



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional Docente
Madre-Niño "San Bartolomé"

Nº 141 -2022-DG-HONADOMANI-SB



Resolución Directoral

Lima, 04 de Octubre de 2022



Visto:

Expediente Nº 17333-22, y;

CONSIDERANDO:

Que, con Decreto supremo Nº 001-2022-SA se definen los criterios técnicos para el cumplimiento de indicadores de desempeño y compromisos de Mejora 2022; uno de estos Compromisos de Mejora es el "Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención de salud" y una de las fuentes auditable es el Acto resolutivo de aprobación del Plan de Autoevaluación de la IPRESS";

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 456-2007/MINSA, se aprobó la NTS Nº 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", la misma que en sus disposiciones finales establece que se emitirá la Guía Técnica del Evaluador, documento que contiene la metodología de la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 826-2021-MINSA se Aprobaron las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", entre cuyos objetivos específicos señala: que brinda a las instancias reguladoras del Ministerio de Salud, una herramienta que facilite el desarrollo de sus funciones normativas; así como estandarizar los elementos conceptuales, estructurales y metodológicos más relevantes en el ciclo de producción normativa, asimismo establecer la aplicación de procesos transparentes y explícitos para la emisión de los documentos normativos;

Que, la acreditación es un proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, 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;

Que, la finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, mediante Resolución Directoral Nº 117-2022-DG-HONADOMANI-SB-2018, se conformó el Equipo de Evaluadores Internos para el Proceso Autoevaluación 2022 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

Que, mediante Nota Informativa Nº 257-2022-OGC-HONADOMANI-SB de fecha 27 de setiembre de 2022, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad informa al Director General que, en cumplimiento con el "Plan de Gestión de la Calidad 2022 del HONADOMANI "San Bartolomé", aprobado mediante la Resolución Directoral Nº 061-2022-DG-HONADOMANI-SB, el cual contempla como objetivo: "Lograr la Acreditación, Certificación Institucional", siendo necesario ejecutar la actividad "Desarrollo de la Autoevaluación 2022", respecto del cual emite opinión favorable y solicita su oficialización;



Que, mediante memorando N° 312.2022.DG.HONADOMANI.SB de fecha 27 de setiembre de 2022,, el Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", solicita a la jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica, proyecte el correspondiente acto resolutivo;

Con la visación del Director Adjunto, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En uso de las facultades y atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N° 051-2022/MINSA, como Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" y de acuerdo al Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el Documento Técnico: "**Plan de Autoevaluación 2022**" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", por los fundamentos expuestos en su parte considerativa de la presente Resolución Directoral.

Artículo Segundo.- Disponer que la Oficina de Gestión de la Calidad, implemente la difusión y aplicación interna del Documento Técnico: "**Plan de Autoevaluación 2022**", aprobado en el Artículo 1° de la presente Resolución Directoral.

Artículo Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática, a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación de la Resolución Directoral de la Aprobación del Documento Técnico: "**Plan de Autoevaluación 2022**", en la dirección electrónica www.sanbartolome.gob.pe.

Artículo Cuarto.- Notificar la presente Resolución Directoral a los interesados y a los estamentos correspondientes.

Regístrese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"
M.C. SANTIAGO G. CABRERA RAMOS
Director General
CMP. 16739 RNE. 7427

SGCR/ASP/JGO.
c.c.

- DA
- OGC
- OAJ
- OEI
- Archivo

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOME
Documento Autenticado

SRA. MONICA MARGARITA CALLAN SOTO
FEDATARIO
Reg. N° Fecha: 04 OCT. 2022



HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOMÉ

DOCUMENTO TÉCNICO:

Plan de Autoevaluación 2022

Setiembre 2022

INDICE

	Pagina
I. Introducción	3
II. Justificación	4
III. Objetivos	4
IV. Alcance	5
V. Base Legal	5
VI. Metodología de la Evaluación	5
VII. Cronograma de Actividades	6
VIII. Equipo de Evaluación	6
IX. Anexos	8



DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE AUTOEVALUACION 2022**1. Introducción**

La Política Nacional Multisectorial de Salud (PNMS) denominada “Perú, País Saludable” es una política liderada por el Ministerio de Salud con el propósito de asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población, lo que incluye una mayor eficiencia en la asignación y uso de recursos, así como la equidad en el acceso y provisión de servicios de salud, con calidad y calidez.

