



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección Regional de Salud Puno

Red de Salud El Collao

"AÑO BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"

OFICIO N° 773 - 2024 -GR /DIRESA -PUNO /RED DE SALUD EL COLLAO-DIR

SEÑOR : M.C. EDWIN WILBERT CORRALES MEJIA  
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD PUNO

ATENCION : LIC. GILBERTO JAEN BALDARRAGO  
DIRECCION DE GESTION CALIDAD DIRESA PUNO

PUNO

ASUNTO : REMITO INFORME TECNICO I SEMESTRE DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL HOSPITAL II -1 ILAVE

FECHA : ILAVE 15 de julio del 2024

Por medio de la presente me dirijo a usted, y expresarle mis saludos, así mismo comunico a Ud. que la Red de Salud a mi cargo REMITO INFORME TECNICO I SEMESTRE DE RONDAS DE SEGURIDAD APLICADAS EN HOSPITAL II-1 ILAVE DE LA RED DE SALUD EL COLLAO, en cumplimiento a evaluación de del informe de conformidades compromiso de mejora FICHA TECNICA N°43 correspondiente al año 2024:

ADJUNTO INFORME TECNICO (33 FOLIOS)

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para manifestarle los sentimientos de mi especial consideración y estima.

Atentamente,



*[Handwritten signature]*  
Dr. Carlos A. Andino Infantes  
M.D. 87203 - IMA A 1000  
DIRECTOR



Cc. Asst: [illegible]





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Red de Salud  
El Collao

## INFORME DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL II-1 ILAVE

**A :** MC. CARLOS ALBERTO ALVITES INFANTES  
DIRECTOR DE RED DE SALUD EL COLLAO

**DE :** OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

**ASUNTO:** INFORME TECNICO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL II-1  
ILAVE RED COLLAO AL I SEMESTRE 2024

**FECHA :** 12 de julio del 2024

---

**I. Antecedentes:**

Antecedentes legales y normativos nacionales e institucionales.

LEY N° 26842, LEY GENERAL DE SALUD Y SUS MODIFICACIONES

LEY N° 29414, LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

D.S.N°013-2006-SA QUE APRUEVA EL REGLAMENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO.

D.S. N°008-2017-SA QUE APRUEBA EL REGLAMENTO DE ORGANIZACIONES Y FUNCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD Y SUS MODIFICATORIAS.

R.M. N°727-2009/MINSA QUE APRUEBA POLITICAS NACIONALES DE CALIDAD EN SALUD

R.M.N°302-2015 MINSA, NTS N°117-MINSA/DGSPV 01NORMA TECNICA PARA LA ELABORACION DE USO DE GUIAS PRACTICAS CLINICAS DEL MINISTERIO DE SALUD .

D.S. N°92-2020-MINSA /DGAIN: DIRECTIVA SANITARIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DE RIESGOS EN LA ATENCION DE SALUD.

**Da**

**tos Generales:**

1.1 Institucional, departamento y servicio

- ❖ SERVICIO DE HOSPITALIZACION
- ❖ SERVICIO GENECO OBSTETRICIA
- ❖ SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO

1.2 Equipo de Rondas de Seguridad reconocido con Acto Resolutivo



BICENTENARIO  
DEL PERÚ



PERÚ

Ministerio de Salud

Red de Salud al Callao



PERÚ Ministerio de Salud

### CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITAL II-1 ILAVE RED COLLAO

IPRES: HOSPITAL DE APOYO II-1 ILAVE

TITULAR/RESPONSABLE DE LA IPRES: MC. FRANKLYN MACUTELA VENTURA

ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	30/01/2024	10:30a.m.	RONDA 1	20/02/2024	10:00am	RONDA 1	18/03/2024	11:00am	RONDA 1	16/04/2024	11:00 a.m.
RONDA 2			RONDA 2			RONDA 2			RONDA 2		

  

MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	15-05/2024	11:00 a. m.	RONDA 1	27-06/2024	10:30 a. m.	RONDA 1	30/07/2024	11:00 a. m.	RONDA 1	24-08/2024	10:30 a. m.
RONDA 2			RONDA 2			RONDA 2			RONDA 2		

  

SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	17/09/2024	11:00 a. m.	RONDA 1	20/10/2024	10:30 a. m.	RONDA 1	19/11/2024	11:00 a. m.	RONDA 1	14-12-2024	10:30 a. m.
RONDA 2			RONDA 2			RONDA 2			RONDA 2		

TITULAR/RESPONSABLE IPRES



RESPONSABLE DE LA IPRES

RESPONSABLE DE LA IPRES



RESPONSABLE DE LA IPRES

RESPONSABLE DE LA IPRES



## II. Análisis:

## 2.1 Resultados:

## 2.1.1. Cumplimiento promedio de las buenas prácticas en la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente por UPSS.

## SERVICIO DE HOSPITALIZACION

FECHA	UPSS	% DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS	RESULTADO DE VALORACIÓN DE RIESGO (*Escala referencial)
30/01/2024	REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA	90%	RIESGO MUY BAJO
20/02/2024	SEGURIDAD EN LA UPSS	77%	RIESGO IMPORTANTE
18/03/2024	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	57%	RIESGO INTOLERABLE
16/04/2024	PREVENCIÓN DE FUGA	33%	RIESGO INTOLERABLE
15/05/2024	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	
12/06/2024	PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	82%	RIESGO MODERADO
12/06/2024	SEGURIDAD SEXUAL	76%	RIESGO IMPORTANTE
	PROMEDIO	73%	

## SERVICIO CENTRO OBSTETRICO

FECHA	UPSS	% DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS	RESULTADO DE VALORACIÓN DE RIESGO (*Escala referencial)
31/01/2024	REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	95%	RIESGO INTOLERABLE
20/02/2024	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	87%	RIESGO MODERADO
18/03/2024	IDENTIFICACIÓN CORRECTA	71%	RIESGO IMPORTANTE
16/04/2024	PREVENCIÓN DE FUGA	50%	RIESGO INTOLERABLE
15/05/2024	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	RIESGO MUY BAJO
12/06/2024	PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	82%	RIESGO MODERADO
12/06/2024	SEGURIDAD SEXUAL	83%	RIESGO MODERADO
I SEMESTRE	PROMEDIO	80%	



**SERVICIO CENTRO QUIRURGICO**

FECHA	UPSS	% DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS	RESULTADO DE VALORACIÓN DE RIESGO (*Escala referencial)
31/01/2024	REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	94%	RIESGO MUY BAJO
20/02/2024	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	81%	RIESGO MODERADO
18/03/2024	IDENTIFICACIÓN CORRECTA	50%	RIESGO INTOLERABLE
16/04/2024	PREVENCIÓN DE FUGA	50%	RIESGO INTOLERABLE
15/05/2024	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	
12/06/2024	PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	67%	RIESGO IMPORTANTE
12/06/2024	SEGURIDAD SEXUAL	100%	
I SEMESTRE	PROMEDIO	77%	

\* 50% a 65% riesgo intolerable, 66% a 80% riesgo importante, 81% a 94% riesgo moderado, 97% a 99% riesgo muy bajo

Descriptivo: describir los resultados registrados en la tabla

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

UPSS	Nivel de atención	Reg. H.C	Seg. UPSS	Ident. Corre.	Prev. Fuga.	Seg. Medic	Prev. Caída	Seg. Sex.	Prev. UPP	Prev. Suicid.	Com. Efec.	Hig. Man	Bios	Func. Equip	% Total
HOSPITALIZACIÓN	II	96%	77%	57%	33%	100%	82%	76%							73%
CENTRO OBSTETRICO	II	95%	87%	71%	50%	90%	82%	83%							80%
CENTRO QUIRURGICO	II	94%	81%	50%	50%	100%	67%	100%							77%

