | | |
| | ACT.2: Informe de capacitación del Equipo de Autoevaluadores Internos. | SEMESTRAL | X | | X | | 30 participantes | 1,260.00 | Break por tres talleres (alimentos y bebidas=360.00) Materiales y útiles de Oficina - impresiones=900.00 | | |
| 1.2.Fortalecer competencias en Gestión por Procesos y Costos | ACT.3: Informe de capacitación a Jefaturas Administrativas y Asistenciales referente a la Gestión por Procesos y Costeo Basado en Actividades | SEMESTRAL | X | | X | | 30 Participantes | 1,260.00 | Break por tres talleres (alimentos y bebidas=360.00) Materiales y útiles de Oficina - impresiones=900.00 | | |
| 1.3.Desarrollar el Proceso de Acreditación / Certificación Institucional | ACT.4: Informe Técnico de la Autoevaluación 2016 | ANUAL | | | X | | 1 informe | 690.00 | Materiales y útiles de oficina | | |
| | ACT.5: Informe de implementación acciones de mejora de acuerdo a los resultados de la Autoevaluación | SEMESTRAL | | X | | X | 2 informes | 380.00 | Materiales y útiles de oficina | | |
| 1.4.Contar con Procesos normalizados y eficientes que respondan a las necesidades del usuario externo y acompañante | ACT.6: Informe de actualización del 15% de MAPROS orientado a los usuarios externos | SEMESTRAL | | X | | X | 2 informes | 380.00 | Materiales y útiles de oficina | | |
| 1.5.Contar con Procesos normalizados y eficientes que respondan a las necesidades Institucionales | ACT.7: Informe de actualización del 15% de MAPROS orientado a la Organización | SEMESTRAL | | X | | X | 2 informes | 380.00 | Materiales y útiles de oficina | | |



EJE 2: CULTURA DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA

| OBJETIVOS ESTRATEGICOS | ACTIVIDADES | PERIODICIDAD DE REPORTE A IGSS | PERIODO DE REPORTE | | | | META | COSTO | DESCRIPCION | % METAS LOGRADAS | OBSERVACIONES |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------|------|-------|------|------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|
| | | | I T | II T | III T | IV T | | | | | |
| 2.1.Fortalecer competencias en Mejora Continua de la Calidad (Proyectos de MCC) | ACT.8: Informe de capacitación a los Equipos de Proyectos de Mejora Continua. | SEMESTRAL | | X | | X | 10 Participantes | 480.00 | Break por 5 talleres (alimentos y bebidas= 100.00) Materiales y útiles de Oficina = 380.00 | | |
| 2.2.Promover una Cultura por la Mejora Continua de la Calidad | ACT.9: Informe de capacitación a los Equipos de Proyectos de Mejora Continua. | TRIMESTRAL | X | X | X | X | 80 participantes | 1260.00 | Break por 2 talleres (alimentos y bebidas= 320.00) Materiales y útiles de Oficina= 940.00 | | |
| 2.3.Optimizar y Mejorar Procesos Críticos (Desarrollo de Proyectos de MCC) | ACT.10: Elaboración de Proyecto de Mejora para la reducción de tiempo de espera en consulta externa | TRIMESTRAL | X | X | X | X | 10 participantes | 1,260.00 | Break por 5 talleres (alimentos y bebidas= 320.00) Materiales y útiles de Oficina= 940.00 | | |
| 2.4.Reducción de Costos de la No Calidad (Reintervenciones/ Reprocesos en la Atención/ Judicialización de los Casos/Infracciones al Reglamento de Infracciones y Sanciones de SUSALUD) | ACT.11: Monitoreo del Informe del Plan de Mitigación de Riesgos de SUSALUD por parte de la Unidad de Seguros del hospital | TRIMESTRAL | X | X | X | X | 4 | 0.00 | Papelería en general | | |