La acreditación es un proceso voluntario por el cual una organización es capaz de medir la calidad mediante la comparación con estándares. La Comisión Nacional Sectorial de Acreditación la define como una forma de evaluación del funcionamiento de los establecimientos de salud, para lograr que los usuarios reciban una atención de mejor calidad, de acuerdo a estándares preestablecidos; la cual se verifica por un equipo de evaluadores externos.

La acreditación busca, que todos los establecimientos de salud acreditados cumplan con requisitos (estándares) mínimos de calidad, que el personal de salud se interese y motive para mejorar continuamente sus servicios. Al final del proceso de acreditación, los establecimientos de salud estarán en mejores condiciones de atender las necesidades de salud de la población, que los usuarios salgan satisfechos con la atención de salud recibida, y que la población cuente con información sobre la calidad de atención brindada en los establecimientos de salud.

Los beneficios que trae a los usuarios/as de los establecimientos acreditados es atención rápida, completa y cuando la necesite, mayor seguridad y menores riesgos de atención, mejor solución de sus problemas de salud, trato amable y respetuoso, respeto a las creencias y costumbres de los usuarios/as, mayor información para un uso adecuado de los servicios, para el personal del establecimiento de salud acreditado, Mejora la confianza y autorrealización personal, Mejora su imagen y credibilidad ante la población, tiene la oportunidad de mejorar continuamente la relación con las autoridades, quienes pueden dar cuenta del buen uso de los recursos.

La acreditación es un proceso de evaluación periódico basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar.

La Norma Técnica de Salud que regula la Acreditación en los establecimientos de Salud es la NT N° 050-MINSA/DGSP-V.02, aprobada el 4 de junio del 2007, mediante la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA.

El proceso de autoevaluación en el HONADOMANI San Bartolomé, se realiza periódicamente, aunque los resultados no han permitido alcanzar los estándares, sin embargo continuamos remando en el entendido que esto es un proceso que tomará



tiempo pero como producto se han obtenido múltiples acciones de mejora que han contribuido a elevar la calidad de la atención.

Es así que dando cumplimiento en la programación de actividades y tareas del plan de gestión de la calidad, la Oficina de Gestión de la Calidad - HONADOMANI San Bartolomé, gestionará todo lo concerniente con la autoevaluación en el mes de Noviembre.

2. Justificación

En cumplimiento con el "Plan de Gestión de la Calidad 2022 del HONADOMANI San Bartolomé", aprobado mediante la Resolución Directoral N°061-2022-DG-HONADOMANI-SB, el cual contempla como objetivo "lograr la acreditación/certificación institucional" y es necesario ejecutar la actividad *"desarrollo de la autoevaluación 2022"*.

El proceso de autoevaluación está regulado por la NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo" oficializada mediante Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA. En ella se establece que la autoevaluación es de carácter obligatorio, de ahí que también esté programada en el Plan Operativo Institucional 2022 (oficializado mediante la Resolución Directoral N° 136-2022-DG-HONADOMANI-SB).

Asimismo, mediante el Decreto Supremo N° 001-2022-SA han sido definidos los criterios técnicos para el cumplimiento de Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora 2022. Uno de estos Compromisos de Mejora es el "Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención de salud" y una de las fuentes auditables es *el acto resolutivo de aprobación del Plan de Autoevaluación de la IPRESS*.

El equipo de evaluadores internos, designado oficialmente mediante la Resolución Directoral N°117 2022 DG-HONADOMANI-SB, ha elaborado el Plan de Autoevaluación 2022.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Desarrollar el proceso de autoevaluación 2022, en los plazos previstos y de acuerdo a la normatividad vigente.

3.2. Objetivos Específicos

3.2.1. Implementar en la institución las acciones que garanticen el desarrollo armónico del proceso de autoevaluación conforme lo estipula la norma técnica.

3.2.2. Determinar el grado de avance respecto al cumplimiento del listado de estándares desde la última autoevaluación

4. Alcance

Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Hospital de categoría III-1

5. Base Legal

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud"
- Ley N° 27444, "Ley de Procedimientos Administrativos General"
- Decreto Ley N° 1161 "Ley de Organización y funciones del MINSA"
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud"
- Decreto Supremo N° 016-2021-SA "Plan estratégico multisectorial al 2030 de la política multisectorial de Salud "PERÚ" País saludable.
- Decreto Supremo N° 001-2022-SA, que define los criterios técnicos para el cumplimiento de Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora 2022
- R.M. N° 519-2006-SA/DM, "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- R.M N° 456-2007/MINSA. Aprueba la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-.V.02: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- R.M. N° 270-2009/MINSA, "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- R.D. N° 061-2022-DG-HONADOMANI-SB aprueba el Plan de Gestión de la Calidad 2021 del HONADOMANI San Bartolomé".