Descriptivo: describir los resultados registrados en la tabla

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

#### HOSPITALIZACION

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	20	implementar , socializar norma técnica de historias clínica	se efectuó la implementación del cie 10 en servicio



**PERÚ****Ministerio  
de Salud**Red de Salud  
el Cusco

Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	12	implementar un personal que esté a cargo	se implementó con plan de intervención en el servicio
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	20	realizar el plan y socializar	se implementó el formato en servicio
Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	12	implementar	se realizó gestiones para la implementación del sistema en servicio
Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	20	implementar	Se realizó las acciones de mejora
Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	35	implementar	Se realiza socialización e implementación en servicio y personal de salud
Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	20	implementar	Se realizó socialización al personal de salud e implementación
Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	12	implementar	se logró la implementación de bata de identificación
Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	12	implementar	se realizó la implementación de procedimientos en servicio
Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	21	implementar	se implementa sistema de control de salidas
Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	16	implementar	se logró la hoja de registro en servicio
Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	12	implementar	se logró implementar las acciones preventivas en servicio
Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	21	Socializar	Se realiza con el personal del servicio
Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	12	Informe	Se logra acuerdo para los informes con el personal del servicio
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	16	Informe	Se logró que el personal tenga conocimiento

**CENTRO OBSTETRICO**

<b>VERIFICADOR INSEGURO</b>	<b>VALOR DE RIESGO</b>	<b>ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS</b>	<b>ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS</b>
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	20	IMPLEMENTAR, SOCIALIZAR LA NORMA TECNICA DE HISTORIAS CLINICAS.	Se realiza implementación en servicio

**BICENTENARIO  
DEL PERÚ  
2011 - 2014**



PERÚ

Ministerio  
de SaludRed de Salud  
el Cóncavo

Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	06	implementar	Se realiza implementación en servicio
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	20	socialización	Se realiza implementación en servicio
Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	20	implementar y socializar	Se realiza implementación en servicio
Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	16	Implementar socialización	Se coordinó y en proceso implementación en servicio
Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	12	socialización	Se realiza implementación en servicio
Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	12	implementar	En proceso de implementación en servicio
Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	16	Implementar	Se cumplió con la socialización al personal
Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	12	Implementar	Se logra implementar los registros en servicios
El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	16	Implementar	Se implementa medidas para evitar los casos

## CENTRO QUIRURGICO

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	21	implementar en la historia clínica, socializar la norma técnica	se realiza la socialización al personal de salud
Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	12	Implementar un personal	se realiza la socialización al personal de salud
En Centro Quirurgico se evidencia la última Encuesta Semestral remitida a la Dirección para evaluar el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo del Equipo Conductor y/o Comité de Seguridad del Paciente	16	Implementar y socializar	No se realizo
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	12	Implementar y Socialización	Se realiza al personal de salud

BICENTENARIO  
DEL PERÚ  
2021 - 2024



PERÚ

Ministerio de Salud

Red de Salud el Colambo

Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	16	Implementar y socializar	se realiza la socialización al personal de salud
Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	28	implementar, socializar con su personal.	se realiza la socialización su implementación en proceso
Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	28	Implementar y socialización	En proceso de implementación en servicio
Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	28	implementar	Se implementa los carteles en servicio
Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	12	Implementar	Se logró su implementación
Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	12	socializar	Se realiza la socialización al personal de salud
Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	12	socializar	
Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	28	Implementar	En proceso

Descriptivo: describir los resultados registrados en la tabla

### 2.1.4 Información del análisis de indicadores

N°	INDICADOR	FÓRMULA	TIPO DE INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	EVALUACIÓN DE INDICADORES 2023				
					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	3/3=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		3/3=100%			6/6=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	100%				

Descriptivo: describir los resultados registrados en la tabla



BICENTENARIO DEL PERÚ





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Red de Salud  
el Collao

**III. Conclusiones**

La aplicación de rondas de seguridad contribuirá a la disminución de riesgos contribuye a la mejora continua de la calidad.

