



Resolución Directoral

Lima, 05 de Mayo de 2020

VISTO: Los Expedientes Administrativos Registro N° 11633 y 12648 -2020, que contiene el proyecto del Documento Técnico: "Plan de Autoevaluación – 2020, del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

CONSIDERANDO:

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, aprueba el Reglamento de establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el cual tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

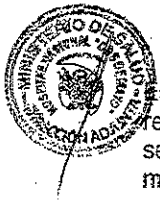
Que, a través de Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el documento: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", que consigna los principios, políticas, objetivos, estrategias, entre otros aspectos que permitirán orientar los esfuerzos para mejorar la calidad en los servicios y establece como uno de sus componentes la garantía y mejoramiento de la calidad, siendo una de sus líneas de acción, la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya 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; asimismo, la citada Norma Técnica de Salud establece que, el proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa, definiendo a la primera como: "La fase inicial obligatoria del proceso de Acreditación, en los Establecimientos de Salud que cuenten con un equipo institucional de evaluadores internos, previamente formados, quienes harán uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizarán una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento";

Que, con la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprueba la "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional, con el objetivo de establecer directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", el cual tiene por finalidad estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;

Que, mediante Informe N° 30-2020-OGC-HNDM, de fecha 20 de abril del 2020, la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, en su calidad de órgano proponente, expide su informe técnico, a



través del cual concluye que el proyecto del Documento Técnico: Plan de Autoevaluación 2020 cumple con la normatividad vigente;

Que, a través del Informe N° 067-2020-OEE-HNDM, de fecha 14 de abril del 2020, la Directora de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, remite el Informe N° 016-2020-EP-OEPE-HNDM, de fecha 07 de abril del 2020, del Equipo de Trabajo de Presupuesto, en el cual emiten su opinión favorable, respecto al presupuesto institucional que involucra el citado plan, y, asimismo, con Informe N° 015-2020-EPP-OEPE-MBS-N°-009-HNDM, de fecha 06 de abril del 2020, del Equipo de Trabajo de Planes y Programas, concluye que el proyecto del Documento Técnico: Plan de Autoevaluación 2020 cumple con los parámetros establecidos en la normatividad vigente;

Estando a lo propuesto por la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad;

Con las visaciones del Director Adjunto, de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, y de la Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo establecido la Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo"; y, la Resolución Vice Ministerial N° 0001-2020-SA/DMV-PAS, de renovación, a partir del 1 de enero de 2020, del encargo de puesto como Directora General del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Documento Técnico: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN - 2020, del Hospital Nacional "Dos de Mayo"; el que en once (11) fojas, forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Disponer que la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad, como responsable de la unidad orgánica competente, realice la difusión, implementación, monitoreo, supervisión y ejecución del presente plan, aprobado por la presente resolución.

Artículo 3°.- La Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática de la Institución dispondrá la publicación de la presente resolución directoral en el portal institucional del Hospital <http://www.hdosdemayo.gob.pe>.

Regístrese, comuníquese y publíquese;

RDMKO/CECO/YMAE/GDCLDLF/ELVF/dipa

- C.c.:
- Dirección General.
 - Órgano de Control Institucional.
 - Dirección Adjunta.
 - O. Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
 - O. Gestión de la Calidad.
 - O. Asesoría Jurídica.
 - O. Estadística e Informática.
 - Archivo.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
Dra. ROSARIO DEL VALGRO KUCHARA OKAMOTO
Directora General (e)
C.M.P. 20000 R.N.E. 17001





Documento Técnico
PLAN DE AUTOEVALUACION 2020
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

ÍNDICE

	Pág.
I. Introducción.	2
II. Justificación.	3
III. Objetivo.	4
IV. Alcance.	4
V. Base legal.	4
VI. Contenido	5
VII. Responsabilidades	7
VIII. Presupuesto	7
IX. Anexos	
Anexo N°01:	9
Cronograma de actividades para la autoevaluación 2020-A	10
Cronograma de actividades para la autoevaluación 2020-B	11
Anexo N°02: Plan de trabajo	



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACION 2020

I. INTRODUCCION:

La calidad en la prestación de los servicios de salud es uno de los pilares para la transformación de los Sistemas de Salud que ha tenido lugar en los últimos años, en la mayoría de países. La calidad de la atención es un requisito fundamental, orientado a otorgar seguridad a los usuarios, satisfacer sus expectativas por la atención de salud y minimizar los riesgos en la prestación de servicios; lo que ha conllevado a la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad en todas las instituciones prestadoras de salud del sistema peruano, que pueda ser evaluado regularmente, para lograr mejoras progresivas en cuanto a la calidad.

El Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), impulsado por el Ministerio de Salud identifica la calidad de la atención como un principio básico de la atención en salud, estableciendo que la calidad es el conjunto de características técnico científicas, humanas y materiales que debe tener la atención de salud que se brinda a los usuarios para satisfacer sus expectativas en torno a ella. El sistema considera como uno de sus componentes el de Información para la Calidad, que está definido como el conjunto de estrategias, metodologías, instrumentos y procedimientos que permitan contar con evidencias, de manera permanente y organizada, sobre la calidad de atención y los niveles de satisfacción de los usuarios internos y externos. En este sentido se plantea la utilización de estándares de calidad, y un conjunto de instrumentos de soporte para la medición de los niveles de calidad alcanzados por la organización que permitan valorar el cumplimiento de las metas previstas.

La Acreditación está definida como un proceso de evaluación externa, periódica, 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.

La Acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa.

La Autoevaluación es la primera fase del proceso de acreditación de Establecimientos de Salud-PAES, que consiste en la evaluación periódica, basada 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 clave de la atención de la salud. Hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación para su nivel de atención.



III. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Incrementar el puntaje de los Estándares de Acreditación en el Hospital Nacional Dos de Mayo, con miras a la acreditación como establecimiento de Salud de Nivel III-1.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Organizar y planificar el proceso de Autoevaluación.
- Realizar el proceso de Autoevaluación y evaluar el nivel de cumplimiento de los criterios del Listado de Estándares de Acreditación que corresponden a un establecimiento III-1.
- Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación y desarrollar acciones de mejora basados en las debilidades detectadas durante el proceso de autoevaluación.

IV. ALCANCE:

El presente Plan es de alcance y cumplimiento obligatorio por todo el personal que labora en el Hospital Nacional "Dos de Mayo".

V. BASE LEGAL:

- Ley N° 26842 - "Ley General de Salud" y sus modificatorias
- Decreto Legislativo. N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA que aprueba la Directiva N° 047-2004-DGSP/MINSA-V.01, "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial. N° 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA que aprueba la NT N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".



- Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo", modificada por la Resolución Ministerial N° 228-2013/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, aprueba las "Normas para la Elaboración de los Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Directoral N° 400-2010/D/HNDM, que aprueba el Manual de Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Resolución Directoral N° 029-2020/D/HNDM, que aprueba el Listado de Evaluadores Internos 2020 del Hospital Nacional "Dos de Mayo".

VI. CONTENIDO:

METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

El equipo de Evaluadores Internos del HNDM utilizará diversas técnicas de verificación que les permitirán evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación:

1. **Verificación/Revisión de documentos:** Una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.
2. **Observación:** Permite seguir la manera cómo se desarrollan los procesos en la práctica. Se observa a las personas. Así también, se trata de observar el entorno.
3. **Entrevistas:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
4. **Muestras:** Técnica que permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.
5. **Encuestas:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
6. **Auditorías:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

Los estándares de acreditación contienen atributos relacionados a los procesos internos y de servicios que brinda el hospital, referencias normativas y criterios de evaluación en función de 22 macroprocesos que para los Establecimientos del Nivel III-1, como es el caso del HNDM son aplicables 21. Consta de criterios de estructura (36%), de proceso (45%) y de resultado (19%).



Las fuentes auditables dependerán de las normas que regulan los procesos del MINSA, las normas legales sectoriales que regulan los procesos institucionales y las normas internas del HNDM.

Los siguientes constituyen los Macroprocesos, estándares y criterios a evaluar en el HNDM:

Nº	Macroproceso	Estándares	Criterios
1	Direccionamiento	2	11
2	Gestión de Recursos Humanos	4	11
3	Gestión de Calidad	4	22
4	Manejo de Riesgo de Atención	8	50
5	Gestión de Seguridad ante Desastres	3	21
6	Control de la Gestión y Prestación	2	15
7	Atención Ambulatoria	4	14
9	Atención de Hospitalización	7	26
10	Atención de Emergencias	3	14
11	Atenciones Quirúrgicas	4	24
12	Docencia e Investigación	2	15
13	Atención de Apoyo, Diagnóstico y Tratamiento	3	11
14	Admisión y Alta	4	16
15	Referencia y Contrarreferencia	2	10
16	Gestión de Medicamentos	3	15
17	Gestión de Información	3	14
18	Descontaminación, Limpieza, Desinfección, Esterilización	4	17
19	Manejo del Riesgo Social	2	6
20	Nutrición y Dietética	2	10
21	Gestión de Insumos y Materiales	2	8
22	Gestión de Equipos e Infraestructura	2	12
TOTAL		70	342

PLAN DE TRABAJO

OE1: Organizar y planificar el proceso de Autoevaluación.