6. Metodología de la Evaluación

La autoevaluación se realizará utilizando los instrumentos de la autoevaluación realizadas por los evaluadores internos del HONADOMANI San Bartolomé.

Se aplicaran las siguientes técnicas de evaluación

- Observación.
- Encuesta
- Entrevista.
- Muestreo y Auditoria.
- Uso de la matriz de técnicas y fuentes auditables



7. Cronograma de Actividades

El cronograma para el cumplimiento de las actividades de autoevaluación se encuentra consignado en los cuadros que a continuación presentamos

CRONOGRAMA DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN

ACTIVIDADES	SET - NOV
Elaboración y presentación del Plan de Autoevaluación	Viernes 23/Set Martes 27/set
Discusión y análisis de los instrumentos de evaluación	Oct. de 03-04
Revisión y Validación de los instrumentos de evaluación	Oct. de 05
Comunicación del inicio de la Autoevaluación	Oct. de 10
Aplicación del listado de estándares	Nov. de 07 al 14

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE AUTOEVALUACIÓN

ACTIVIDADES	NOV - DIC
Consolidación de los datos obtenidos	14 al 16 Nov
Entrega de información cuantitativa y cualitativa	17 Nov
Procesamiento de datos en aplicativo	18 Nov
Análisis de resultados. Presentación de sugerencias y recomendaciones por Macro procesos	21 al 25 Nov
Elaboración del plan de mejora	05 al 09 Dic
Presentación de Informe final al Equipo de Gestión	12 al 16 Dic

8. Equipo de Evaluación

La Oficina de Gestión de la Calidad a través de la Unidad de Garantía de la Calidad y el equipo de evaluadores internos son los responsables de la implementación del presente plan.

El equipo de evaluadores internos fueron capacitados en lo que respecta a la norma técnica de acreditación de establecimientos de salud y de acuerdo a sus competencias y con la aceptación respectiva de cada evaluador se realizó la asignación de los macroprocesos a evaluar (acta N°2)

Miembros del equipo de evaluadores internos 2022

1. Dra. Huiza Espinoza, Lilia Francisca (LIDER)
2. Dra. Aranda Alberto, Mery
3. Dr. Esteves Osso, Francisco
4. Dr. Santivañez Pimentel, Álvaro
5. Dr. Valdivia Vera, Edson
6. Dra. Zapata Diaz, Betsy
7. Lic. Enf. Ascona Briceño, Adita Rosario
8. Lic. Enf. Candía Fabián, Celeste
9. Lic. Enf. Carranza Castillo, Teresa Isabel
10. Lic. Enf. Gutiérrez Cahuana, Virginia
11. Lic. Enf. Huamán Astocóndor, Flor de María
12. Lic. Enf. Macassi Meza, Jackeline
13. Lic. Enf. Macassi Meza, María
14. Lic. Enf. Villafuerte Gamboa, Janeth
15. Odont. Meza Cañari Jaime
16. Trab. Social Salazar Salazar, Nancy Soledad
17. Adm. Terán Vásquez, Miluska
18. Obst. Aida Kanashiro, Rosa Bertha
19. Obst. Bardales Martell, María
20. Obst. Huamaní Valdivia, Felia
21. Obst. Zapata Romero, Lidia Teodora
22. Psc. Cajo Cenccho, Carlos
23. C.P.C. Chávez Espíritu, Eda Marlene
24. Lic. Adm. Infante Zapata, Diana Soledad
25. Bach. Derecho. Garay Cárdenas, Yolanda Maria



