

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN



DIRECTOR DE LA U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Dr. Edwin Soto Ceayahualpa.

RESP. UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD:

LIC. Isabel Romero Jacha.

EQUIPO DE AUTOEVALUADORES INTERNOS:

- PRESIDENTE: CD. CARLOS ARIAS SANTANA
- SECRETARIA: LIC. ISABEL ROMERO JACHA.
- INTEGRANTE: M.C. EDISON M. FUENTES CASANI.
- INTEGRANTE: LIC. KARINA ENRIQUEZ COILA.
- INTEGRANTE: LIC. MARIBEL LAQUISE LERMA.
- INTEGRANTE: LIC. MIRIAM U. CARBAJAL BELTRAN.
- INTEGRANTE: OBST. YIRAYME HEIDI MAMANI VELEZ
- INTEGRANTE: LIC. FELICITAS HAYDEE ESQUICXHA CONDORI
- INTEGRANTE: TAP. FELIX POCCO MAMANI.
- INTEGRANTE: TAP. ALEX ALBERTO ILLA JIHUALLANCA
- INTEGRANTE: Q.F. FLOR DE LIZ LLACTA HUAMAN.
- INTEGRANTE: TAP. DIONICIO OJEDA DELGADO
- INTEGRANTE: ABOG. WENDY E. PEÑA MEJIA.

ESPINAR - CUSCO.

2024



1. INTRODUCCIÓN



Uno de los objetivos de Políticas de Salud en el Perú es mejorar el acceso de la población a una atención integral de calidad con énfasis en la población más vulnerable; siendo en la actualidad una necesidad de los Servicios de Salud el evidenciar que su desempeño es una variable que permanentemente está evolucionando hacia la mejora continua.

La calidad de salud requiere mencionar algunas definiciones, que tenemos el de Edwards Deming, padre de la gerencia de calidad total, define como calidad "hacer lo correcto en forma correcta y de manera inmediata" por otro lado Avedis Donabedian, afirma que la calidad técnica, consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología medicas de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos y para la cooperación técnica de OPS, la calidad es el conjunto de características de los bienes y servicios que logran satisfacer las necesidades y expectativas tanto del usuario como de la comunidad y también del trabajador en salud que presta sus servicios dentro del equipo de atención.

En ese contexto, mejorar la calidad de los servicios de Salud no es una acción del momento, es un proceso permanente, requiere del compromiso total de los agentes que intervienen, siendo esta sostenible en el tiempo.

En ese sentido, en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, la Acreditación es una de las metodologías más importantes del componente de Garantía y Mejoramiento de la calidad.

La acreditación constituye una herramienta importante para la mejora de la calidad de atención del usuario, al tener en cuenta sus necesidades y preferencias garantizando y haciendo sostenible la mejora de los diferentes procesos con un enfoque humano y social.

El Hospital de Espinar ha asumido este reto en la diferentes fases del proceso de implementación y validación de la acreditación en el sector salud, este compromiso se inicia con la autoevaluación, fase primera y obligatoria de este proceso, que asegura que la organización tenga un mecanismo de monitoreo para el mejoramiento continuo de la calidad.

En la actualidad el Ministerio de Salud a través de la Dirección de Calidad en Salud, ha desarrollado una propuesta técnica de acreditación de los servicios de Salud para el Perú, herramienta que permite llevar a cabo la Acreditación de los hospitales de país, comparando el desempeño de la prestación de salud con una serie de estándares óptimos, promoviendo la mejora continua de los procesos, contribuyendo a garantizar la calidad de atención que se presta en los establecimientos de salud.

Se iniciara el proceso de la autoevaluación incorporando en el plan operativo institucional esta actividad posteriormente se designara al equipo de evaluadores internos en base al perfil necesario descrito en la norma eligiendo al líder de los evaluadores internos.

Se organizara el equipo de evaluadores internos en relación de los macriprocesos, revisando discutiendo y analizando la norma de acreditación de establecimientos de salud, y de su instrumento el manual de estándares de acreditación, atributos de la calidad criterios de evaluación fuentes auditables técnicas de evaluación, preparando los documentos necesarios para realizar la evaluación de una manera imparcial y evitando conflicto de intereses, así como interactuando con los jefes de servicio.