**IV. Recomendaciones**

Se debe priorizar la implementación de acciones de mejora continua y compromisos de mejora en los diferentes servicios del Hospital II-1 ILAVE de la RED DE SALUD EL COLLAO.

**V. Anexos**

1. RESULTADOS DE EVALUACIÓN (anexo 02). SERVICIO/UPSS

2. ACCIONES DE MEJORA (anexo 06) SERVICIO/UPSS

3. MONITOREO DE LAS ACCIONES (anexo 07) SERVICIO/UPSS



  
**Maria M. Tuni Arias**  
LIC. EN ENFERMERÍA  
CEP 77901 - ESP. REG. 23668



BICENTENARIO  
DEL PERÚ



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

#### RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	FECHA APLICACION:	30/01,20/02, 18/03, 16/04, 15/0 (dd/mm/aaaa)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GIOVANA GUADALUPE RUELAS GARAVITO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	RESP. DE LA UPSS:	MC. ROBERTO TORRES LERMA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. GIOVANA GUADALUPE RUELAS GARAVITO		
OTROS RESPONSABLES:				

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	96%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	77%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	57%
PREVENCIÓN DE FUGA	33%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	82%
SEGURIDAD SEXUAL	67%
PROMEDIO	73%

MINISTERIO DE SALUD  
 SECTOR ESCUELA DE ENFERMERIA  
 U.P.S. 1018  
 Director  
 Lic. P. Mendocza Yujra  
 C.E.P. 20668



PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO: **73%**

*Guadalupe Ruelas*  
 Giovana Guadalupe Ruelas Garavito  
 LICENCIADA EN ENFERMERIA  
 C.E.P. 62463

*F. Hyder D. Pineda Arco*  
 BIOQUÍMICO  
 C.C.F.P. 07949

*M. T. Torres Lerma*  
 LIC. EN ENFERMERIA  
 CEP 77801 - ESP. RES. 22896





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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	ILAVE	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	CENTRO OBSTÉTRICO	FECHA APLICACION:	30/01, 20/02, 18/03, 16/04, 15/05 (dd/mm/aaaa)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	FRANK JESUS CHAVEZ COLLANTES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GIOVANA GUADALUPE RUELAS GARAVITO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CESAR AGUSTO BELTRAN RAMOS	RESP. DE LA UPSS:	G.O. WALTER QURISPE ARO		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. BERTHA P.MENDOSA YUJRA	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. GIOVANA GUADALUPE RUELAS GARAVITO		
		OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	95%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	87%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	71%
PREVENCIÓN DE FUGA	50%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	82%
SEGURIDAD SEXUAL	89%
PROMEDIO	80%

MINISTERIO DE SALUD  
 VICEMINISTERIO DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD  
 LIC. FREDY OLIVERA  
 C.E.P. 85108  
 DIRECTOR

MINISTERIO DE SALUD  
 VICEMINISTERIO DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD  
 LIC. F. Mendez Yujra  
 C.E.P. 202047

MINISTERIO DE SALUD  
 VICEMINISTERIO DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD  
 LIC. ENF. BERTHA P. MENDOSA YUJRA  
 C.E.P. 62403

VICEMINISTERIO DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD  
 LICENCIADA EN ENFERMERIA  
 Q.F. Heyder D. Pina Arces  
 STOQUEMICO  
 C.C.P.P. 07340

MINISTERIO DE SALUD  
 VICEMINISTERIO DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD  
 LIC. EN ENFERMERIA  
 MARIAM TUNÍ ARIAS  
 C.E.P. 37901-537 REG. 23595



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

IPRESS:	ILAVE	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	CENTRO QUIRÚRGICO	FECHA APLICACION:	30/01.,20/02,18/3,16/04,15/0 (dd/mm/aaaa)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	FRANK JESUS CHAVES COLLANTES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC ENF. GIOVANA GUADALUPE RUELAS GARAVITO	
RESP. DE ADMINISTRACION:	ING. CESAR AGUSTO BELTRAN RAMOS	RESP. DE LA UPSS:	M.I. MICHEL TUJARIAS	
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC-ENF.BERTHA P.MENDOZA YUJIRA	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC ENF. GIOVANA GUADALUPE RUELAS GARAVITO	
OTROS RESPONSABLES:				

