



DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

REDESS DE SALUD LAMPA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la Commemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

Lampa, 15 julio del 2024

OFICIO N° 337 - 2024/GR-PUNO/GRDS/DIRESA-PUNO-D-REDESS-LAMPA/SGC/D.

SEÑOR:
M.C. EDWIN WILBERT CORRALES MEJIA
Director Regional de Salud Puno
Puno.-

ATENCION: Dirección de Sistema de Gestión de Calidad en Salud.

ASUNTO: REMITO INFORME TECNICO DE APLICACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA.

Es grato dirigirme a Usted para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo, hace alcance del informe Técnico correspondiente al año 2024 (I semestre) aplicadas en el Hospital "Antonio Barrionuevo" de la REDESS Lampa; en cumplimiento al indicador de convenios de gestión (Ficha N° 43) Fortalecimiento de las gestión de riesgos en la atención y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de ficha de rondas de seguridad del paciente.

Adjunto el informe técnico y anexos Folio (39).

Esperando su atención, aprovecho la oportunidad para expresarle las consideraciones más distinguidas.

Atentamente.



[Handwritten signature]
CORRALES MEJIA EDWIN WILBERT
M.C. EDWIN WILBERT CORRALES MEJIA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
C/O.P. 32141
DIRECTOR
RED DE SALUD LAMPA

Dirección Regional de Salud Puno
TRAMITE DOCUMENTARIO
18 JUL 2024
Firma: *[Signature]* Hora: 11.10 Folios: 39
Control de Recepción

FGS/DIREC.
SMEJR/S.O.C.
C.c. Arch.

[Handwritten initials]
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
DIRECCION DE CALIDAD EN SALUD
18/07/2024



GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO

REDESS DE SALUD LAMPA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

Lampa, 15 de julio 2024

INFORME TECNICO N° 005 - 2024 GR/UE.412/RED DE SALUD LAMPA/SGC.

A : C.D. FRANK G. ESCOBAR JUSTO
DIRECTOR DE REDESS LAMPA

DE : LIC. ENF. SANDRA M. ESCOBAR JUSTO
Coordinadora del Área de Sistema de Gestión de la Calidad

ASUNTO : Elevo Informe Técnico de Aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital "Antonio Barrionuevo" Lampa 2024.

Tenemos a bien de dirigirnos a usted, para saludarlo al mismo tiempo de hacer de su conocimiento, aplicación de la ficha de Ronda de Seguridad del Paciente del Hospital "Antonio Barrionuevo" Lampa, en los siguientes términos:

I. ANTECEDENTES.

Antecedentes legales y normativos nacionales e institucionales.

Según la Resolución Ministerial 163 2020/MINSA aprueba la Directiva Sanitaria N°92 MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión" La Rondas de Seguridad del paciente se aplica según los anexos de la norma técnica; del mismo se realiza la actividad con la finalidad de dar cumplimiento a Resolución Ministerial N° 105 2021/MINSA donde aprueba la directiva Administrativa N°304- MINSA/2021/DGOS" Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios alcanzados en el año 2023.

Datos Generales:

- 1.1 Institucional, departamento y servicio.
DIRESA – Puno, Redes Salud Lampa, Hospital Antonio Barrionuevo Lampa se realizó la Aplicación de Rondas en los Servicios: Centro Quirúrgico, diagnóstico por imagen, Farmacia, Emergencia y Hospitalización.
- 1.2 Equipo de Rondas de Seguridad reconocido con Acto Resolutivo.

El Equipo de Rondas de seguridad del paciente del Hospital Antonio Barrionuevo está reconocido por la Resolución Directoral N°034-2023/D/REDESS- LAMPA/UPER.

- Lider: M.C. Luis Alberto Velásquez Borda.
Director del Hospital Antonio Barrionuevo de Lampa
- Integrante: C.P.C. Alfredo Quezada Miranda
Responsable del Área de Administración o quien haga sus veces.
- Integrante: Lic. Enf. Martha Iris del Carpio Cardenas
Responsable de Calidad o quien haga sus Veces
- Integrante: Lic. Enf. Yenny Roxana Mendoza Yucra.
Responsable de la Unidad de Epidemiología.
- Integrante: Lic. Enf. Yolanda Quispe Torres
Responsable del Servicio de Enfermería del H.A.B. Lampa
- Integrante: Q.F. Libia Ochochoque Quilla
Responsable del Servicio De Farmacia

1.3 Cronograma de Rondas de seguridad con Acto Resolutivo, otro documento

Se ha remitido el cronograma de Rondas de seguridad elaborado por el equipo de rondas de Seguridad del paciente del Hospital Antonio Barrionuevo mediante. Documento OFICIO N°027 2024/DIRESA PUNO/UNIDAD EJEC.412-SALUD LAMPA/SGC.

II. ANÁLISIS:

2.1 Resultados:

2.1.1 Cumplimiento promedio de las buenas prácticas en la aplicación de Rondas de

FECHA	UPSS	% DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS	RESULTADO DE VALORACIÓN DE RIESGO (*Escala referencial)
30/03/2024	Diagnóstico por imagen	71%	Promedio
27/06/2024	Farmacia	89%	Promedio
29/02/2024	Patología clínica	76%	Promedio
31/01/2024	Centro Quirúrgico	76%	PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO
31/04/2024	Emergencia	74%	
29/05/2024	Hospitalización	85%	Promedio
I SEMESTRE	PROMEDIO	79%	PROMEDIO

Se observa en la Tabla los resultados obtenidos durante las rondas de seguridad de salud del paciente realizados en hospital Antonio Barrionuevo Lampa en los diferentes servicios de Salud como en: Diagnóstico por imagen obteniendo un resultado de 71% de cumplimiento de las buenas

prácticas; en el servicio de Farmacia en dicho servicio se obtuvo un resultado 89% en cumplimiento de las buenas practicas; Centro Quirúrgico 76% de cumplimiento de buenas prácticas, el servicio de emergencia 74% y el servicio de hospitalización 85%.

2.1.2 Porcentaje de Cumplimiento por Buenas prácticas aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente por UPSS.

Servicio Diagnóstico por imagen.

BUENAS PRACTICAS	% CUMPLIMIENTO
Identificación correcta	67%
Seguridad en la UPSS	56 %
Higiene de manos	86 %
Bioseguridad	50 %
Funcionamiento de Equipos	40 %
Cumplimiento Total	71 %

Servicio Patología Clínica

BUENAS PRACTICAS	% CUMPLIMIENTO
Registro de Historia Clínica	100 %
Seguridad en la UPSS	63 %
Higiene de manos	100 %
Bioseguridad	88 %
Funcionamiento de Equipos	80 %
Cumplimiento Total	76 %

Servicio de Farmacia.

BUENAS PRACTICAS	% CUMPLIMIENTO
Registro de Historia Clínica	86%
Seguridad en la UPSS	67%
Seguridad en la medicación	100%
Higiene de manos	86%
Bioseguridad	100%
Funcionamiento de Equipos	100%
Cumplimiento Total	89%

Servicio de Centro Quirúrgico.

BUENAS PRACTICAS	% CUMPLIMIENTO
Registro de Historia Clínica	94%
Seguridad en la UPSS	86%
Prevención de fuga	100%



Prevención de caídas y contención mecánica	100%
Higiene de manos	86%
Bioseguridad	63%
Funcionamiento de Equipos	63%
Cumplimiento Total	76%

Servicio de Emergencia.