2. JUSTIFICACION:

Siendo el objetivo del sistema de gestión de la calidad, mejorar la calidad de los servicios, en sus diferentes componentes a través de la generación de una cultura de calidad, sensible a las necesidades de los usuarios externos internos y la propia organización, la propuesta actual de la acreditación de servicios de salud, constituye un proceso mejorado y rediseñado en base a la experiencia, compromiso e identificación del sector con este proceso.

3. FINALIDAD

El presente documento reúne los objetivos y actividades incluidas dentro del Plan Operativo de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Espinar, siguiendo metodologías normadas por el Ministerio de Salud, tales como la aplicación de manuales e Instrumentos, Listado de estándares de Acreditación"; que permitirán la calificación de los macro procesos que a su vez definen procesos en las unidades productoras de servicios, cuyos resultados que permitirán determinar el nivel de cumplimiento e identificar problemas a ser subsanados y obtener la acreditación institucional.

Este proceso se hace aún más exigente si se tiene en cuenta que el alcance declarativo del proceso de acreditación abarca a todos los niveles de complejidad de la prestación de la salud sin importar su naturaleza jurídica ni su pertenencia a alguno de los 4 sub sectores de nuestro sistema de salud.

El presente documento responde expresamente al proceso de autoevaluación en respuesta a las necesidades tanto institucional como de los usuarios de mejorar de la calidad de atención en el Hospital de Espinar.

4. OBJETIVO GENERAL

- Promover las actividades de acreditación en nuestra organización de salud.

4.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Autoevaluar los macro procesos en las unidades productoras de servicios, para la acreditación de nuestro hospital
- Generar una cultura de calidad en los servicios asistenciales y administrativos del hospital mediante el cumplimiento de los estándares y criterios de Acreditación.

5.- AMBITO Y ALCANCE

El presente Plan tiene alcance sobre los servicios asistenciales y administrativos del Hospital de Espinar.

6. BASE LEGAL

- ✓ Ley 26642 Ley General de Salud
- ✓ Ley. 27657 Ley del Ministerio de Salud



- ✓ R.M. N° 616-2003-SA/DM que aprueba el modelo de reglamento de organización y Funciones de los hospitales
- ✓ Resolución Ministerial N° 519-2006 que aprobó el Sistema de Gestión de la Calidad en salud.
- ✓ Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V-02 de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- ✓ DL 1158 que dispone las medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- ✓ DS N°008-2014 que aprueba el Reglamento de Organización y funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ✓ R. D. N° 168-2014-SA-DS-HSR-OEPE/DG, que aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- ✓ R.D. N° 258-2014-SA-DS-HSR- OEPE/DG, que aprueba el Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad.

7. DEFINICIONES OPERATIVAS Y CONCEPTOS BASICOS DE ACREDITACION.

7.1. DEFINICIONES OPERATIVAS:

- Evaluador Interno: es el trabajador de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del proceso de acreditación.
- Evaluador Externo: es quien desarrolla la fase de la evaluación externa del proceso de acreditación.
- Macroproceso: es un proceso de mayor complejidad en una organización el cual agrupa a varios procesos de acreditación.
- Proceso: conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que genera un resultado que agrega valor globalmente.
- Trazabilidad: conjunto de acciones y procedimientos que permiten identificar y registrar cada una de las evaluaciones desde el inicio hasta el final.

7.2. CONCEPTOS BASICOS:

- 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 la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.
- Gestión de la Calidad: es el componente de la gestión Institucional que determina y aplica la política de la 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.
- Mejoramiento Continuo de la Calidad: es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad con el fin de cerrar brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia.
- Planificación de la Calidad: es la acción que permite definir las políticas generales y objetivos de calidad, a partir de los cuales se articularan los esfuerzos posteriores de compromiso y participación en el proceso de desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Sistema de Gestión de la Atención de salud: Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- Atributos de calidad: Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados.
- Autoevaluación: Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos

UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD 2024

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. Criterios de evaluación: Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.