ANEXO N°1 DISTRIBUCION DE LOS RESPONSABLES PARA LA EVALUACION DE LOS MACROPROCESOS

Grupo y Líder	Líder	Evaluadores internos	Macroproceso	Áreas a evaluar	Noviembre						
					7	8	9	10	11	12	14
Grupo n°1	Dra. Huiza Espinoza, Lilia Francisca	Dra. Huiza Espinoza, Lilia Francisca	Macroproceso n°1 Direccionamiento (DIR)	*Unidad de Organización-Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico *Sub-Dirección General *Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental *Unidad de Planes y Proyectos-Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.							
		Lic. Adm. Infante Zapata, Diana Soledad									
Grupo n°2	C.P.C. Chávez Espíritu, Eda Marlene	Trab. Social Salazar Salazar, Nancy Soledad	Macroproceso n°2 Gestión de Recursos Humanos (GRH)	*Oficina Ejecutiva de Administración *Oficina de Personal *Sub-Dirección General *Jefaturas de Departamentos, Servicios, Unidades, Áreas, Oficinas *Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental *Área de Capacitación.							
		C.P.C. Chávez Espíritu, Eda Marlene									
Grupo n°3	Lic. Enf. Macassi Meza Maria	Lic. Enf. Macassi Meza Maria	Macroproceso n°3 Gestión de la Calidad (GCA)	*Oficina de Gestión de la Calidad *Coordinación de Garantía de la Calidad *Coordinación de Mejoramiento Continuo							
		Lic. Enf. Villafuerte Gamboa, Janeth									
Grupo n°4	Obst Zapata Romero, Lidia Teodora	Lic. Enf. Candía Fabián, Celeste	Macroproceso n°4 Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)	*Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental *Coordinación de Garantía de la Calidad *Sub-Dirección General							
		Obst Zapata Romero, Lidia Teodora									

Grupo y Líder	Líder	Evaluadores internos	Macroproceso	Áreas a evaluar	Noviembre						
					7	8	9	10	11	12	14
				*Departamento. Gineco-Obstetricia *Servicio de Patología Clínica (Bco. Sangre) *Departamentos Médicos *Departamento de Enfermería *Área de Salud Ocupacional *Área de Salud Ambiental							
Equipo n°5	Lic. Enf. Macassi Meza Jackeline	Lic. Enf. Macassi Meza Jackeline	Macroproceso n°5 Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)	*Sub-Dirección General *Departamento de Emergencia *Servicio de Emergencia							
		Obst. Aida Kanashiro, Rosa Bertha									
Equipo n°6	Dr. Valdivia Vera, Edson	Dr. Santivañez Pimentel, Álvaro	Macroproceso n°6 Control de la Gestión y Prestación (CGP)	*Sub-Dirección General *Departamentos Médicos *Oficina de Gestión de la Calidad *Coordinación de Garantía de la Calidad							
		Dr. Valdivia Vera, Edson									
Equipo n°7	Lic. Enf. Carranza Castillo, Teresa Isabel	Lic. Enf. Carranza Castillo, Teresa Isabel	Macroproceso n°7 Atención ambulatoria(ATA)	*Sub-Dirección General *Oficina de Comunicaciones *Departamentos Médicos *Coordinación de Garantía de la Calidad *Oficina de Comunicaciones *Servicios Médicos							
		Lic. Enf. Ascona Briceño, Adita Rosario									
Equipo n°8	Obst. Huamani Valdivia, Felia	Obst. Huamani Valdivia, Felia	Macroproceso n°9 Atención de Hospitalización (ATH)	*Oficina de Estadística e Informática *Servicios Médicos *Departamentos Médicos *Sub-Dirección General							
		Dra. Zapata Diaz, Betsy									

Grupo y Líder	Líder	Evaluadores internos	Macroproceso	Áreas a evaluar	Noviembre						
					7	8	9	10	11	12	14
				*Departamento de Gineco-Obstetricia *Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental *Coordinación de Garantía de la Calidad *Departamentos de Apoyo al Diagnóstico y Ayuda al Tratamiento							
Grupo n°9	Psc. Cajo Cenccho, Carlos	Dr. Esteves Osso, Francisco	Macroproceso n°10 Atención de Emergencia (EMG)	*Sub-Dirección *Departamento de Emergencia *Coordinación de Garantía de la Calidad *Oficina de servicios generales y Mantenimiento *Servicio de Emergencia							
		Psc. Cajo Cenccho, Carlos									
Grupo n°10	Dra. Aranda Alberto, Mery	Dra. Aranda Alberto, Mery	Macroproceso n°11 Atención Quirúrgica (ATQ)	*Sub-Dirección *Departamento de Cirugía Pediátrica *Departamento de Gineco-Obstetricia *Departamento de Anestesiología y CQX *Departamento de Enfermería *Oficina de Gestión de la Calidad							
		Lic. Enf. Gutiérrez Cahuana, Virginia									
Grupo n°11	Psc. Cajo Cenccho, Carlos	Psc. Cajo Cenccho, Carlos	Macroproceso n°12 Docencia e Investigación (DIV)	*Sub-Dirección *Oficina de Planeamiento Estratégico *Oficina de Docencia e Investigación							
		Dra. Aranda Alberto, Mery									
Grupo n°12	Dr. Esteves Osso, Francisco	Dr. Esteves Osso, Francisco	Macroproceso n°13 Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (ADT)	*Departamento de Apoyo al Diagnóstico *Departamento de Ayuda al Tratamiento *Servicios AD y AT							
		Lic. Enf. Villafuerte Gamboa, Janeth									