BUENAS PRACTICAS	% CUMPLIMIENTO
Registro de Historia Clínica	100%
Seguridad en la UPSS	79 %
Seguridad en la medicación	100%
Higiene de manos	100%
Bioseguridad	50%
Funcionamiento de Equipos	0%
Cumplimiento Total	74%

Servicio de Hospitalización.

BUENAS PRACTICAS	% CUMPLIMIENTO
Registro de Historia Clínica	100%
Seguridad en la UPSS	79%
Prevención y reducción de riesgo de las UPP	78%
Higiene de manos	88%
Bioseguridad	88%
Funcionamiento de Equipos	100%
Cumplimiento Total	85%

2.1.3. Información sobre acciones de mejora implementadas o en proceso de implementación en relación a los verificadores inseguros. POR UPSS

Servicio de Diagnóstico por imagen se logro un porcentaje de implementación 71%.

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS
Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS	Riesgo importante	Socializar el llenado del formato de Eventos Adversos	Si cumplió
Personal conoce del sistema de registro	Riesgo importante	Socializar la importancia del registro y llenado de los eventos adversos	Si se implemento



La UPSS proporciona información sobre sus servicios , horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener la atención	Riesgo Importante	Implementar y publicar en parte visible el horario de atención	Si se cumplió
Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos	Riesgo importante	Implementar el uso de Brazalete	No se cumplió
Análisis y plan de intervención sobre la información	Riesgo Importante	Realizar el análisis de eventos adversos	Si no se cumplió
Conocimiento del paciente o familiar responsable sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico del mismo el cual debe de concordar con la información registrada en la historia clínica	Riesgo Importante	Realizar asistencia técnica en el llenado de historias clínicas	No se cumplió
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial	Riesgo importante	Implementar con los formatos de accidente de trabajo	Si se cumplió
Porcentaje de cumplimiento >80% del requisito de realizar a la higiene de las manos durante la actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos	Riesgo importante	Socializar la guía Técnica de Higiene de manos	Si se cumplió

El servicio de diagnóstico por imágenes se evidencia varios verificadores inseguros en los se implementaron acciones de mejora obteniendo un cumplimiento de 71% aun quedando pendiente de la implementación.

UPSS Centro Quirúrgico se logró un porcentaje de 76%

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS
Historia clínica Ordenada y limpia	Riesgo importante	Brindar asistencia Técnica en NTS. N° 139-MINSA/2018/DGAIN	No se Implemento
Utilización del formato de	Riesgo importante	Implementar el	Si se implemento



consentimiento informado para la actividades de docencia		formato de consentimiento	
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos	Riesgo Importante	Elaborar el plan de análisis de eventos adversos	Si se cumplió
Mecanismos de reemplazo para cubrir la ausencia de del personal programado en el servicio	Riesgo importante	Solicitar más recursos humano	Si se cumplió
Personal en formación (Internos u otras) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión	Riesgo importante	Solicitar tutor de Internos	Si se cumplió
En centro Quirúrgico se evidencia la última encuesta semestral remitida a la dirección para evaluar el proceso conductor	Riesgo Importante	Implementar con encuestas en el servicio	No se cumplió
Paciente cuenta con brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos	Riesgo importante	Implementar el Uso de los Brazaletes en los pacientes en el servicio	No se cumplió
En centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con bomba de perfusión operativa	Riesgo importante	Solicitar el mantenimiento y reposición de equipo	No se cumplió
Existencia de un registro de medicamentos	Riesgo importante	Implementar con el registro para el uso	No se cumplió
El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o paquetes de medidas de IAAS basadas en evidencia medica	Riesgo importante	Implementar de medidas de IAAS	No se implemento
Verificación de que la UPSS cuenta con un plan de Mantenimiento preventivo de todos los equipos equipos biomédicos (incluidos los nuevos)	Riesgo importante	Elaborar un plan de trabajo de Mantenimiento	No se cumplió



En la UPSS de centro Quirúrgico se tiene varios verificadores inseguros como se evidencia en los resultados de los que se realizó propuestas correctivas de las cuales se llegó a implementar solo el 24% de las delas acciones de mejora en el Servicio de Centro Quirúrgico.

UPSS Servicio de Emergencia.

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS
Registro de las indicaciones altas del paciente además de la epicrisis incluye el diagnóstico definitivo	Riesgo importante	Implementar los formatos de epicrisis en las historias clínicas de emergencia	Si se Implemento
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos	Riesgo importante	Realizar el análisis sobre eventos adversos	No se cumplió
Existencia de un registro de medicamentos controlados	Riesgo moderado	Coordina con el servicio de farmacia para el registro de medicamentos controlados	Si se cumplió
Personal en formación (Internos u otras) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión	Riesgo importante	Solicitar tutor de Internos	Si se cumplió
Paciente cuenta con brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos	Riesgo importante	Implementar el Uso de los Brazaletes en los pacientes en el servicio	No se cumplió
Verificación de que la UPSS cuenta con un plan de Mantenimiento preventivo de todos los equipos equipos biomédicos (incluidos los nuevos)	Riesgo importante	Elaborar un plan de trabajo de Mantenimiento	No se cumplió



Hospitalización.

UPSS

de

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/ CORRECTIVAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos	Riesgo importante	Realizar el análisis sobre eventos adversos	No se cumplió
Registro de los diagnósticos con codificación CIE 10 corresponde a presuntivo el diagnóstico definitivo	Riesgo importante	Continuar con la coordinación con los profesionales médicos del registro CIE 10	Si se cumplio
Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en le brazalete del paciente como en el cartel visible	Riesgo moderado	Implementar el riesgo de caídas	No se cumplió
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia	Riesgo moderado	Seguir implementado el formato de consentimiento informado para la actividad de docencia en la historia clínica	Si se cumplio
Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Riesgo moderado	Implementar con equipos biomédicos	En proceso
Verificación de la UPSS cuenta con un plan anual de mantenimiento preventivo de todos sus equipos Biomédicos	Riesgo moderado	Gestionar con el plan de mantenimiento	En proceso

UPSS Servicio de Farmacia

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/ CORRECTIVAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS
Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos	Riesgo moderado	Socializar sobre incidentes y eventos adversos	Si se cumple



Personal en formación (internos, especialidad u otros) residentes, demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría	Riesgo moderado	Coordinar con el área de capacitación	Si se cumplio
Cumplimiento de 11 pasos de lavado de manos (pasos y tiempo)	Riesgo moderado	Se socializo la guía técnica R.M. N° 255-2016 MINSA	Si se cumplio
Disponibilidad del papel toalla en todos los lavamanos	Riesgo moderado	Se solicito dotación de papel toalla	Si se cumplio
Cumplimiento de los 8 pasos de desinfección de manos (pasos y tiempo)	Riesgo moderado	Se socializo la guía técnica de higiene de manos	Si se cumplio

2.1.4 Información del análisis de indicadores.

N°	INDICADOR	FÓRMULA	TIPO DE INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	EVALUACIÓN DE INDICADORES 2024				
					I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	ANUAL
1	% de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la IPRESS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad programadas}} \times 100$	PROCESO	Trimestral	100%	100%			
2	% de Cumplimiento de Buenas Prácticas en la IPRESS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de verificadores conformes}}{\text{N}^\circ \text{ de verificadores evaluados}} \times 100$	RESULTADO	Trimestral	100%	100%			
3	% de acciones de mejora implementadas en la IPRESS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de acciones de mejora implementadas}}{\text{N}^\circ \text{ de acciones de mejora propuestas}} \times 100$	PROCESO Y RESULTADO	Trimestral	60%	62%			

II. Conclusiones

- Durante la aplicación de las rondas de seguridad del paciente en las UPSS del Hospital Antonio Barrionuevo, se obtuvo resultados satisfactorios en algunos ítems de verificación.
- La aplicación de las rondas de seguridad ayuda a mejorar brindar la atención con calidad a los usuarios.