8. ESTRATEGIAS

- ✓ Presentar el Plan al Comité de Gestión y Jefes de Servicios y Unidades.
- ✓ Organizar y delegar la responsabilidad de autoevaluación vía Resolución Directoral al equipo de autoevaluación interna.
- ✓ Capacitar al equipo de autoevaluación interna.
- ✓ Comprometer a los autoevaluadores responsables de los macroprocesos, bajo plazos, a realizar la ejecución y su respectivo reporte.

9. METODOLOGIA:

La autoevaluación se realiza con el equipo, verificando y adaptando los criterios técnicos a la realidad actual de los servicios de salud de nuestro establecimiento.

El equipo trabajara en estrecha coordinación con la dirección ejecutiva del hospital y la unidad de gestión de la calidad.

- Reunión para la elaboración del plan.
- Identificación de procesos para cada servicio.
- Conformación del equipo y responsables por cada macro-proceso.
- Desarrollo de la autoevaluación
- Elaboración del informe final.

10. ACTIVIDADES

- Las actividades programadas contienen aspectos establecidos dentro de las líneas de trabajo del Sistema de Gestión de Calidad del MINSA (ver anexo)





ANEXO

PLAN DE AUTOEVALUACION DE PROCESOS PARA LA ACREDITACION 2024 – U.E 408 HOSPITAL DE ESPINAR



Actividades y Tareas			CRONOGRAMA													PRESUPUESTO-FUENTE DE FINACIAMIENTO					Responsable						
Actividad	UM	Meta	Tarea	UM	Meta	En	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Ag	Sep	Oct	Nov	Dic	Costo	RO	RD	DyT	R	Otros	Subtotal	#REF!	Responsable	
Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud/ Plan táctico por DIRESA/ GERESA/ DIRS/ SANIDADES y ESSALUD.	Plan aprobado RD	10	Plan Táctico de la Dirección/ Oficina/ Unidad/ Área/ Equipo/ de Calidad	Plan aprobado RD	1					X								5000	1000	4000				5000		PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	JEFE DE CALIDAD
Elaboración del Plan de Gestión de la Calidad en Salud/ Plan táctico por DIRESA/ GERESA/ DIRS/ SANIDADES y ESSALUD.	Plan aprobado RD	10	Plan de Autoevaluación	Plan aprobado RD	1						X							35	35					35		PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	COORDINADOR DEL EQUIPO DE AUTOEVALUACION
Conducción regional de la autoevaluación del Proceso de Acreditación de los establecimientos de salud.	Informe	2	Conformación del Equipo y Autoevaluación	Documento	1													35	35					35		CONTROL SANITARIO	COORDINADOR DEL EQUIPO DE AUTOEVALUACION
Conducción regional de la autoevaluación del Proceso de Acreditación de los establecimientos de salud.	Informe	2	Informe del Inicio de autoevaluación	Informe	1																					CONTROL SANITARIO	COORDINADOR DEL EQUIPO DE AUTOEVALUACION
Conducción regional de la autoevaluación del Proceso	Informe	2	Registro y envío de la Base de Datos al	Informe	1																					CONTROL SANITARIO	COORDINADOR DEL EQUIPO DE AUTOEVALUACION



