	PLAN	PLAN OGC-002
	PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES	Edición N°001




PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES.

OFICINA DE GESTION DE CALIDAD

2021

LIMA - PERÚ



	PLAN	PLAN OGC-002
	PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES	Edición N°001

Dr. Julio Silva Ramos
DIRECTOR GENERAL DEL HNSEB

Dr. Juan Nina Cáceres
SUB DIRECTOR GENERAL

Mg. Jenny Mayne Espada Camones
JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

EQUIPO TECNICO DE LA OFICINA DE GESTION DE CALIDAD


Lic. Enf. Verónica J. Carbajal Gómez

Secretaria

Sra. Marisol Melgar Galiano

Elaborado por :	Revisado por :	Revisado por:	Aprobado por :
Oficina de Gestión de Calidad	Oficina de planeamiento Estratégico	Oficina de Asesoría Legal	Dirección General




	PLAN	PLAN OGC-002
	PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES	Edición N°001

INDICE

INTRODUCCION

- I. FINALIDAD
- II. OBJETIVOS
- III. BASE LEGAL
- IV. ALCANCE
- V. DISPOSICIONES GENERALES
- VI. CONTENIDO
- VII. RESPONSABILIDADES
- VIII. METODOLOGÍA
- IX. FINANCIAMIENTO
- X. INDICADORES.
- XI. EVALUADORES
- XII. ANEXOS



	PLAN	PLAN OGC-002
	PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES	Edición N°001

INTRODUCCIÓN

Entre los Lineamientos de Política Sectorial, se promueve que es un derecho como condición indispensable del desarrollo humano acceder a un servicio de salud de calidad en ese sentido, consideramos que es oportuno mejorar y fortalecer la calidad de nuestros servicios a través del desarrollo de procesos y procedimientos adecuados para alcanzar el bienestar individual y colectivo.


En ese contexto, mejorar la calidad de un servicio 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 el presente Plan de Evaluación Interna en el Marco de la Acreditación de los Establecimientos de Salud, intenta establecer un cronograma de acciones a desarrollar por un equipo evaluador interno conformado por profesionales multidisciplinarios, quienes tendrán la responsabilidad de contrastar, analizar, valorar y recomendar sobre los procesos que se vienen ejecutando en los niveles asistenciales y administrativos para sugerir proyectos de mejora continua de la calidad de servicios.

Las actividades previstas en el Plan de Evaluación Interna, han sido programadas con el propósito, en primer término de conocer y registrar aspectos que debilitan la oferta de servicios y en segundo término fortalecer los procesos actuales.

Finalmente, los aspectos registrados y valorados serán informados a la máxima autoridad institucional y socializados con los miembros de los evaluadores internos para promover la toma de decisiones más adecuados.

El proceso de la Autoevaluación se encuentra incorporado en el Plan de trabajo Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2021 y contenido en el Plan Operativo Institucional aprobado con RD N° 294-2020 - DG-SA- HSEB.



	PLAN	PLAN OGC-002
	PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES	Edición N°001

I. FINALIDAD

Contribuir y garantizar que el Hospital Nacional Sergio E Bernales, brinde prestaciones de salud de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares ya definidos.

II. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Conocer el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación correspondientes a la categoría III-1


OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Contribuir a generar una cultura de calidad en los diferentes órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital Sergio E. Bernales.
- Conocer el nivel de cumplimiento de los estándares correspondientes a los 22 macroprocesos por parte del Hospital Sergio E. Bernales.
- Determinar las áreas susceptibles de mejora o los nudos críticos para ejecutar.
- Proyectos de mejora que permitan mejorar la calidad de nuestra atención.
- Promover el uso de instrumentos y metodologías para el proceso de la Autoevaluación en el marco de la Acreditación de establecimientos de Salud.

III. BASE LEGAL


1. Ley No 26842, Ley General de Salud.
2. Ley No 27657, Ley del Ministerio de Salud.
3. Ley N° 27444, Ley general de Procedimientos administrativos
4. Decreto Legislativo N° 1158- 2013, capítulo II, que aprueba las Funciones Generales de la Superintendencia Nacional de Salud.
5. Decreto Supremo N° 008-2020-SA, que declara Emergencia Sanitaria a nivel Nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y dicta medidas de prevención y control del COVID-19.