- Con la aplicación de la lista de verificación nos ayuda a brindar una atención biopsicosocial al paciente.
- El personal de salud que labora en los diferentes servicios de salud con la aplicación de las rondas y verificadores; mejorara la atención al paciente a través de las acciones de mejora.

III. Recomendaciones

- Continuar con la implementación de mejoras en los diferentes servicios de salud en el hospital Antonio Barrionuevo Lampa.
- Continuar aplicando las Rondas de seguridad del paciente en los diferentes servicios ello contribuirá a mejorar la atención con calidad al usuario.
- El personal de salud deberá de actualizarse sobre algunas normas y guías técnicas

IV. Anexos

1. Matriz de Riesgos (anexo 03). SERVICIO/UPSS
2. Priorización de intervenciones (anexo 06) SERVICIO/UPSS
3. Monitoreo de las acciones (anexo 07) SERVICIO/UPSS



Lic. Sandra M. E. V. Justo
ENFERMERA
CEP N° 51437



GOBIERNO
REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO

REDESS DE
SALUD LAMPA



ANEXO

N° 03



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRES:	ANTONIO BARRÓNUEVO-LAMAY	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSE:	CENTRO QUIRÚRGICO	FECHA APLICACIÓN:	22/01/2024	(Sistema)	
CIVIL RESPONSABLE IPRES:	DR. LUIS VELÁSQUEZ BORDA	RESP. ENDEVELOPAC:	LIC. YENI BENÍGUA		
RESP. DE LA UPSE:	DR. LUIS VELÁSQUEZ BORDA	RESP. DE LA UPSE:	DR. LUIS VELÁSQUEZ BORDA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	C.P.C. ALFREDO GUEZADA MIRANDA	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. SANDRA M. BUSTAMANTE		
RESP. OFIC. SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA QUISPE TORRES	OFICINA RESPONSABLE:	LIC. ENF. BERTHA DEL CARRO		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA	90%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSE	80%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	80%
PREVENCIÓN DE CAÍDA	80%
IDENTIFICACIÓN DE LA VINCULACIÓN	80%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTUSIONES	80%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	80%
PROBLEMA DE MANEJO	80%
SEGURIDAD	80%
PUNTO DE MANEJO O MANEJO DE RIESGOS	70%
PROMEDIO	76%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

76%





APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD		TRIMESTRE:	1 TRIMESTRE	AÑO:	2024
PROSE:	ANTONIO BARRONHEVO (LAMPE)	FECHA APLICACIÓN:	28/03/24 (08:00-10:00)		
GRUPO:	PATOLOGÍA CLÍNICA	RESP. ENFERMERÍA:	LIC. YENY BENTIGA		
TITULAR RESPONSABLE (PROSE):	DR. LUIS VELAZQUEZ BORGIA	RESP. DE LA UGSA:	M.C. ALFREDO MORA GONZALEZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	D.P. ALFREDO GONZALEZ VERA	RESP. UNIDAD CALIDAD:	LIC. DENISE MONICA ESCOBAR RIVERA		
RESP. SUPLENIMIENTO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA GONZALEZ TURVES	OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REVISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA UGSA	80%
ORGANIZACIÓN CORRECTA	70%
PREVENCIÓN DE CAÍDA	80%
PREVENCIÓN DE CAÍDA Y CONTROLES DE CAÍDA	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	70%
MANEJO DE RIESGO	100%
ACCIONES	70%
FUNCIONAMIENTO Y MONITOREO DE RIESGO	80%
PROMEDIO	78%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

78%



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

UNIDAD:	ANTONIO MARCHELLO (LAMP)	TRIMESTRE:	3 TRIMESTRE	AÑO:	2024
USO:	AMPUTACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	28/03/24	PROFESIONISTA:	(Firma)
TITULAR RESPONSABLE UNIDAD:	DR. LUIS VELAZQUEZ BORDA	RESP. OPERATIVO (OJA):	LIC. ERY TROY BRINDOS		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	C.P.C. ALFREDO QUEZADA ORTIZ	RESP. DE LA UPAL:	DR. LUIS VELAZQUEZ BORDA		
RESP. EPIDEMIOLOGÍA ENFERMEDAD:	LIC. YOLANDA GOMEZ TORRES	RESP. QUITA TUBEROS CALIDAD:	LIC. ERY TROY BRINDOS		
		OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPA	78%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE FUGA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
RESERVACIÓN DE CAMAS Y CONTINGENCIA MATERIAL	100%
MONITORIO DE CALIDAD	100%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS	100%
PREVENCIÓN DEL SINDROME DE SOTTO	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	80%
MANEJO DE RIESGO	80%
RESOLUCIONES	80%
PROXIMIDAD Y MANEJO DE EMERGENCIAS	100%
PROMEDIO:	88%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO:

88%





APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2024
PROFESOR:	ANTONIO BARRONIEVO GAMBRE	FECHA APLICACIÓN:	25/03/24 (Institucional)		
UPSE:	EMERGENCIA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. YERY BENEGUI		
TITULAR RESPONSABLE (UPSE):	DR. LUIS VELAZQUEZ BUNDA	RESP. DE LA UPSE:	DR. LUIS VELAZQUEZ BUNDA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	C.P.C. ALFREDO GUEZDE MIRANDA	RESP. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. SANDRA MARCE ESCOBAR JUSTO		
RESP. DIFERENCIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA GUSTE TORRES	OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UTE	70%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE RIESGO	100%
SEGUIMIENTO DE LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIONES MECÁNICAS	70%
SEGURIDAD DE RIESGO	100%
PREVENCIÓN E IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE LAS UTE	70%
PREVENCIÓN DEL RIESGO Y CAÍDAS	100%
IDENTIFICACIÓN EFECTIVA	100%
RESUMEN DE RIESGO	100%
PROFESIONALES	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	70%
PROMEDIO	74%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO:

74%





PERU

GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO

REDESS DE
SALUD LAMPA



ANEXO

N° 06



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD
PLAN DE ACCIÓN

IPRES:	ANTONIO BARRONNEVO BLANCA	TRIMESTRE:	AÑO:	SEMA:
IPES:	CENTRO ODONTOLÓGICO	FECHA APLICACION:	FECHA:	COORDINADOR:
TITULAR RESPONSABLE IPRES:	DR. LUIS VELAZQUEZ BORDA	RESPONSABLES:		
RESP. DE ADMINISTRACION:	E. P. C. ALFREDO QUISADA MORAÑA	DR. LUIS VELAZQUEZ BORDA		
RESP. PROTOCOLO DE RIESGO:	LIC. YOLANDA GUINPE TORRES	DR. ANDREA M. ESCOBAR JUSTO		
		OTROS RESPONSABLES:	DR. ENP. MARTINA DEL CAMPO	