ANEXO A. ACTIVIDADES/MACROPROCESO, RESPONSABLES Y CRONOGRAMA DEL PAES/ RSI/ HOSPITAL DE ESPINAR GERESA CUSCO 2024

ACTIVIDADES/ MACROPROCESOS	RESPONSABLES DE LAS ACTIVIDADES/ SUB EQUIPO DE MACROPROCESOS	EQUIPO DE EVALUADORES INTERIORS	CRONOGRAMA							RESPONSABLE EVALUADOR(S)				
			JULIO/AGOSTO											
			JULIO	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5	SEPTIEMBRE		OCTUBRE			
Reunión del Equipo Evaluador: asignación del Líder/Coordinador/Responsable Hospital	Jefe de la Unidad/Oficina de Calidad de la Red/ Hospital													
Reunión del Equipo Evaluador, para el análisis del Listado de Estándares de Acreditación.	Líder/Coordinador/Responsable													
Organización para la elaboración del PAES: Designación de los responsables por macroprocesos	Líder/Coordinador/Responsable													
Elaboración del PAES	Equipo de Evaluación Interna													
Presentación del PAES a la Dirección para su Aprobación con RD	Equipo de Evaluación Interna													
Reunión del Equipo Evaluador con el Equipo Evaluador/ Jefe/ responsable: presentación del Plan y revisión de los estándares.	Equipo de Evaluación Interna													
Comunicación del Inicio de la Autoevaluación a la Unidad/Oficina de Calidad de la Red/ Hospital	Líder/Coordinador/Responsable													
Aplicación del IMP: Direcciónamiento	Líder/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	U.C. KARINA ENRIQUEZ COILA/CPC. FELIX POCCO MAMANI			08/08/2024									U.C. KARINA ENRIQUEZ COILA/CPC. FELIX POCCO MAMANI
Aplicación del IMP: Gestión de recursos Humanos	Líder/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	C.D. JUAN CARLOS ARIAS SANTANA/ U.C. ISABEL ROMERO JACHA						20/08/2024						C.D. JUAN CARLOS ARIAS SANTANA/ U.C. ISABEL ROMERO JACHA
Aplicación del IMP: Gestión de la Ciudad	Líder/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	DR. EDISON FUENTES CASANI/TAP DIONICIO OJEDA DELGADO.								22/08/2024				DR. EDISON FUENTES CASANI/TAP DIONICIO OJEDA DELGADO.
Aplicación del IMP: Manejo del riesgo de atención	Líder/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	Q.F. FLOR DE LIZ LLACTIA HUAMAN/ABOG. WENDY PEÑA MEJIA												Q.F. FLOR DE LIZ LLACTIA HUAMAN/ABOG. WENDY PEÑA MEJIA
Aplicación del IMP: Emergencias y desastres	Líder/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	U.C. ISABEL ROMERO JACHA/DR. EDISON FUENTES CASANI				02/08/2024								U.C. ISABEL ROMERO JACHA/DR. EDISON FUENTES CASANI
Aplicación del IMP: Control de la gestión y prestación	Líder/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	CPC. FELIX POCCO MAMANI/ U.C. HAYDÉE ESQUICHA CONDORI						16/08/2024						CPC. FELIX POCCO MAMANI/ U.C. HAYDÉE ESQUICHA CONDORI
Aplicación del IMP: Atención Ambulatoria	Líder/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	U.C. MARIBEL LAQUISE LERMA/ U.C. HAYDÉE ESQUICHA CONDORI				02/08/2024								U.C. MARIBEL LAQUISE LERMA/ U.C. HAYDÉE ESQUICHA CONDORI
Aplicación del IMP: Atención extramural	Líder/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	U.C. MARIBEL LAQUISE LERMA/TAP. CLAUDIO HONOLISA HUAYWACHO						05/08/2024						U.C. MARIBEL LAQUISE LERMA/TAP. CLAUDIO HONOLISA HUAYWACHO
Aplicación del IMP: Atención de Hospitalización	Líder/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	U.C. MIRIAM CARBAJAL BELTRAN/ABOG. WENDY PEÑA MEJIA						09/08/2024						U.C. MIRIAM CARBAJAL BELTRAN/ABOG. WENDY PEÑA MEJIA
Aplicación del IMP: Atención de Emergencia	Líder/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	U.C. HAYDÉE ESQUICHA CONDORI/ U.C. KARINA ENRIQUEZ COILA								23/08/2024				U.C. HAYDÉE ESQUICHA CONDORI/ U.C. KARINA ENRIQUEZ COILA
Aplicación del IMP: Docencia e Investigación	Líder/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	C.D. JUAN CARLOS ARIAS SANTANA/ OBST. HEIDI MAMANI VELEZ				02/08/2024								C.D. JUAN CARLOS ARIAS SANTANA/ OBST. HEIDI MAMANI VELEZ
Aplicación del IMP: Atención Quirúrgica	Líder/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	DR. EDISON FUENTES CASANI/TAP. ALEX ILLA JUHUALLANCA						05/08/2024						DR. EDISON FUENTES CASANI/TAP. ALEX ILLA JUHUALLANCA
Aplicación del IMP: Apoyo al diagnóstico y tratamiento	Líder/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	CD. CARLOS ARIAS SANTANA/ U.C. MIRIAM CARBAJAL BELTRAN											26/08/2024	CD. CARLOS ARIAS SANTANA/ U.C. MIRIAM CARBAJAL BELTRAN
Aplicación del IMP: Admisión y Alta	Líder/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	C.D. JUAN CARLOS ARIAS SANTANA/TAP. ALEX ILLA JUHUALLANCA									16/08/2024			C.D. JUAN CARLOS ARIAS SANTANA/TAP. ALEX ILLA JUHUALLANCA
Aplicación del IMP: Referencia y Contrreferencia	Líder/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	OBST. HEIDI MAMANI VELEZ/ DR. EDISON FUENTES CASANI											16/08/2024	OBST. HEIDI MAMANI VELEZ/ DR. EDISON FUENTES CASANI