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	94%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	81%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	50%
PREVENCIÓN DE FUGA	50%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	67%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
PROMEDIO	77%

MINISTERIO DE SALUD  
 DIRECCIÓN NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD  
 C. P. Carlos Quiroz  
 DIRECTOR

MINISTERIO DE SALUD  
 PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO  
 JENYFER  
 LICENCIADA EN ENFERMERIA  
 C.E.P. 62463

GOBIERNO REGIONAL TUMBES  
 LICENCIADA EN ENFERMERIA  
 C.E.P. 62463

77%

Q.F. Helder P. Pineda Aros  
 LICENCIADO EN ENFERMERIA  
 C.E.P. 62463

MINISTERIO DE SALUD  
 LICENCIADA EN ENFERMERIA  
 M. M. TUNARIAS  
 C.E.P. 62463

MINISTERIO DE SALUD  
 LICENCIADA EN ENFERMERIA  
 M. M. TUNARIAS  
 C.E.P. 62463



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

TRIMESTRE	8 TRIMESTRE	AÑO	2024
FECHA APLICACION	30/01/2024, 16/02/2024, 13/03/2024 (COMUNIDAD)		
RESP. EPIDEMIOLOGIA	LIC. EPI. GIOVANA GUADALUPE RUILES GUARAVITO		
RESP. DE LA UPSE	MC. ROBERTO TORRES LEYVA		
RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD	LIC. EPI. GIOVANA GUADALUPE RUILES GUARAVITO		
OTROS RESPONSABLES			

ACTIVIDADES PROPUESTAS

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR RIESGO	ACCIONES CONECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (días/meses/años)
24	SEGURIDAD EN LA UPSE	Revisión y plan de acciones de calidad de información de los estudiantes y médicos visitantes.	IMPLEMENTAR PLAN DE ACCIÓN QUE ESTE A CABO	JEFE DE SERVICIO REGIONAL, JEFE DE EMPRESAS	2024
30	PREVENCIÓN DE CAÍDAS	Registro de los registros con caídas de CS-10 a CS-12 y de computarizar y analizar y analizar.	IMPLEMENTAR "CONJUNTO DE ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS"	JEFE DE SERVICIO REGIONAL, JEFE DE EMPRESAS, JEFE DE SERVICIO DE SALUD EN EMPRESAS DE SALUD	2024
40	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente basado en el historial y el plan de cuidado.	IMPLEMENTAR	JEFE DE SERVICIO REGIONAL, JEFE DE SERVICIO RESPONSABLE DE CALIDAD	2024
50	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	No usar fajas de sujeción en sus brazos y las otras partes del cuerpo sin necesidad.	IMPLEMENTAR	JEFE DE SERVICIO REGIONAL, JEFE DE SERVICIO RESPONSABLE DE CALIDAD	2024
60	SEGURIDAD EN LA UPSE	Identificación de formas de comunicación informales para el personal de enfermería.	REALIZAR EL PLAN Y EJECUCIÓN	JEFE DE SERVICIO REGIONAL, JEFE DE SERVICIO RESPONSABLE DE CALIDAD	2024
70	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de la identidad del paciente con el historial clínico de riesgo por caídas.	IMPLEMENTAR	JEFE DE SERVICIO REGIONAL, JEFE DE SERVICIO RESPONSABLE DE CALIDAD	2024
24	SEGURIDAD EN LA UPSE	Identificación de formas de comunicación informales para el personal de enfermería.	IMPLEMENTAR	JEFE DE SERVICIO REGIONAL, JEFE DE SERVICIO RESPONSABLE DE CALIDAD	2024
36	PREVENCIÓN DE LA FALTA DE PRESENCIA	Revisión de los registros de asistencia con el plan de acción y el plan de acción.	IMPLEMENTAR	JEFE DE SERVICIO REGIONAL, JEFE DE SERVICIO RESPONSABLE DE CALIDAD	2024
32	SEGURIDAD GLOBAL	Revisión de los registros de asistencia con el plan de acción y el plan de acción.	IMPLEMENTAR	JEFE DE SERVICIO REGIONAL, JEFE DE SERVICIO RESPONSABLE DE CALIDAD	2024