ACTIVIDADES PROGRAMADAS

PROBLEMA	INDICIA PRÁCTICAS	VERIFICACIONES BASEADO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (Meses/años)
SEGURIDAD DE LA IPRES	Seguridad y plan de respuesta sobre el conocimiento de los riesgos y medidas preventivas.		Implementar el plan de seguridad sobre medidas preventivas.	personal del area	previsto
SEGURIDAD CLINICA	Seguridad de la FALC de Atención Primaria, actividades asistenciales.		Implementación de FALC de Atención Primaria.	personal del area	previsto
RIESGOS DE MANEJO	Seguridad de los procedimientos de atención en todos los servicios.		Implementación de protocolos de atención y FALC.	personal del area	previsto
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Validación de la identidad del paciente por el personal sobre el protocolo y procedimientos.		Implementación de protocolos.	personal del area	previsto
SEGURIDAD EN LA IPRES	En Casos Complejos se emite el informe de atención clínica y se discute con el personal responsable de la Unidad de Atención de Emergencia de la Clínica y el Hospital General de la Clínica de la Universidad del Pacífico.		Implementación de protocolos de atención de casos complejos.	personal del area	previsto
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente antes de ingresar al paciente sobre el protocolo actual.		Implementación de protocolos de identificación de riesgo de caídas.	personal del area	previsto
SEGURIDAD EN LA IPRES	En Casos Complejos se emite el informe de atención clínica y se discute con el personal responsable de la Unidad de Atención de Emergencia de la Clínica y el Hospital General de la Clínica de la Universidad del Pacífico.		Implementación de protocolos de atención de casos complejos.	personal del area	previsto
SEGURIDAD	El personal responsable de los casos de "Caso Complejo" o "Reporte de Muerte" por la atención de los "Caso Complejo" se emite informe.		Implementación de protocolos de atención de casos complejos.	personal del area	previsto
PROCESAMIENTO Y MANEJO DE QUEJAS	Validación de que el IPRES cumple con el protocolo de atención de los casos complejos. Reporte de todos los casos complejos que ocurren en el servicio, mediante la implementación de los reportes de casos complejos.		Implementación de protocolos de atención de casos complejos.	personal del area	previsto
PROCESAMIENTO Y MANEJO DE QUEJAS	Reporte de incidentos asistenciales según la competencia y el IPRES y de acuerdo al nivel de complejidad.		Implementación de protocolos de atención de casos complejos.	personal del area	previsto
PROCESAMIENTO Y MANEJO DE QUEJAS	Reporte de incidentos asistenciales según la competencia y el IPRES y de acuerdo al nivel de complejidad.		Implementación de protocolos de atención de casos complejos.	personal del area	previsto
PROCESAMIENTO Y MANEJO DE QUEJAS	Validación de que el IPRES cumple con el protocolo de atención de los casos complejos. Reporte de todos los casos complejos que ocurren en el servicio, mediante la implementación de los reportes de casos complejos.		Implementación de protocolos de atención de casos complejos.	personal del area	previsto



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD
PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	ANTONIO BARRONERO (LIMA)	TRIMESTRE:	1º TRIMESTRE	AÑO:	2024
IPRES:	PETROLINA OLIVERA	FECHA APLICACIÓN:	2023/03/23	IPRESS (CÓDIGO):	2018000000
TITULAR RESPONSABLE IPRES:	DR. LUIS VELÁSQUEZ BORDA	RESP. PROBLEMA:	LIC. VERA MENDOZA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	C.P. ALFREDO QUEZADA HERNÁNDEZ	RESP. DE LA UPRES:	M.S. ALFREDO RIVERA OLIVERA		
RESP. DIFUSIÓN DE RIESGOS:	LIC. YOLANDA SUAREZ TORRES	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. SANDRA MARGA ESCOBAR ARTO		
OTROS RESPONSABLES:					

ACTUALIZAR PÉRDIDA

PRIMORDIO	BIENES PRÁCTICAS	VERIFICACIÓN (RIESGOS)	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CÓDIGO)	PLAZO (Administrativo)
08	SEGURIDAD DE LA UPRES	Seguir lista e ítem de verificación de vacunas de tiempo en paciente ambulatorio.	Implementar una agenda (lista de vacunación de trabajo)	JH del 2024	2024/03/24
09	SEGURIDAD DE LA UPRES	Analizar y plan de información sobre la información de los vacunas y eventos adversos	Realizar de nuevo desarrollo de vacunas adversos	JH del 2024	2024/03/24
10	SEGURIDAD	Evaluación de desarrollo de actividades de seguridad epidemiológica activa, reactiva y pasiva de datos en el IPRES (implementar con vacunas de cobertura de IMAS)		JH del 2024	2024/03/24
11	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente con riesgo de fuga de hospital (paciente ambulatorio)	Realizar seguimiento	JH del 2024	2024/03/24
12	SEGURIDAD DE LA UPRES	Utilización del tiempo de consultorios (atención) para actividades de atención.	Implementar con Vacunas	JH del 2024	2024/03/24
13	COMUNICACIÓN INTERNA	La información epidemiológica no se genera sobre el sub-área (UPRES) y la Dirección del IPRES (implementar con vacunas de cobertura de IMAS)	Implementación de vacunas de tiempo oportuno y oportuno	JH del 2024	2024/03/24
14	SEGURIDAD DE LA UPRES	Realizar una revisión de vacunas de tiempo oportuno y oportuno	Realizar una revisión de vacunas de tiempo oportuno y oportuno	JH del 2024	2024/03/24
15	SEGURIDAD DE LA UPRES	Realizar una revisión de vacunas de tiempo oportuno y oportuno	Realizar una revisión de vacunas de tiempo oportuno y oportuno	JH del 2024	2024/03/24
16	SEGURIDAD DE LA UPRES	Realizar una revisión de vacunas de tiempo oportuno y oportuno	Realizar una revisión de vacunas de tiempo oportuno y oportuno	JH del 2024	2024/03/24



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD
PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE	AÑO	2024
ANTONIO BARRONERO (ARTPA)	INFORMES	(DOMINICANA)
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	LIC YENY MENDOZA	
DE LUIS VELAZQUEZ BORDA	DE LUIS VELAZQUEZ BORDA	
E.P.C. ALFREDO GUEZADA ESPARDA	LIC BARBARA M. ESCOBAR JUSTO	
Lic. Tatiana Quijpe Torres	OTROS RESPONSABLES	Lic. Miguel Morúa Fuentes