	PLAN	PLAN OGC-002
	PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES	Edición N°001

6. Decreto supremo N° 010-2020-SA, que aprueba el Plan de Acción y la Relación de bienes y servicios requeridos para enfrentar la Emergencia Sanitaria declarado por Decreto Supremo N° 008-2020-SA, Decreto Supremo que declara Emergencia Sanitaria a nivel Nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y dicta medidas de prevención y control del COVID-19.
7. Resolución Ministerial N°039-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “ Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción del Coronavirus 2019 –nCOV”
8. Resolución Ministerial N°040-2020/MINSA, que aprueba el “Protocolo para la Atención de Personas con Sospecha o Infección Confirmada por Coronavirus (2019-nCOV).
9. Resolución Ministerial N° 100-2020-MINSA Directiva Sanitaria N° 087-2020-DIGESA/MINSA. “Directiva sanitaria para el manejo de cadáveres por COVID-19”
10. Resolución Ministerial N° 171-2020- MINSa, modifican la Directiva Sanitaria N° 087-MINSA/2020/DIGESA, “Directiva Sanitaria N° 087-MINSA/2020/DIGESA, “Directiva Sanitaria Para El Manejo de Cadáveres por COVID-19.
11. Resolución Ministerial N° 1295-2018- MINSa, que aprueba la Norma Técnica de Salud denominada “Gestión Integral y manejo de residuos sólidos en establecimientos de Salud, servicios médicos de apoyo y centros de investigación”.
12. Resolución Ministerial N° 189-2020- MINSa, modifican la Directiva Sanitaria N°087-MINSA/2020/DIGESA, “Directiva Sanitaria N° 087-MINSA/2020/DIGESA, “Directiva Sanitaria Para El Manejo de Cadáveres por COVID-19.
13. Resolución Ministerial N° 193-2020-MINSa, que aprueba el Documento Técnico: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú,
14. Resolución Ministerial N° 270 -2020-MINSa, Modificar el numeral 7.9 del Punto VII del Documento Técnico: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú, aprobado por Resolución Ministerial N° 193-2020-MINSa,
15. Resolución Ministerial N° 458 -2020-MINSa , que aprueba la Directiva Administrativa N° 293-MINSA-2020-DIGEP “Directiva Administrativa que




	PLAN	PLAN OGC-002
	PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES	Edición N°001

regula el trabajo remoto de salud (TRIS) para el personal de la salud y administrativo del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales", que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

16. Decreto Supremo que prorroga el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia de la COVID-19 y modifica el Decreto Supremo N° 184-2020-PCM, el Decreto Supremo N° 201-2020-PCM, el Decreto Supremo N° 002-2021-PCM y el Decreto Supremo N° 004-2021-PCM
17. Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/MINSA que aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
18. Resolución Ministerial N° 456-2007 / MINSA que aprueba la Norma Técnica de salud para la Acreditación de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de apoyo.
19. Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
20. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud.
21. RM N° 468-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Metodología para el Estudio del Clima Organizacional-V.02"
22. RM N° 795-2003-SA/DM que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Sergio E. Bernales y sus modificatorias.
23. RD N° 294-2020-DG-SA-HNSEB que aprueba el Plan Operativo Institucional del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.
24. RD N° 282-2011-DG-HNSEB que aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad.
25. Decreto Supremo que prorroga el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia de la COVID-19 y modifica el Decreto Supremo N° 184-2020-PCM, el Decreto Supremo N° 201-2020-PCM, el Decreto Supremo N° 002-2021-PCM y el Decreto Supremo N° 004-2021-PCM.



	PLAN	PLAN OGC-002
	PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES	Edición N°001

26. Decreto Supremo N°035-2020-SA que establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2021.


IV. ALCANCE

El alcance del Plan de autoevaluación para la Acreditación abarca a todos los Órganos y Unidades Orgánicas del Hospital Sergio E. Bernales

V. DISPOSICIONES GENERALES

1. El proceso de Acreditación del Hospital Sergio E. Bernales comprende dos fases: la autoevaluación y evaluación externa, realizada por el Equipo de Evaluadores Internos reconocidos con Resolución Directoral y externos respectivamente.
2. La autoevaluación deberá alcanzar el resultado final del 85% para solicitar la evaluación externa para la acreditación del Hospital.
3. La evaluación para la acreditación se realizará en base a estándares ya definidos por el Ministerio de Salud y contenidos en el Listado de Estándares de Acreditación.
4. El Equipo de Acreditación y la Oficina de Gestión de la Calidad son los que comparten responsabilidades para el desarrollo de la acreditación a través de la Autoevaluación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.
5. Los Evaluadores Internos aplicaran el Listado de Estándares de Acreditación.
6. El proceso de acreditación debe ser llevado a cabo con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad para los solicitantes




	PLAN	PLAN OGC-002
	PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES	Edición N°001

VI. CONTENIDO

DEFINICIONES OPERATIVAS:

1. **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.
2. **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.
3. **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, 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.
4. **Constancia para la acreditación:** Documento emitido por la Comisión Nacional Sectorial o la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud, que garantiza que el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo cumple con los estándares establecidos según niveles luego de la evaluación externa.
5. **Criterios de evaluación:** Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.
6. **Estándar:** Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.
7. **Estándar de estructura:** Nivel de desempeño deseado sobre recursos materiales, organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asistencial asignada, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la




	PLAN	PLAN OGC-002
	PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES	Edición N°001

salud o prevención de la enfermedad así como las tareas de gestión de los servicios.