- a) Conformación del Equipo de Acreditación.
- b) Conformación de Evaluadores Internos.
- c) Capacitación a los Evaluadores Internos.
- d) Elaboración del Plan y Designación de Líder.
- e) Designación de Responsables por Macroproceso.
- f) Aprobación del Plan de Autoevaluación.
- g) Difusión del proceso de autoevaluación.



OE2: Realizar el proceso de Autoevaluación y evaluar el nivel de cumplimiento de los criterios del Listado de Estándares de Acreditación que corresponden a un establecimiento III-1.

- a) Difusión del Plan de Autoevaluación.
- b) Reunión de análisis de las fuentes de verificación de los criterios de acreditación con el equipo de Evaluadores Internos y Responsables de Macroprocesos.
- c) Comunicación del Inicio de la Autoevaluación.
- d) Aplicación de la Lista de Estándares de Acreditación.

OE3: Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación y desarrollar acciones de mejora basada en las debilidades detectadas durante el proceso de autoevaluación.

- a) Procesamiento de Datos y Análisis de Resultados.
- b) Elaboración del Informe del Proceso de Autoevaluación.

VII. RESPONSABILIDADES:

El Equipo de Gestión, los responsables de cada macroproceso, los evaluadores internos y el personal que labora en el Hospital Nacional "Dos de Mayo", son responsables del cumplimiento de lo dispuesto en el presente Plan.

VIII. PRESUPUESTO:

OE1: Las actividades para la Organización y Planificación para la Autoevaluación implica participación institucional, por lo que muchas de ellas tienen presupuesto en diferentes UPS y UPSS, como es el caso de capacitación que está programada en el PDP.

OE2: Las actividades para la realización de la Autoevaluación implican para generar productos básicamente documentarios en la Oficina de Gestión de la Calidad, se requiere de S/. 200.00 soles

OE3: Las actividades para analizar los resultados de la Autoevaluación implican para generar productos básicamente documentarios en la Oficina de Gestión de la Calidad, se requiere de S/. 200.00 soles

Presupuesto calculado para las actividades no presupuestadas en otras UPS y UPSS es de S/. 1000.00 soles.



El presupuesto desagregado se visualiza con el Plan de trabajo (Anexo N° 02).

El presupuesto del presente plan se encuentra contemplado el Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud.

IX. ANEXOS:



ANEXO N° 01

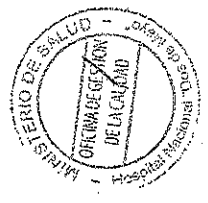
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION 2020 -- A

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2020														
		ENE	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGS.	SET.	OCT.	NOV	DIC			
Reuniones del equipo evaluador para elaboración del plan y designación de evaluador líder	MC Teresa Naupari Ruiz															
Designación de responsables por cada Macroproceso																
Presentación del Plan a la Dirección																
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del listado de estándares de acreditación																
Presentación del Plan a Jefes de servicio, personal																
Macroprocesos																
Macroproceso 1: Dirección y Gestión de Recursos Humanos																
Direccionamiento																
Gestión de Recursos Humanos																
Gestión de la Calidad																
Manejo del Riesgo de la Atención																
Gestión de Seguridad ante Desastres																
Control de la Gestión y Prestación																
Atención Ambulatoria																
Atención de Hospitalización																
Atención de Emergencia																
Atención Quirúrgica																
Docencia e Investigación																
Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento																
Admisión y Alta																
Referencia y Contrareferencia																
Gestión de Medicamentos																
Gestión de la Información																
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización																
Manejo del Riesgo Social																
Nutrición y Dietética																
Gestión de Insumos y Materiales																
Gestión de Equipos e Infraestructura																
Procesamiento de datos																
Análisis de resultados																
Elaboración del informe preliminar																
Presentación del informe preliminar																
Revisión y corrección del informe																
Entrega del informe técnico																