ACTUALIZADO

PROBLEMA	BUSNAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INMEDIADO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CAMBIO)	PLAZO (MATERIALES)
48	SEGURIDAD EN LA UPEU	Registra lista por nivel de los estudiantes y nombres adscritos en la UPEU.	Se actualizó la lista del registro de estudiantes adscritos.	Representante de Estudio	INMEDIATA
49	SEGURIDAD EN LA UPEU	Presentar copia del acta de registro y actualización de estudiantes y nombres adscritos.	Se actualizó la información del registro del Estado de registro de estudiantes adscritos.	Jefe del servicio de salud	INMEDIATA
24	EFECTIVIDAD DEL RIESGO	La UPEU debe tener un protocolo de gestión de riesgos de seguridad y procedimientos para la gestión de riesgos.	Implementar un protocolo de gestión de riesgos.	Jefe del servicio	TRIMESTRAL
24	DEFINICIÓN DE RIESGOS EN EL PROCESO	Puede tener la capacidad de identificar y los datos registrados con exactitud y precisión.	Implementación de un plan de trabajo.	Jefe del servicio	TRIMESTRAL
24	REGISTRO EN LA UPEU	Análisis y plan de implementación sobre la información de los estudiantes y nombres adscritos.	Verificar e actualizar la información de estudiantes.	Personal del servicio	INMEDIATA
24	DEFINICIÓN DE RIESGOS EN EL PROCESO	Comunicación del plan de trabajo a los estudiantes y personal de la UPEU, así como a los docentes de la UPEU, así como a los docentes de la UPEU.	Se actualizó la información de los estudiantes y nombres adscritos.	Jefe del servicio	TRIMESTRAL
22	REGISTRO EN LA UPEU	Registra lista y nivel de actualización de estudiantes de estudio de los estudiantes adscritos.	Se actualizó la información de los estudiantes de estudio de los estudiantes adscritos.	Jefe del servicio	INMEDIATA
17	PROCESO DE RIESGOS	Presentación de evidencia de cumplimiento de los requisitos de la UPEU de los requisitos de la UPEU de los requisitos de la UPEU.	Se actualizó la información de los estudiantes de estudio de los estudiantes adscritos.	Representante de estudio	TRIMESTRAL
24	PROCESO DE RIESGOS	Presentación de evidencia de cumplimiento de los requisitos de la UPEU de los requisitos de la UPEU de los requisitos de la UPEU.	Se actualizó la información de los estudiantes de estudio de los estudiantes adscritos.	Jefe del servicio	INMEDIATA
28	PROCESO DE RIESGOS	Presentación de evidencia de cumplimiento de los requisitos de la UPEU de los requisitos de la UPEU de los requisitos de la UPEU.	Se actualizó la información de los estudiantes de estudio de los estudiantes adscritos.	Jefe del servicio	INMEDIATA



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN

PRESE:	ANTONIO MARRUFINO (J.M.F.R)	TRIMESTRE:	1ER TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPES:	DIAGNÓSTICO POR RESULTADOS	FECHA APLICACIÓN:	SEMIANUAL		
TITULAR/RESPONSABLE PRES:	DE LUIS VELASQUEZ BORDA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	D.C. VIVI VARGAS		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	C.F.C. ALFREDO QUEZADA BRANCA	RESP. DE LA UPES:	D.C. LUIS VELASQUEZ BORDA		
RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	Lic. Enif. Tiziana Guajay Torres	RESP. DEFICIENCIAS CALIDAD:	D.C. SANDRA M. ENCINAR ARTO		
		OTROS RESPONSABLES:	TAP. Sigrid Marina Paredes		

ACCIONES PROPUESTAS

PROBLEMA	RUTA PRÁCTICA	VERIFICADOR RIESGO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (plano)	PLAZO (administrativo)
36	PREVENCIÓN	Elementos de control punto crítico y reglas de alerta a los riesgos.	Realizar acciones para la atención de riesgos.	Acto de punto	SEMIANUAL
42	FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	Verificación de cada 30 días cuando sea aplicable en Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos los equipos médicos (según los planes), mediante la implementación de los siguientes pasos:	Actualizar los planes para los mantenimientos.	Acto de punto	SEMIANUAL
58	PREVENCIÓN	Se revisará el cumplimiento de los riesgos y participación de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Comenzar los riesgos en seguimiento.	Acto de punto	SEMIANUAL



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD
PLAN DE ACCIÓN

PRESENTE:	ANTONIO BARRONILUVO (LAMPAR)	II TRIMESTRE	ABO	RSB
UPSE:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	SEMANA:	(0000000000)
TITULAR RESPONSABLE PRES:	DE LUIS VELAZQUEZ BORDA	RESP. PROBLEMA/UMU:	D.C. ENF. VENT. RENOVADA	
RESP. DE ADMINISTRACION:	C.F.C. ALFREDO QUEZADA MIRANDA	RESP. DE LA UPSE:	DE LUIS VELAZQUEZ BORDA	
RESP. IPT/PROCESADO EN URGENCIA:	LIC. YOLANDA GUSPE TORRES	RESP. OFIC. CERRADAS CALIDAD:	D.C. ENF. SANGRIA MONICA ESCOBAR ARTO	
OTROS RESPONSABLES:				

ACTUALIZADO POR:

PROBIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VELOCIDAD MEDIO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (Código)	PLAZO (distribución)
16	RESERVA EN LA UPSE	Optimizar el tiempo de procesamiento de órdenes para actividades de farmacia	Implementar los procesos de estandarización	DE LUIS VELAZQUEZ BORDA	INMEDIATA
25	MONITOREO EN LA UPSE	Analizar y actuar de inmediato sobre la información de los indicadores y eventos adversos	Implementar el proceso de salud del área sobre los eventos de seguridad y eventos adversos	DE LUIS VELAZQUEZ BORDA	INMEDIATA
33	MEJORA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE	Visitar a pacientes de atención de los pacientes y sus familias para evitar el uso inadecuado de medicamentos y otros	Implementar acciones para evitar incidentes de seguridad	DE LUIS VELAZQUEZ BORDA	INMEDIATA
38	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Validación de la identidad del paciente con el historial clínico de cualquier procedimiento	Implementar acciones de registro y control de medicamentos	DE LUIS VELAZQUEZ BORDA	INMEDIATA
42	ASISTENCIA EN LA UPSE	Trabaja a mejorar de forma continua la atención al paciente y sus familiares	Implementar acciones de registro y control de medicamentos	DE LUIS VELAZQUEZ BORDA	INMEDIATA
48	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente antes de cualquier procedimiento	Implementar acciones de registro y control de medicamentos	DE LUIS VELAZQUEZ BORDA	INMEDIATA
52	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Planear los cuidados de identificación y los eventos reportados con incidentes y eventos adversos	Implementar acciones de registro y control de medicamentos	DE LUIS VELAZQUEZ BORDA	INMEDIATA
48	PREVENCIÓN DE LA FALTA DE PACIENTES	Reportar en la hora de admisión la identificación del riesgo de fuga del paciente y la ubicación de los registros de medicamentos	Implementar acciones de registro y control de medicamentos	DE LUIS VELAZQUEZ BORDA	INMEDIATA
52	PREVENCIÓN DEL SILENCIO Y LA FALTA DE PACIENTES	El personal de atención de pacientes debe estar atento a los signos vitales del paciente, la necesidad de un registro de medicación, la supervisión del tiempo de cumplimiento de los medicamentos, el control de los signos vitales	Implementar acciones de registro y control de medicamentos	DE LUIS VELAZQUEZ BORDA	INMEDIATA