8. **Estándar de proceso:** Nivel de desempeño deseado de todos los pasos que se deben realizar para desarrollar la labor asistencial, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad así como también las labores de gestión.
9. **Estándar de resultado:** Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en salud.
10. **Estándares específicos:** Niveles de desempeño deseado y definido de manera concreta sobre aspectos propios de la realidad sanitaria diferenciada por su complejidad, naturaleza jurídica y prioridades territoriales.
11. **Estándares genéricos:** Niveles de desempeño deseado y definido de manera amplia, que abarcan los diferentes componentes de la gestión y la prestación en todos los niveles de complejidad.
12. **Evaluación externa:** Fase final de evaluación del proceso de acreditación que se orienta a confirmar de manera externa los resultados obtenidos respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación en la fase anterior de autoevaluación. Es una fase necesaria para acceder tanto a la Constancia para la Acreditación como a la Resolución Ministerial o Resolución Ejecutiva Regional según corresponda de la condición de Acreditado.
13. **Evaluador Interno:** Es el trabajador de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del proceso de Acreditación. Tiene competencia para desarrollar su labor únicamente en su propia institución u organización de similar nivel y categoría.
14. **Proceso:** es el conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc) que genera un resultado que agrega valor globalmente.
15. **Macroproceso:** Es un proceso de mayor complejidad en una organización el cual a su vez, agrupa a varios procesos
16. **Trazabilidad:** Es el conjunto de acciones y procedimientos que permiten identificar y registrar cada una de las evaluaciones desde el inicio hasta el final.



	PLAN	PLAN OGC-002
	PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES	Edición N°001

17. **Guía del evaluador:** Documento técnico que describe la metodología a seguir en las diferentes fases de la acreditación. Con especial énfasis en la verificación de los criterios de evaluación del estándar para su correcta calificación, con la finalidad de garantizar la total objetividad del proceso.
18. **Listado de Estándares de Acreditación:** Documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macroprocesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.
19. **Informe técnico de la autoevaluación:** Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo del proceso ejecutado, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.
20. **Servicios médicos de apoyo:** Unidades productoras de servicios de salud que funcionan independientemente o dentro de un establecimiento con o sin internamiento, que brindan servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas.

VII. Responsables:


- Dirección general
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Equipo de Acreditación
- Equipo de Evaluadores Internos
- Jefes de Departamentos, Servicios y/o Oficinas



VIII. METODOLOGÍA

8.1 RECURSOS E INSTRUMENTOS

La autoevaluación se realizará a partir de la experiencia del equipo, verificando y adaptando los criterios técnicos a la realidad actual de los servicios de salud de

	PLAN	PLAN OGC-002
	PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES	Edición N°001

nuestro establecimiento. El Equipo de Evaluadores Internos trabajará en estrecha coordinación con la Dirección General del Hospital y el Equipo de Acreditación; siguiendo la siguiente metodología:

1. Coordinaciones de la Oficina de Gestión de la Calidad con la Dirección General para iniciar la Autoevaluación 2021 para la Acreditación
2. Conformación y/o ratificación con Resolución Directoral del Equipo de Acreditación.
3. Selección y/o ratificación con Resolución Directoral del Equipo de Evaluadores Internos.
4. Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2021
5. Revisión del Listado de los estándares y la distribución de los macroprocesos por servicios y oficinas.
6. Capacitación y/o actualización de los Evaluadores Internos
7. Comunicación del inicio de la Autoevaluación al MINSA, DIRIS, Dirección General de Salud de las Personas y las Oficinas y Servicios del Hospital.
8. Aplicación de la metodología para el proceso de autoevaluación interna en el HSEB: visita de Evaluación a los Departamentos, Servicios y Oficinas será en un periodo de 09 días hábiles, a partir de las 08:00 horas hasta las 13:00 horas en el mes de Octubre del 2021.
9. Ejecución de la Autoevaluación.
10. Ingreso de Datos en el Aplicativo Acreditación V 1.0
11. Análisis y evaluación de Datos.
12. Elaborar del Informe Técnico de la Evaluación y remitir al a Dirección General (Dirección Adjunta).
13. Remitir a DIRIS, según cronograma.