Creación Hospital de Salud Cusco

Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria



ANEXO B: ACTIVIDADES/MACROPROCESOS, RESPONSABLES, CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO DEL PAÍS: RSS: HOSPITAL DE ESPINAR GERSA CUSCO 2024

ACTIVIDADES/MACROPROCESOS	UNIDAD DE MEDIDA	META FISICA	BIENES, SERVICIOS, ACTIVOS NO FINANCIEROS	UM	META	COSTO UNITARIO \$/.	COSTO SUB TOTAL \$/.	CRONOGRAMA												PRESUPUESTO OTROS	TOTAL	RESPONSABLE DE LA GESTION Y ASIGNACION PRESUPUESTAL
								SEMANA														
								JULIO SEMANA 1	JULIO SEMANA 2	JULIO SEMANA 3	JULIO SEMANA 4	JULIO SEMANA 5	AGOSTO SEMANA 1	AGOSTO SEMANA 2	AGOSTO SEMANA 3	AGOSTO SEMANA 4	AGOSTO SEMANA 5	SEPTIEMBRE	OCTUBRE			
Reunión del Equipo Evaluador; asignación del Lider/Coordinador/responsable	ACTA	1	23.15.1 Material y Utiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 un 01; Archivadores 20 un; US\$ 32 GB 24 Cantidad 03.	Kit	1	165	165,00	24/06/2024										165,00	165,00			
Reunión del Equipo Evaluador, para el análisis del Listado de Estándares de Acreditación	ACTA	3	23.15.1 Material y Utiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 un 01; Archivadores 20 un; US\$ 32 GB 24 Cantidad 03.	Kit	110	30	3.300,00	24/06/2024										3.300,00	3.300,00			
Organización para la elaboración del PAES; Designación de los responsables por macroprocesos	ACTA	1	23.1.5.1; 23.1.5.1.1.99; 23.1.6.1; 23.1.6.1.99; 23.1.2.1.2; 23.1.8; 23.1.2.1.2; 23.1.8.	Kit																		
Elaboración del PAES	PLAN	1	23.1.2.1.2; 23.1.8.	Kit																		
Presentación del PAES a la Dirección para su Aprobación con RD	DOCUMENTO	1	26.3.2.3.1: Equipo computacional- Tablet de 64 GB, 4 RAM.	Tablet	3	1300	3.900,00	10/07/2024										3.900,00	3.900,00			
Reunión del Equipo Evaluador con el Equipo Evaluador Jefes/ responsables; presentación del Plan y revisión de los estándares.	ACTA	1																				
Comunicación del inicio de la Autoevaluación a la Unidad/Oficina de Calidad de la Red/ Hospital	DOCUMENTO	1	23.15.1 Material y Utiles Kit: Papel	Kit	1	10	10,00	31/07/2024										10,00	10,00			
Aplicación del MP: Direccionamiento	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Utiles Kit: Acceso de Equipo 01;	Kit	1			08/08/2024														
Aplicación del MP: Gestión de recursos Humanos	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Utiles Kit: Acceso de Equipo 01;	Kit	1																	
Aplicación del MP: Gestión de la Calidad	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Utiles Kit: Acceso de Equipo 01;	Kit	1																	
Aplicación del MP: Manejo del riesgo de atención	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Utiles Kit: Acceso de Equipo 01;	Kit	1																	
Aplicación del MP: Emergencias y desastres	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Utiles Kit: Acceso de Equipo 01;	Kit	1																	