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD
PLAN DE ACCIÓN

PRIME:	ANTONIO BARBONUEVO J AMPAY	TRIMESTRE:	Año:	2018
UPES:	EMERGENCIA	FECHA APLICACIÓN:	PERIODO:	(DDMMAAAA)
TITULAR RESPONSABLE PRIME:	DR. LUIS VELÁSQUEZ BORGES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. YURY MENDOZA	
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPA.C. ALFREDO ORTIZ RAMA	RESP. DE LA UPES:	DR. LUIS VELÁSQUEZ BORGES	
RESP. COORDINADOR EMERGENCIA:	LIC. ENF. YOLANDA GÓMEZ TORRES	RESP. Jefe Unidad Calidad:	LIC. ENF. SANDRA MONICA ESCOBAR JUSTO	
OTROS RESPONSABLES:				

ACTUALIZACIÓN PROGRAMADA

PRORIDAD	MEJORA PRÁCTICAS	VERIFICADOR RIESGO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (MES/SEMANA)
12	SEGURIDAD DE LA UPES	Identificar el formato de consentimiento informado para actividades de Emergencia	revisión y registro de impresión de los formatos de consentimiento informado	Jefe de Unidad	15/03/2018
20	SEGURIDAD DE LA UPES	Analisis y plan de implementación sobre la información de los familiares y usuarios externos	INFORMAR SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS Y SUS RIESGOS ASOCIADOS	Jefe de Unidad	20/03/2018
18	PREVENCIÓN Y RESOLUCIÓN DEL RIESGO DE LA UPES	Aplicación de guía de manejo de riesgo por posibles eventos adversos	revisión de guía	Jefe de Unidad	20/03/2018
19	PREVENCIÓN DE CASOS DE INCIDENTES Y CONSECUENCIAS NEGATIVAS	Revisión del protocolo actualizado sobre, notificación, evaluación, análisis, acciones preventivas, publicación transparente de la información y comunicación de los riesgos asociados a los procedimientos	revisión y actualización de todo el protocolo sobre prevención de eventos de emergencia	Jefe de Unidad	20/03/2018
26	SEGURIDAD DE LA UPES	Visita y revisión de formato de evidencia sobre el paciente y sus familiares	revisión de los formatos y evidencia de la visita	Jefe de Unidad	20/03/2018
42	PREVENCIÓN DE CASOS DE INCIDENTES Y CONSECUENCIAS NEGATIVAS	Revisión de protocolos relacionados con procedimientos quirúrgicos, en que se debe de considerar el consentimiento informado	revisión y actualización de todo el protocolo sobre prevención de eventos de emergencia	Jefe de Unidad	20/03/2018
49	PREVENCIÓN DE CASOS DE INCIDENTES Y CONSECUENCIAS NEGATIVAS	Revisión del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza	revisión y actualización de todo el protocolo sobre prevención de eventos de emergencia	Jefe de Unidad	20/03/2018
54	PREVENCIÓN DEL RIESGO Y LESIONES	El paciente y familia al momento del ingreso al servicio de emergencia en todo momento, cuando este tiene la hora de ingreso al personal de enfermería	revisión y actualización de todo el protocolo sobre prevención de eventos de emergencia	Jefe de Unidad	20/03/2018
26	PROCESAMIENTO Y MANEJO DE CASOS	Revisión de protocolos operativos según lo establecido a la UPES y de acuerdo al nivel de complejidad	revisión y actualización de todo el protocolo sobre prevención de eventos de emergencia	Jefe de Unidad	20/03/2018
24	PROCESAMIENTO	Evaluación de resultados de actividades de seguimiento epidemiológico, notificación y búsqueda de causas de riesgo en el paciente	revisión y actualización de todo el protocolo sobre prevención de eventos de emergencia	Jefe de Unidad	20/03/2018
2	MONITOREO	Revisión de los instrumentos relacionados con eventos adversos y notificación de la Unidad Funcional de Emergencia	revisión y actualización de todo el protocolo sobre prevención de eventos de emergencia	Jefe de Unidad	20/03/2018
40	PROCESAMIENTO Y MANEJO DE CASOS	Revisión de protocolos operativos según lo establecido a la UPES y de acuerdo al nivel de complejidad	revisión y actualización de todo el protocolo sobre prevención de eventos de emergencia	Jefe de Unidad	20/03/2018



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD
PLAN DE ACCIÓN

PRESE:	ANTONIO BARRIONUEVO LAMPAJ	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2014
UPRE:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	SOLARES		
TITULAR/RESPONSABLE PRESE:	DR. LUIS VELAQUEZ BUENGA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. YENY MENDOZA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	C.P.C. ALFREDO GUZMAN INFANADA	RESP. DE LA UPRE:	DR. LUIS VELAQUEZ BUENGA		
RESP. OPTIMIZACION ENTREGARIA:	LIC. ENF. YOLANDA QUINTE TORRES	RESP. OFIC. AREA DE CALIDAD:	LIC. ENF. SANDRA MARIÑA ESCOBAR JAATO		
		OTROS RESPONSABLES:			

ACTUALIZA RIESGO

PROBLEMA	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR ASISTENTE	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (días/meses/años)
30	PREVENCIÓN DEL SUCESO Y LESIONES	El personal de prevención de eventos adversos debe tener acceso adecuado al paciente, la identificación del paciente correcta, la información sobre la complejidad del registro de medicación, el control de calidad de orden.			
40	NECESIDADES	Se asegura el acceso a los datos clínicos y epidemiológicos de la unidad mediante los formularios de datos.	Se actualiza la documentación		
35	ORGANIZACIÓN	El protocolo establecido en caso de "Crisis Salud" y "Plan de Respuesta" para la prevención de los IANES se revisa y actualiza según sea necesario.	Se actualiza el protocolo para el año 2014		
34	PROCESAMIENTO Y MONITOREO DE RIESGOS	Verificación del cumplimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos de monitoreo, según la implementación de los protocolos de monitoreo.	Verificación del cumplimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos de monitoreo al 100% en el primer semestre del 2014	Manera del área	SEPTIEMBRE
35	PROCESAMIENTO Y MONITOREO DE RIESGOS	Indicadores para el UPRE (según sea el Plan de Salud del Ministerio) se revisa y actualiza según sea necesario.			
34	PROCESAMIENTO Y MONITOREO DE RIESGOS	Comunicación de los UPRE (según sea el Plan de Salud del Ministerio) se revisa y actualiza según sea necesario.			
40					
30					



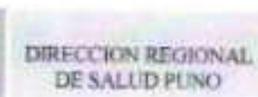
APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD
PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE:	FECHA APLICACIÓN:	AÑO:	REGIÓN:
II	15/02/2018	2018	PIURA
IPRES:	FARMACIA		
TITULAR RESPONSABLE E IPRES:	DR. LUIS VELAZQUEZ BORDA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ING. RAUL GUTIERREZ DIAZ		
RESP. OPERATIVO/OPERARIA:	LIS YOLANDA GUISPE TORRES		
OTROS RESPONSABLES:			
D.F. WENDY JARITO COAGUIRA			