TECNICAS

a. Verificación/Revisión de documentos:

Requerir a las unidades orgánicas las facilidades para acceder a su información y analizar los registros e informes, mapa de procesos, etc.

b. Observación:



	PLAN	PLAN OGC-002
	PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES	Edición N°001

Permite seguir la manera de como el personal se desenvuelve en la práctica. Se observa a las personas y al entorno.

c. Entrevista:

Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.

d. Muestreo:

Permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a tda la población accesible.

e. Encuesta:

Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.

FECHA DE EJECUCION

Del 11 al 29 de Octubre 2021

IX. FINANCIAMIENTO:


9.1 Financiamiento:

Presupuesto Recursos Ordinario.

9.2 Recursos Materiales: Serán abastecidos por el Almacén Central de Logística y el Departamento de Farmacia, según corresponda.

CANTIDAD	PRODUCTO
100	Fólderes
50	Lapiceros
50	Lápices



	PLAN	PLAN OGC-002
	PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES	Edición N°001

4000	Hojas bond a-4
30	Tableros de Acrílico
10	CD's
500	Fotocopias anilladas
150	Trípticos
02	Banner
50	Micas para fotocek
50	Faster
01 Rollo	Cola de Ratón
200	Vasos, cucharas, bolsas y servilletas descartables
270	Break para 30 evaluadores Internos en 15 días
100	Mandiles descartables
30	Mascarillas N95
60	Gorros descartables


9.3 Equipos:

Equipo de Cómputo, fotocopidora, data, ekran.

9.4 Recurso Humano:

23 Evaluadores Interno reconocidos con RD.



	PLAN	PLAN OGC-002
	PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES	Edición N°001

X. INDICADORES.


INDICADORES DE CUMPLIMIENTO*:						
CONCEPTOS	PARAMETROS					
INDICADOR	Proporción de cumplimiento de estándar de autoevaluación					
FORMA DE CÁLCULO	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de Criterios evaluado con puntaje máximo de cumplimiento} \times 100}{\text{Total de Criterios a evaluar con puntaje máximo de cumplimiento}}$					
DATOS HISTÓRICOS	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	62%	58%	58%	66%	66%	No se realizó por Pandemia Covid-19

XI. EVALUADORES

11.1. MIEMBROS DEL EQUIPO DE ACREDITACIÓN

Mg. Julio Antonio SILVA RAMOS	Director General del HNSEB	Presidente
MC. Juan Martín NINA CÁCERES	Director Adjunto	Miembro
Mg. Jenny Mayne ESPADA CAMONES	Jefa de Oficina de Gestión de la Calidad	Secretaria
CPC. Maritza Victoria RODRIGUEZ RAMIREZ	Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico	Miembro
MC. Julio Calderón Vivanco	Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico.	Miembro
Ing. Ind. Jorge Vidal LEIVA VILCHEZ	Jefe de Servicios Generales	Miembro
Lic. Verónica Judith CARBAJAL GOMEZ	Integrante de la OGC.	Miembro



	PLAN	PLAN OGC-002
	PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES	Edición N°001

11.2. AUTOEVALUADORES INTERNOS DEL HNSEB

Evaluadores Internos del Hospital Sergio E. Bernales, con Resolución Directoral por aprobar.

11.3. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Mg. Jenny Mayne Espada Camones	Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad
Lic. Verónica Judith Carbajal Gómez	Integrante del Equipo Técnico de la OGC
Sra. Marisol Melgar Galiano	Integrante de la OGC.

XII. ANEXOS:





PLAN

PLAN OGC-002
Edición N°001

PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL NACIONAL
SERGIO E. BERNALES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2021

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	MESES												RESPONSABLE			
		FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	ENE				
1. ELABORACION DEL PLAN DE ACREDITACION HOSPITALARIA		X															DIRECCION OGC
Solicitud de Conformación del Comité de Acreditación	Informe	X															OGC-Comité de Acreditación
Elaboración y Aprobación del Plan de Acreditación- 2021 en el HSEB	Acta de Reunión		X														OGC
Sensibilización de los Evaluadores Internos del HNSEB sobre Acreditación en los establecimientos de salud según Norma Técnica de Salud	Memorando				X												OGC
Difusión y Socialización del Documento Técnico: En los Dpto y Servicios Asistenciales y Oficinas.	Memorando					X											OGC, Departamento, Servicios. Oficinas.
2. EJECUCION DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION	Norma Tec. N° 050																
Aplicación de la metodología para el proceso de autoevaluación interna en el HNSEB.	Informe											X	X				OGC, Departamentos, Servicios, Oficinas.
Control de calidad de los macroprocesos desarrollados del proceso de evaluación																	OGC-Comité de Acreditación



Oficina de Gestión de la Calidad