Aplicación del MP: Atención de la gestión y prestación	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Utiles Kit: Acceso de Equipo 01;	Kit	1	505	505,00	18/07/2022	02/08/2024									505	505,00			
Aplicación del MP: Control de la gestión y prestación	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Utiles Kit: Acceso de Equipo 01;	Kit	1																	
Aplicación del MP: Atención Ambulatoria	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Utiles Kit: Acceso de Equipo 01;	Kit	1																	
Aplicación del MP: Atención extramural	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Utiles Kit: Acceso de Equipo 01;	Kit	1																	
Aplicación del MP: Atención de Hospitalización	REGISTRO	1	23.15.1; 23.1.5.1.99; 23.1.6.1; 23.1.6.1.99;	Kit																		
Aplicación del MP: Atención de Emergencia	REGISTRO	1	23.1.5.1; 23.1.5.1.99; 23.1.6.1; 23.1.6.1.99;	Kit																		
Aplicación del MP: Docencia e Investigación	REGISTRO	1	23.1.5.1; 23.1.5.1.99; 23.1.6.1; 23.1.6.1.99;	Kit																		
Aplicación del MP: Atención Quirúrgica	REGISTRO	1	23.1.5.1; 23.1.5.1.99; 23.1.6.1; 23.1.6.1.99;	Kit																		
Aplicación del MP: Atención de Urgencia	REGISTRO	1	23.1.5.1; 23.1.5.1.99; 23.1.6.1; 23.1.6.1.99;	Kit																		
Aplicación del MP: Apoyo al diagnóstico y tratamiento	REGISTRO	1	23.1.5.1; 23.1.5.1.99; 23.1.6.1; 23.1.6.1.99;	Kit																		
Aplicación del MP: Admisión y Alta	REGISTRO	1	23.1.5.1; 23.1.5.1.99; 23.1.6.1; 23.1.6.1.99;	Kit																		
Aplicación del MP: Referencia y Contrareferencia	REGISTRO	1	23.1.5.1; 23.1.5.1.99; 23.1.6.1; 23.1.6.1.99;	Kit																		
Aplicación del MP: Gestión de Medicamentos	REGISTRO	1	23.1.5.1; 23.1.5.1.99; 23.1.6.1; 23.1.6.1.99;	Kit																		
Aplicación del MP: Gestión de la Información	REGISTRO	1	26.3.2.3.1: Equipo computacional- Tablet de 64 GB, 4 RAM	Tablet																		
Aplicación del MP: DISCONTAMINACION, LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION.	REGISTRO	1	26.3.2.3.1: Equipo computacional- Tablet de 64 GB, 4 RAM	Tablet																		
Aplicación del MP: Manejo del riesgo social	REGISTRO	1	26.3.2.3.1: Equipo computacional- Tablet de 64 GB, 4 RAM	Tablet																		
Aplicación del MP: Manejo de nutrición de pacientes	REGISTRO	1	26.3.2.3.1: Equipo computacional- Tablet de 64 GB, 4 RAM	Tablet																		
Aplicación del MP: gestión de insumos y materiales	REGISTRO	1	26.3.2.3.1: Equipo computacional- Tablet de 64 GB, 4 RAM	Tablet																		
Aplicación del MP: Gestión de Equipos e Infraestructura	REGISTRO	1	26.3.2.3.1: Equipo computacional- Tablet de 64 GB, 4 RAM	Tablet																		

Director de la Red/Hospital: Planificar y autorizar la implementación del Plan.
 Jefe de Planificación: Responsable de asignación y certificación del crédito presupuestal.
 Jefe de Administración: Adquisición y entrega de bienes, servicios, activos no financieros.
 Unidad/Oficina de requerimiento: Calificar el equipo de adquisición; Solicitar el requerimiento.
 26.000,00