Actualización Prioridad

PRIORIDAD	RONDAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR RIESGOS	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (días/meses/años)
18	SEGURIDAD EN LA UPEI	Registra todo el caso de la incidencia y se envía al correo de la UPEI	Revisar sobre los receptos y exámenes	DR. de guardia	INMEDIATA
20	HISTORIA CLÍNICA	Registra todo caso de incidencia en proceso y se envía al correo de la UPEI	Revisar y el mayor personal involucrado	DR. de guardia	INMEDIATA
22					
23	SEGURIDAD EN LA UPEI	Depositar en el expediente el formulario de reporte de incidente para el caso	Revisar y enviar a la oficina de calidad	DR. de guardia	INMEDIATA
24	SEGURIDAD EN LA UPEI	El caso de la historia de incidencia se revisa y se envía al correo de la UPEI	Revisar y enviar a la oficina de calidad	DR. de guardia	INMEDIATA
25	SEGURIDAD EN LA UPEI	Revisar y enviar al correo de la UPEI el formulario de reporte de incidente para el caso	Revisar y enviar a la oficina de calidad	DR. de guardia	INMEDIATA
26	SEGURIDAD EN LA UPEI	Revisar y enviar al correo de la UPEI el formulario de reporte de incidente para el caso	Revisar y enviar a la oficina de calidad	DR. de guardia	INMEDIATA
27	SEGURIDAD EN LA UPEI	Revisar y enviar al correo de la UPEI el formulario de reporte de incidente para el caso	Revisar y enviar a la oficina de calidad	DR. de guardia	INMEDIATA
28	SEGURIDAD EN LA UPEI	Revisar y enviar al correo de la UPEI el formulario de reporte de incidente para el caso	Revisar y enviar a la oficina de calidad	DR. de guardia	INMEDIATA
29	SEGURIDAD EN LA UPEI	Revisar y enviar al correo de la UPEI el formulario de reporte de incidente para el caso	Revisar y enviar a la oficina de calidad	DR. de guardia	INMEDIATA
30	SEGURIDAD EN LA UPEI	Revisar y enviar al correo de la UPEI el formulario de reporte de incidente para el caso	Revisar y enviar a la oficina de calidad	DR. de guardia	INMEDIATA
31	SEGURIDAD EN LA UPEI	Revisar y enviar al correo de la UPEI el formulario de reporte de incidente para el caso	Revisar y enviar a la oficina de calidad	DR. de guardia	INMEDIATA
32	SEGURIDAD EN LA UPEI	Revisar y enviar al correo de la UPEI el formulario de reporte de incidente para el caso	Revisar y enviar a la oficina de calidad	DR. de guardia	INMEDIATA





ANEXO

N° 07

FICHA DE MONITOREO

UNIDAD:	ARTICHO SARRIENDEVICI ZAPINO	TRIMESTRE:	1	FECHA:	2018
USUARIO:	MANOSITO FOR MAGNANO	FECHA APLICACION:		EMISION:	20180404
PROYECTO/PROCESO/PROCESO:	UN LUGAR RELAJADO MAGNA	USUARIO/PROCESO:	USU. VERA VENTURA	REVISOR:	20180404
AREA DE ADMINISTRACION:	C.P.C. AL REDONDEADOR MINAMIA	RESP. AREA:	USU. VERA VENTURA	REVISOR:	20180404
OTROS DATOS RELEVANTES:	USU. VERA VENTURA	OTROS RESPONSABLES:	USU. VERA VENTURA	REVISOR:	20180404

PROBLEMA	INDICADOR	INDICADOR DE IMPLEMENTACION	INDICADOR DE RIESGO						
01	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO
02	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO
03	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO
04	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO
05	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO
06	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO
07	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO
08	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO
09	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO
10	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO
11	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO	INDICADOR DE RIESGO



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD



FICHA DE MONITOREO

UNIDAD:	UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD	PROYECTO:	PROYECTO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
TÍTULO:	MONITOREO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	FECHA DE EJECUCIÓN:	15/05/2017
RESPONSABLE:	DR. ALFONSO BARRERA	COORDINADOR:	DR. ALFONSO BARRERA
ASISTENTE:	DR. ALFONSO BARRERA	ASISTENTE:	DR. ALFONSO BARRERA
UBICACIÓN:	U.E. EST. VILLARICA SURCOPE TUNJA	UBICACIÓN:	U.E. EST. VILLARICA SURCOPE TUNJA

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN: 70%

INDICADOR	INDICADOR OBJETIVO	INDICADOR DE MEDICIÓN / CONDICIONES	RESPONSABLE (PERSONA)	FECHA (IMPLEMENTACIÓN)	ESTADO (IMPLEMENTACIÓN)
10	PRESENCIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Se realiza la ronda de seguridad del paciente en todas las unidades de atención de salud de la U.E. Est. Villarica Surcope Tunja	Jefe de Unidad	15/05/2017	SE
20	PRESENCIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Se realiza la ronda de seguridad del paciente en todas las unidades de atención de salud de la U.E. Est. Villarica Surcope Tunja	Jefe de Unidad	15/05/2017	SE
30	PRESENCIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Se realiza la ronda de seguridad del paciente en todas las unidades de atención de salud de la U.E. Est. Villarica Surcope Tunja	Jefe de Unidad	15/05/2017	SE
40	PRESENCIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Se realiza la ronda de seguridad del paciente en todas las unidades de atención de salud de la U.E. Est. Villarica Surcope Tunja	Jefe de Unidad	15/05/2017	SE
50	PRESENCIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Se realiza la ronda de seguridad del paciente en todas las unidades de atención de salud de la U.E. Est. Villarica Surcope Tunja	Jefe de Unidad	15/05/2017	SE
60	PRESENCIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Se realiza la ronda de seguridad del paciente en todas las unidades de atención de salud de la U.E. Est. Villarica Surcope Tunja	Jefe de Unidad	15/05/2017	SE
70	PRESENCIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Se realiza la ronda de seguridad del paciente en todas las unidades de atención de salud de la U.E. Est. Villarica Surcope Tunja	Jefe de Unidad	15/05/2017	SE
80	PRESENCIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Se realiza la ronda de seguridad del paciente en todas las unidades de atención de salud de la U.E. Est. Villarica Surcope Tunja	Jefe de Unidad	15/05/2017	SE
90	PRESENCIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Se realiza la ronda de seguridad del paciente en todas las unidades de atención de salud de la U.E. Est. Villarica Surcope Tunja	Jefe de Unidad	15/05/2017	SE
100	PRESENCIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Se realiza la ronda de seguridad del paciente en todas las unidades de atención de salud de la U.E. Est. Villarica Surcope Tunja	Jefe de Unidad	15/05/2017	SE



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD



FICHA DE MONITOREO

PROYECTO:	ANTONIO BASTOS/ALFARO (AÑO 2017)	TRIMESTRE:	1 TRIMESTRE	JARD:	INERSEN	SECTOR:	INERSEN
UNIDAD:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA ELABORACIÓN:					
COORDINADOR GENERAL:	DR. LUIS VILLALBA/BUENA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	L.C. DR. VIVY MINOZA				
RESP. DE ADMISIÓN:	L.C. ALFREDO BUENOS HEREDIA	RESP. DE LA UPEU:	DR. LUIS VILLALBA/BUENA				
RESP. EPIDEMIOLOGIA:	L.C. YOLANDA OSWALDO TORRES	RESP. CALIDAD CALIDAD:	L.C. DR. SANDRA ROSA RIZZO/BUENA				
		OTROS RESPONSABLES:					