Grupo y Líder	Líder	Evaluadores internos	Macroproceso	Áreas a evaluar	Noviembre						
					7	8	9	10	11	12	14
Equipo n°13	Lic. Adm. Infante Zapata, Diana Soledad	Obst. Bardales Martell, Maria	Macroproceso n°14 Admisión y Alta (ADA)	*Sub-Dirección *Oficina de Estadística e Informática* *Área de Admisión							
		Lic. Adm. Infante Zapata, Diana Soledad									
Equipo n°14	Dra. Huiza Espinoza, Lilia Francisca	Obst. Aida Kanashiro, Rosa Bertha	Macroproceso n°15 Referencia y Contra referencia (RCR)	*Oficina de Planeamiento Estratégico *Oficina de Seguros *Oficina Ejecutiva de Administración *Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento *Sub-Dirección							
		Dra. Huiza Espinoza, Lilia Francisca									
Equipo n°15	Dr. Valdivia Vera, Edson	Dr. Valdivia Vera, Edson	Macroproceso n°16 Gestión de Medicamentos (GMD)	*Sub-Dirección *Departamento de Ayuda al Tratamiento *Servicio de Farmacia *Servicio de Farmacia-Unidades							
		Lic. Enf. Ascona Briceño, Adita Rosario									
Equipo n°16	Adm. Terán Vásquez, Miluska	Adm. Terán Vásquez, Miluska	Macroproceso n°17 Gestión de la Información (GIN)	*Sub-Dirección *Oficina de Estadística e Informática *Coordinación de Mejora Continua *Área de Informática							
		C.P.C. Chávez Espíritu, Eda Marlene									
Equipo n°17	Lic. Enf. Macassi Meza Maria	Odont. Meza Cañari Jaime	Macroproceso n°18 Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)	*Departamento de CQX *Servicio de Central de Esterilización *Servicio de Enfermería de Anestesiología y Central de Esteril.							

Grupo y Líder	Líder	Evaluadores internos	Macroproceso	Áreas a evaluar	Noviembre						
					7	8	9	10	11	12	14
		Lic. Enf. Macassi Meza Maria		*Oficina de epidemiología y Salud Ambiental *Area de Salud Ocupación *Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento							
Grupo n°18	Lic. Enf. Huamán Astocóndor, Flor de María	Lic. Enf. Huamán Astocóndor, Flor de María	Macroproceso n°19 Manejo de Riesgo Social (MRS)	*Departamento de Apoyo al Tratamiento *Servicio de Trabajo Social							
		Dr. Santivañez Pimentel, Álvaro									
Grupo n°19	Obst. Bardales Martell, Maria	Trab. Social Salazar Salazar, Nancy Soledad	Macroproceso n°20 Nutrición y Dietética (NYD)	*Departamento de Apoyo al Tratamiento *Servicio de Nutrición *Servicios de Enfermería							
		Obst. Bardales Martell, Maria									
Grupo n°20	Bach. Derecho. Garay Cárdenas, Yolanda Maria	Adm. Terán Vásquez, Miluska	Macroproceso n°21 Gestión de Insumos y materiales (GIM)	*Oficina de Planeamiento Estratégico *Oficina de Logística *Oficina Ejecutiva de Administración							
		Bach. Derecho. Garay Cárdenas, Yolanda Maria									
Grupo n°21	Lic. Enf. Macassi Meza, Jackeline	Bach. Derecho. Garay Cárdenas, Yolanda Maria	Macroproceso n°22 Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)	*Planeamiento estratégico *Área de Proyectos *Oficina de Logística *Oficina de Servicios Generales *Oficina Ejecutiva de Administración							
		Lic. Enf. Macassi Meza, Jackeline									