EJE 3: GESTIÓN DE LAS RELACIONES CON EL USUARIO EXTERNO

| OBJETIVOS ESTRATEGICOS | ACTIVIDADES | PERIODICIDAD DE REPORTE A IGSS | PERIODO DE REPORTE | | | | META | COSTO | DESCRIPCION | % METAS LOGRADAS | OBSERVACIONES |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------|------|-------|------|------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|
| | | | I T | II T | III T | IV T | | | | | |
| 3.1.Fortalecer competencias en Promoción y Protección del Derecho de las Personas | ACT.12: Informe de capacitación al personal en Técnicas de Atención al Usuario | TRIMESTRAL | X | X | X | X | 80 participantes | 1,580.00 | Break por 4 talleres (alimentos y bebidas=640.00) Materiales y útiles de Oficina - impresiones=940.00 | | |
| 3.2.Fortalecer competencias en Humanización de la Atención en Salud | ACT.13: Informe de capacitación al personal en Humanización de la Atención | TRIMESTRAL | X | X | X | X | 80 participantes | 1,580.00 | Break (alimentos y bebidas=640.00) Materiales y útiles de Oficina - impresiones=940.00 | | |
| 3.3.Fortalecer el Sistema de Orientación- Absolución de Reclamos | ACT.14: Informe de instalación y funcionamiento de la Plataforma de Atención al Usuario | TRIMESTRAL | X | X | X | X | 1 Plataforma | 22,000.00 | Contratación de servicios =18,000.00, equipos computacionales =4,000.00 | | |
| | ACT.15: Informe mensual del Libro de Reclamaciones | MENSUAL | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | 1,000.00 | Materiales y útiles de Oficina - impresiones=1,000.00 | | |
| | ACT.16: Informe de acciones de mejora orientadas a reducir los reclamos | TRIMESTRAL | ✓ | X | X | X | 4 informes | 1,000.00 | Materiales y útiles de Oficina - impresiones=1,000.00 | | |
| 3.4.Supervisar la implementación del Proceso de Promoción y Protección del Derecho que involucre la participación de la Familia y la Comunidad | ACT.17: Informe de cumplimiento de acuerdos de las visitas de supervisión de las UF de Servicio de Atención al Usuario | TRIMESTRAL | X | X | X | X | 4 informes | 380.00 | Materiales y útiles de Oficina | | |
| 3.5. Fomentar la Promoción y Protección de los Derechos de los Usuarios a través de la retroalimentación de las intervenciones basado en los requerimientos de los Grupos de Interés (Mediciones de la Satisfacción) | ACT.18: Informe de resultados de la medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa, hospitalización y emergencia. | ANUAL | | | X | | 1 informes | 11,740.00 | Contratación de servicios =10,8000, Materiales y útiles de Oficina - impresiones=940.00 | | |
| | ACT.19: Informe de implementación de acciones de mejora basado a los resultados SERVQUAL (pacientes SIS) en el servicio de Consulta Externa. | TRIMESTRAL | X | X | X | X | 4 informes | 380.00 | Materiales y útiles de Oficina | | |



| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---|---|---|---|------------|----------|---------------------|--|--|
| 3.6.Promover la Participación y Corresponsabilidad en el Cuidado de la Salud (Ciudadano, Familia, Comunidad, Actores / Autoridades Locales | NO APLICA | | | | | | | | | | |
| 3.7. Fortalecer la Imagen Institucional de los OODD - IGSS respecto a la Calidad de Atención y el respeto por los Derechos de las Personas | ACT.20: Informe de difusión y visualización de afiches de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud | TRIMESTRAL | X | X | X | X | 4 informes | 1,000.00 | Materiales y útiles | | |



EJE 4: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

| OBJETIVOS ESTRATEGICOS | ACTIVIDADES | PERIODICIDAD DE REPORTE A IGSS | PERIODICIDAD DE REPORTE A IGSS | | | | META | COSTO | DESCRIPCION | % METAS LOGRADAS | OBSERVACIONES |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------|-------|-------|------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|
| | | | I T | I I T | III T | I V T | | | | | |
| 4.1..Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo | ACT.21: Informe de Capacitación dirigido a las jefaturas asistenciales en "Gestión de riesgos asistenciales en salud y mejora continua" | SEMESTRAL | | X | | X | 50 participantes | 580.00 | Break por 2 talleres (alimentos y bebidas= 200.00) Materiales y útiles de Oficina = 380.00 | | |
| | ACT.22: Informe de Capacitación dirigido a las jefaturas asistenciales en "El Proceso de la Auditoría- Tipos de auditoria" | SEMESTRAL | | X | | X | 50 participantes | 580.00 | Break por 2 talleres (alimentos y bebidas= 200.00) Materiales y útiles de Oficina = 380.00 | | |
| 4.2.Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso | ACT.23: Informe de Capacitación dirigido a las jefaturas asistenciales en "Gestión de Riesgos Y Eventos Adverso" | SEMESTRAL | | X | | X | 50 participantes | 580.00 | Break por 2 talleres (alimentos y bebidas= 200.00) Materiales y útiles de Oficina = 380.00 | | |
| 4.3.Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error - Cultura de Seguridad | ACT. 24: Reporte del listado de las Guías de Practica Clínica oficializados con RD por Departamentos o servicios | ANUAL | X | | | | 1 informe | 380.00 | Materiales y útiles de Oficina | | |
| | ACT.25: Reporte de la Validación y monitoreo de la adherencia de Guías de Práctica Clínica aprobadas de patologías más frecuentes | ANUAL | X | | | | 1 informe | 380.00 | Materiales y útiles de Oficina | | |
| | ACT.26: Informe de Adherencia de Guías de Práctica Clínica | SEMESTRAL | | X | | X | 2 informes | 380.00 | Materiales y útiles de Oficina | | |
| 4.4.Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente) | NO APLICA EN EL HVLH | | | | | | | | | | |
| | NO APLICA EN EL HVLH | | | | | | | | | | |



| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---|---|---|---|------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 4.5.Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación-Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso) | ACT.27: Informe del registro, notificación y análisis de incidentes y eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente en la atención en salud mental | TRIMESTRAL | X | X | X | X | 4 informes | 380.00 | Materiales y útiles de Oficina | | |
| | ACT.28: Informe de Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas en el hospital. | TRIMESTRAL | X | X | X | X | 4 informes | 380.00 | Materiales y útiles de Oficina | | |
| | ACT.29: Informe de cumplimiento de acciones de mejora de las Rondas de seguridad del paciente ejecutadas. | TRIMESTRAL | X | X | X | X | 4 informes | 380.00 | Materiales y útiles de Oficina | | |
| | ACT.30: Elaboración y aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud | ANUAL | X | | | | 1 Plan | 380.00 | Materiales y útiles de Oficina | | |
| | ACT.31: Reconformación y aprobación del Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del Hospital Víctor Larco Herrera | ANUAL | X | | | | 1 R.D. | 80.00 | Papelería en general. | | |
| | ACT.32: Informe del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención. | TRIMESTRAL | X | X | X | X | 4 informes | 20,080.00 | Contratación de servicios = 20,000 Medico Auditor. Papelería en general. | | |
| 4.6.Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela (Intervención Contingencial) | ACT 33: Informe de análisis de Evento Centinela a demanda (si se presentara en el hospital HVLH) | TRIMESTRAL | X | X | X | X | 4 informes | 380.00 | Materiales y útiles de Oficina | | |
| 4.7.Contribuir a la Reducción de Riesgos asociados a la prestación, orientados hacia la Acreditación y Certificación de OODD (Seguimiento a Planes de Mitigación de Riesgos) | ACT.34: Supervisión del cumplimiento de implementación de recomendaciones, acciones de mejora y acciones correctivas del Plan de Mitigación de Riesgos según visita de SUSALUD | TRIMESTRAL | X | X | X | X | 4 | 80.00 | Papelería en general. | | |



EJE 5: ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS

| OBJETIVOS ESTRATEGICOS | ACTIVIDADES | PERIODICIDAD DE REPORTE A IGSS | PERIODICIDAD DE REPORTE A IGSS | | | | META | COSTO | DESCRIPCION | % METAS LOGRADAS | OBSERVACIONES |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------|-------|------|------------|--------|--------------------------------|------------------|---------------|
| | | | I T | II T | III T | IV T | | | | | |
| 5.1. Fortalecer la Organización de la Calidad en el IGSS y OODD | ACT.35: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Gestión de la Calidad y Derecho de las Personas | ANUAL | X | | | | 1 R.D | 80.00 | Papelería en general | | |
| | ACT.36: Informe del cumplimiento del Plan de Gestión de la Calidad y Derecho de las Personas | TRIMESTRAL | X | X | X | X | 4 informes | 380.00 | Materiales y útiles de Oficina | | |
| | ACT.37: Aprobación Oficial del Responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor Larco Herrera" | ANUAL | X | | | | 1 R.J. | 80.00 | Papelería en general. | | |
| 5.2.Promover condiciones del ambiente de trabajo adecuados para la gestión de la calidad y derechos de las personas | ACT.38: Supervisión de la elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de para el Estudio de Clima Organizacional | ANUAL | 1 | | | | 1 | 80.00 | Papelería en general. | | |
| | ACT.39: Solicitar el Informe Técnico del Estudio de Clima Organizacional a la Oficina de Personal | ANUAL | | X | | | 1 | 80.00 | Papelería en general. | | |
| | ACT.40: Informe de la supervisión del cumplimiento de la ejecución del Plan de Intervención del Estudio de Clima Organizacional | SEMESTRAL | | X | | X | 2 Informes | 380.00 | Materiales y útiles de Oficina | | |



| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--|---|--|---|------------|--------|---------------------------------|--|--|
| 5.3.Alinear los procesos de gestión de la calidad y derechos de las personas a los Políticas y Lineamientos Sectoriales | ACT.41: Informe de difusión y socialización de los Documentos técnicos a las jefaturas asistenciales y administrativas del HVLH | SEMESTRAL | | X | | X | 2 informes | 380.00 | Materiales y útiles de Oficina. | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--|---|--|---|------------|--------|---------------------------------|--|--|

EJE 6: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA E INVESTIGACIÓN PARA LA CALIDAD

| OBJETIVOS ESTRATEGICOS | ACTIVIDADES | PERIODICIDAD DE REPORTE A IGSS | PERIODICIDAD DE REPORTE A IGSS | | | | META | COSTO | DESCRIPCION | % METAS LOGRADAS | OBSERVACIONES |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------|-------|------|------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|
| | | | I T | II T | III T | IV T | | | | | |
| 6.1.Fortalecer el Sistema de Información Gerencial en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas (TIC) | ACT.42: Reporte de la aplicación del Diagrama de Pareto como herramienta de análisis en las diferentes actividades de la Oficina de Gestión de la Calidad | TRIMESTRAL | X | X | X | X | 4 informes | 380.00 | Materiales y útiles de Oficina. | | |
| 6.2. Fortalecer el Proceso de Toma de Decisiones en Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas basado en la Información oportuna en el marco de las prioridades sanitarias. | ACT 43: Informe del cumplimiento del Plan de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas | TRIMESTRAL | X | X | X | X | 4 informes | 380.00 | Materiales y útiles de Oficina | | |
| | ACT 44: Monitoreo de cumplimiento de capacitaciones y certificación al Equipo de Prevención y Control de IAAS por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental | SEMESTRAL | | X | | X | 2 | 80.00 | Break (alimentos y bebidas= 360.00) Materiales y útiles de Oficina - impresiones=900.00 | | |



| | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---|---|---|-------|-----------------------|--|--|
| 6.3 Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud | ACT 45: Monitoreo de cumplimiento del Plan Maestro de Prevención y Control por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental | SEMESTRAL | X | X | 2 | 80.00 | Papelería en general. | | |
| | ACT 46: Monitoreo de cumplimiento de la implementación del Plan de Prevención y Control de IAAS por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental | SEMESTRAL | X | X | 2 | 80.00 | Papelería en general. | | |
| | ACT.47: Monitoreo de cumplimiento de capacitaciones y certificación al Equipo de Prevención y Control Interno por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental | SEMESTRAL | X | X | 2 | 80.00 | Papelería en general | | |
| | ACT. 48: Monitoreo de cumplimiento de las autoevaluaciones realizadas a los equipos de prevención y control internos y de la evaluación externa del IGSS por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental | SEMESTRAL | X | X | 2 | 80.00 | Papelería en general. | | |
| 6.4 Fortalecer la Implementación de prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en evidencia. | ACT. 49: Monitoreo de cumplimiento de la capacitación de los equipos de prevención y control internos sobre el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAA | SEMESTRAL | X | X | 2 | 80.00 | Papelería en general. | | |



| | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---|---|---|---|---|-----------|-----------------------|--|--|
| | ACT.50: Monitoreo de cumplimiento de la evaluación y supervisión en la actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos. | TRIMESTRAL | X | X | X | X | 4 | 80.00 | Papelería en general. | | |
| 6.5 Fortalecer el Uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales. | ACT.51: Monitoreo de cumplimiento de la capacitación y certificación al Equipo de Prevención y control Integral en uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales | SEMESTRAL | | X | | X | 2 | 80.00 | Papelería en general | | |
| | ACT.52: Monitoreo del cumplimiento de la evaluación de los Procesos en el uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales basado en la normativa vigente | SEMESTRAL | | X | | X | 2 | 80.00 | Papelería en general. | | |
| TOTAL | | | | | | | | 75,190.00 | | | |

Ministerio de Salud
 Instituto de Gestión de Servicios de Salud
 Hospital "Victor Larco Herrera"

.....
 Med. Carlos Alexis Salgado Valenzuela
 Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
 C.M.P. N° 26294 R.N.E. N° 15522