1000 - INSTITUCIÓN DE SALUD  
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

Dr. *[Signature]*  
C.E.P. 62463

Dr. *[Signature]*  
C.E.P. 62463

Dr. *[Signature]*  
C.E.P. 07940

Dr. *[Signature]*  
C.E.P. 27861 - ESP. RES. 23036



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

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE	II TRIMESTRE	AÑO	2024
FORMA APLICACIÓN	30/01, 30/02, 18/03, 15/04, 15/05, 15/06, 15/07, 15/08, 15/09, 15/10, 15/11, 15/12		
TITULAR RESPONSABLE IPRESK	LIC. EMP. GIOVANA SUADALUPE RUIELAS GARAVITO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN	MC ROBERTO TORRES LERMA		
RESP. EFECTO SERVICIO ENFERMERÍA	LIC. EMP. GIOVANA SUADALUPE RUIELAS GARAVITO		
OTROS RESPONSABLES:			

ACTIVIDADES PLANIFICADAS

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INGRESADO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (FECHAS)
30	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Se revisa el cumplimiento de los procedimientos y protocolos que se aplican en caso de fuga de pacientes.	IMPULSIONAR	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFE DE SERVICIO RESPONSABLE DE CALIDAD	18/03/2024
40	PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES Y CONTINGENCIA SEGURIDAD	Se revisa los protocolos de atención, educación, medidas preventivas, protocolos de atención de emergencia y de traslado de los pacientes con riesgo de caídas.	IMPULSIONAR	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFE DE SERVICIO RESPONSABLE DE CALIDAD	18/03/2024
50	SEGURIDAD VENOSA	Se revisa los protocolos de atención y los cuidados de los pacientes con riesgo de eventos venosos.	IMPULSIONAR	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFE DE SERVICIO RESPONSABLE DE CALIDAD	30/03/2024
60	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Se revisa el cumplimiento de los protocolos de atención y educación del personal de salud.	IMPULSIONAR	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFE DE SERVICIO RESPONSABLE DE CALIDAD	30/03/2024
60	PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES Y CONTINGENCIA SEGURIDAD	Se revisa los protocolos de atención de los pacientes con riesgo de caídas, así como los protocolos de atención de emergencia y de traslado de los pacientes con riesgo de caídas.	COADYUVAR	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFE DE SERVICIO RESPONSABLE DE CALIDAD	30/03/2024
40	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Se revisa el cumplimiento de los procedimientos y protocolos de atención de los pacientes con riesgo de fuga de pacientes y de traslado de los pacientes con riesgo de fuga.	IMPULSIONAR	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFE DE SERVICIO RESPONSABLE DE CALIDAD	30/03/2024



*[Signature]*  
 LIC. EN ENFERMERÍA  
 C.E.P. 07948



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

IPRES:	TRIMESTRE	AÑO	ZONA
IPRES:	FECHA APLICACION:		
UPSE:	RESP. EPIDEMIOLOGIA:		
TITULAR RESPONSABLE IPRES:	RESP. DE LA UPSE:		
RESP. DE ADMINISTRACION:	RESP. OFICINA DE CALIDAD:		
RESP. DIFUSION SERVICIO:	OTROS RESPONSABLES:		