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION 2020 - B

RESPONSABLE POR SUB EQUIPO	MACROPROCESOS	EQUIPOS DE EVALUADORES INTERNOS	AGS.			SET.			RESPONSABLES EVALUADOS
			4	1	2	3	1	2	
Dra. Ada Gómez Mendoza	Direccionamiento	MC. Teresa Naupari Ruiz							Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
	Gestión de Recursos Humanos	MC. Teresa Naupari Ruiz							Jefe de la Oficina de Personal
	Gestión de la Calidad	Dra. Ada Gómez Mendoza							Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
	Manejo del Riesgo de la Atención	Dra. María Bayona Salcedo Lic. Liliana Medrano Musayon Lic. Deysi Rojas Quispe Lic. Miriam Silvia Rojas Castillo							Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental Jefe del Departamento de Medicina Interna Jefe del Departamento de Enfermería
	Gestión de Seguridad ante Desastres	Dra. María Bayona Salcedo							Jefe del Servicio de Emergencia y Trauma Shock
	Control de la Gestión y Prestación	Dra. Ada Gómez Mendoza							Jefe del Departamento de Especialidades Médicas
	Atención Ambulatoria	Dr. Evert José Reyes Armas							Jefe de Departamento de Consulta Externa
	Atención de Hospitalización	Dra. Rosa Ampuero Cáceres Dra. María Bayona Salcedo Lic. Evelyn Acosta Walkie							Jefe del Departamento de Pediatría
	Atención de Emergencia	Dr. Edwin Wilder Darnian Bello Lic. Deysi Rojas Quispe							Jefe del Servicio de Emergencia y Trauma Shock
	Atención Quirúrgica	MC. Teresa Naupari Ruiz							Jefe del Departamento de Cirugía
MC Teresa Naupari Ruiz	Docencia e Investigación	MC. Teresa Naupari Ruiz							Jefe de la Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
	Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Ing. Eduardo Yacayo Infante							Jefe de Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
	Admisión y Alta	Bach. Martín Ruiz Laurel							Jefe de Oficina de Estadística e Informática
	Referencia y Contrarreferencia	Lic. Jovita Silva Robledo							Jefe del Módulo de Referencias y Contrarreferencias
	Gestión de Medicamentos	MC. Teresa Naupari Ruiz							Jefe del Departamento de Farmacia
	Gestión de la Información	Bach. Martín Ruiz Laurel							Jefe de Oficina de Estadística e Informática
	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	Lic. Nelly Salas Meilo							Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental Jefe del Departamento de Enfermería
	Manejo del Riesgo Social	Lic. Nelly Salas Meilo							Jefe del Departamento de Servicio Social
	Nutrición y Dietética	Bach. Martín Ruiz Laurel							Jefe del Departamento de Nutrición y Dietética
	Gestión de Insumos y Materiales	Lic. Nelly Salas Meilo							Jefe de la Oficina de Logística
MC Teresa Naupari Ruiz	Gestión de Equipos e Infraestructura	Lic. Nelly Salas Meilo							Jefe de Servicios Generales y Mantenimiento
	EVALUADOR LIDER: MC. TERESA NAUPARI RUIZ								



ANEXO N°02:
PLAN DE TRABAJO

ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META DE CUMPLIMIENTO	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2020												PRESUPUESTO	RESPONSABLE	
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGS	SET	OCT	NOV	DIC			
Organizar y planificar para la Autoevaluación	Conformación del Equipo de Acreditación	Resolución directoral	1	1													0	Dirección General
	Conformación del Evaluadores Internos	Resolución directoral	1	1													0	Dirección General
	Capacitación a los evaluadores internos	Persona capacitada	20			20											0	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación
	Elaboración del plan y designación de líder	Lista de asistencia	1		1												0	Evaluadores Internos
	Designación de responsables por macroproceso	Listado	1		1												0	Oficina de Gestión de la Calidad
	Aprobación del plan de autoevaluación	Resolución directoral	1		1												0	Oficina de Gestión de la Calidad
	Difusión del proceso de autoevaluación	Correo electrónico	1							1	1						0	Oficina de Gestión de la Calidad
	Difusión del plan de autoevaluación	Página web	1							1							0	Oficina de Gestión de la Calidad
	Reunión de análisis de las fuentes de verificación de los criterios de acreditación con el equipo de evaluadores internos y responsables de macroprocesos	Lista de asistencia	1														0	Dirección General
	Comunicación del inicio de la Autoevaluación	Oficio	1							1							0	Oficina de Gestión de la Calidad
Realizar la Autoevaluación	Aplicación de la lista de estándares de acreditación	Hojas de registro de datos para autoevaluación	21													1	0	Oficina de Gestión de la Calidad
	Procesamiento de datos y análisis de resultados	Datos en Aplicativo MINSA	1													7	14	Oficina de Gestión de la Calidad
	Elaboración del informe del proceso de autoevaluación	Informe	1													1	0	Líder de evaluadores Internos
Las actividades de Autoevaluación implica participación institucional, por lo que muchas de las actividades tienen presupuesto en diferentes UPS y UPSS, como es el caso de capacitación que está programada en el PDP.																	0	Oficina de Gestión de la Calidad
Entonces, para generar productos básicamente documentarios en la OGC, se requerirán S/. 400 soles.																	0	Oficina de Gestión de la Calidad