INDICADOR	INDICADOR OBJETIVO	INDICADOR DE RESULTADO	INDICADOR DE PROCESO	INDICADOR DE RESULTADO	INDICADOR DE PROCESO	INDICADOR DE RESULTADO	INDICADOR DE PROCESO
01	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN	71%	Atención de los pacientes				
02	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN		Atención de los pacientes				
03	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN		Atención de los pacientes				
04	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN		Atención de los pacientes				
05	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN		Atención de los pacientes				
06	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN		Atención de los pacientes				
07	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN		Atención de los pacientes				
08	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN		Atención de los pacientes				
09	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN		Atención de los pacientes				
10	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN		Atención de los pacientes				
11	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN		Atención de los pacientes				
12	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN		Atención de los pacientes				
13	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN		Atención de los pacientes				
14	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN		Atención de los pacientes				
15	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN		Atención de los pacientes				
16	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN		Atención de los pacientes				
17	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN		Atención de los pacientes				
18	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN		Atención de los pacientes				
19	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN		Atención de los pacientes				
20	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN		Atención de los pacientes				





FICHA DE MONITOREO

PROYECTO:	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD
UNIDAD:	UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA
RESPONSABLE:	DR. LUIS VICTOR ROSA
COORDINADOR:	DR. ALFREDO GARCÍA
RESPONSABLE DE LA UNIDAD:	DR. ENFERMERA SANDA ESCOBAR JARRO
RESPONSABLE DE LA Ronda:	DR. ENFERMERA SANDA ESCOBAR JARRO

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN: 78%

PRORRADA	INDICADORES	VERIFICACIÓN REALIZADA	ACTIVIDADES DE MONITOREO / COMPROBACIÓN	RESPONSABLE (PERSONA)	FECHA (IMPLEMENTACIÓN)	FECHA (MONITOREO)	IMPACTACIÓN
01	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Revisión de la historia clínica de los pacientes ingresados para verificación de datos.	Revisión de la historia clínica de los pacientes ingresados para verificación de datos.	Unidad de Atención Primaria	01/01/2017	01/01/2017	01
02	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Revisión de la historia clínica de los pacientes ingresados para verificación de datos.	Revisión de la historia clínica de los pacientes ingresados para verificación de datos.	Unidad de Atención Primaria	01/01/2017	01/01/2017	01
03	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Revisión de la historia clínica de los pacientes ingresados para verificación de datos.	Revisión de la historia clínica de los pacientes ingresados para verificación de datos.	Unidad de Atención Primaria	01/01/2017	01/01/2017	01
04	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Revisión de la historia clínica de los pacientes ingresados para verificación de datos.	Revisión de la historia clínica de los pacientes ingresados para verificación de datos.	Unidad de Atención Primaria	01/01/2017	01/01/2017	01
05	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Revisión de la historia clínica de los pacientes ingresados para verificación de datos.	Revisión de la historia clínica de los pacientes ingresados para verificación de datos.	Unidad de Atención Primaria	01/01/2017	01/01/2017	01
06	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Revisión de la historia clínica de los pacientes ingresados para verificación de datos.	Revisión de la historia clínica de los pacientes ingresados para verificación de datos.	Unidad de Atención Primaria	01/01/2017	01/01/2017	01
07	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Revisión de la historia clínica de los pacientes ingresados para verificación de datos.	Revisión de la historia clínica de los pacientes ingresados para verificación de datos.	Unidad de Atención Primaria	01/01/2017	01/01/2017	01
08	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Revisión de la historia clínica de los pacientes ingresados para verificación de datos.	Revisión de la historia clínica de los pacientes ingresados para verificación de datos.	Unidad de Atención Primaria	01/01/2017	01/01/2017	01
09	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Revisión de la historia clínica de los pacientes ingresados para verificación de datos.	Revisión de la historia clínica de los pacientes ingresados para verificación de datos.	Unidad de Atención Primaria	01/01/2017	01/01/2017	01
10	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Revisión de la historia clínica de los pacientes ingresados para verificación de datos.	Revisión de la historia clínica de los pacientes ingresados para verificación de datos.	Unidad de Atención Primaria	01/01/2017	01/01/2017	01



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD



FICHA DE MONITOREO

PRESE:	ANTONIO BARRONETTO (LAMP)	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2018
UPIC:	EMERGENCIA	FECHA DE EJECUCIÓN:	11/11/2018	SECTOR:	EMERGENCIAS
TITULAR RESPONSABLE PRINCIPAL:	DR. LUIS VILLALBAZ BARRA	RESPONSABLE LOCAL:	LIC. EM. VERA MENDOZA	SECTOR:	EMERGENCIAS
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPA. ALFREDO GUERRA MORAÑA	RESP. DE LA UPEL:	DR. LUIS VILLALBAZ BARRA	SECTOR:	EMERGENCIAS
RESP. PRODUCCIÓN/EMERGENCIA:	LIC. EM. VERA MENDOZA	RESP. DE ATENCIÓN AL PACIENTE:	LIC. EM. SANCHEZ	SECTOR:	EMERGENCIAS
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. EM. SANCHEZ	SECTOR:	EMERGENCIAS

PROBLEMA	INDICADORES PRINCIPALES	VERIFICACIONES EFECTUADAS	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (NOMBRE)	PLAZO ESTIMADO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	IMPLEMENTACIÓN
1.	SEGURIDAD	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en la sala de emergencias de la UPEL.	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en la sala de emergencias de la UPEL.	Dr. Luis Villalba Barrera	Continuo	11/11/2018	SE CUMPLIÓ
2.	SEGURIDAD Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en la sala de emergencias de la UPEL.	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en la sala de emergencias de la UPEL.	Dr. Luis Villalba Barrera	Continuo	11/11/2018	SE CUMPLIÓ
3.	SEGURIDAD Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en la sala de emergencias de la UPEL.	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en la sala de emergencias de la UPEL.	Dr. Luis Villalba Barrera	Continuo	11/11/2018	SE CUMPLIÓ
4.	SEGURIDAD Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en la sala de emergencias de la UPEL.	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en la sala de emergencias de la UPEL.	Dr. Luis Villalba Barrera	Continuo	11/11/2018	SE CUMPLIÓ
5.	SEGURIDAD Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en la sala de emergencias de la UPEL.	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en la sala de emergencias de la UPEL.	Dr. Luis Villalba Barrera	Continuo	11/11/2018	SE CUMPLIÓ
6.	SEGURIDAD Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en la sala de emergencias de la UPEL.	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en la sala de emergencias de la UPEL.	Dr. Luis Villalba Barrera	Continuo	11/11/2018	SE CUMPLIÓ
7.	SEGURIDAD Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en la sala de emergencias de la UPEL.	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en la sala de emergencias de la UPEL.	Dr. Luis Villalba Barrera	Continuo	11/11/2018	SE CUMPLIÓ
8.	SEGURIDAD Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en la sala de emergencias de la UPEL.	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en la sala de emergencias de la UPEL.	Dr. Luis Villalba Barrera	Continuo	11/11/2018	SE CUMPLIÓ
9.	SEGURIDAD Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en la sala de emergencias de la UPEL.	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en la sala de emergencias de la UPEL.	Dr. Luis Villalba Barrera	Continuo	11/11/2018	SE CUMPLIÓ
10.	SEGURIDAD Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en la sala de emergencias de la UPEL.	Se verificó el cumplimiento de los procedimientos de atención de emergencias en la sala de emergencias de la UPEL.	Dr. Luis Villalba Barrera	Continuo	11/11/2018	SE CUMPLIÓ

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN: 78%