ACTIVIDADES PROGRAMADAS

PROXIMIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR RIESGO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (Semana)
12	SEGURIDAD EN LA UPSE	Reportar al Director Médico, asistencial, epidemiológico, de gestión de riesgos, de atención al paciente, de atención al usuario y de atención al proveedor.	IMPLEMENTAR	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFA DE ENFERMERIA O SERVICIOS	20/07/2018
18	RETORNO CLINICA	Registro de los casos con un seguimiento (C.E. o E.C.) de seguimiento (preventivo o curativo)	IMPLEMENTAR, EDUCACIÓN LA NORMA TÉCNICA DE HISTORIA CLÍNICA	JEFE DE SERVICIO CALIDAD PERSONAL JEFA DE ENFERMERIAS, etc.	20/07/2018
24	PREVENCIÓN DE LA FUERA DE FACILIDADES	Registro de la tasa de complicaciones (seguimiento al riesgo de fuga del paciente) y la evolución de los resultados de intervenciones oportunas.	EDUCACION	JEFE DE SERVICIO CALIDAD PERSONAL JEFA DE ENFERMERIAS, etc.	20/07/2018
30	IDENTIFICACION CORRECTA DEL PACIENTE	Verificar en la historia del paciente con el hospital antes de cualquier procedimiento.	IMPLEMENTAR Y EDUCACION	JEFE DE SERVICIO CALIDAD JEFA DE ENFERMERIAS PERSONAL, FARMACIA	20/07/2018
30	SEGURIDAD EN LA UPSE	Elaboración de tarjetas de identificación identificadas para el ingreso de farmacia.	IMPLEMENTAR Y EDUCACION	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFA DE ENFERMERIAS CALIDAD	20/07/2018
24	PREVENCIÓN DE LA FUERA DE FACILIDADES	Tener en cuenta el riesgo de fuga del paciente y la evolución de los resultados de intervenciones oportunas.	IMPLEMENTAR	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFA DE ENFERMERIAS CALIDAD	20/07/2018
48	IDENTIFICACION CORRECTA DEL PACIENTE	Prevenir la falta de identificación y los datos incorrectos en el historial y el consentimiento informado.	IMPLEMENTAR Y EDUCACION	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFA DE ENFERMERIAS CALIDAD	20/07/2018
48	PREVENCIÓN DE LA FUERA DE FACILIDADES	Evitar la falta de identificación y la evolución de los resultados de intervenciones oportunas.	IMPLEMENTAR	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFA DE ENFERMERIAS CALIDAD	20/07/2018

MINISTERIO DE SALUD  
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

*Q.K. Reyder P. Pina*  
Q.K. REYDER P. PINA  
LICENCIADO EN ENFERMERIA  
C.Q.F.P. 07940

MINISTERIO DE SALUD  
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

*Q.K. María M. Iruñ Arias*  
MARIA M. IRUÑ ARIAS  
LIC. EN ENFERMERIA  
C.E.P. 62403



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

PRESE	TRIMESTRE	AÑO	2024
BLAVE	FECHA APLICACION:	30/01, 30/02, 30/03, 30/04, 30/05, 30/06, 30/07, 30/08, 30/09, 30/10, 30/11, 30/12	(DOMINGOS)
UPSE:	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. INF. GIOVANA GUADALUPE BUELAS GARRAVITO	
TITULAR RESPONSABLE PRESE:	RESP. DE LA UPSE:	G.O. WALTER GUISPE ARO	
RESP. DE ADMINISTRACION:	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. INF. GIOVANA GUADALUPE BUELAS GARRAVITO	
RESP. OFIC. SERVICIO ENFERMERIA:	OTROS RESPONSABLES:		

ACTIVIDADES PLANIFICADAS

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INDEFINIDO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGOS)	PLAZO (determinado)
DE	PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES Y CONTROLES DE SEGURIDAD	Indicador de riesgo operativo de todo por estar con salidas vacías, a que se debe de revisar particularmente en las salidas y al tiempo de llegada.	REVISAR	Jefe de Servicio, FISIOTERAPEUTA, JEFE DE SERVICIO, FISIOTERAPEUTA, JEFE DE SERVICIO, FISIOTERAPEUTA, JEFE DE SERVICIO, FISIOTERAPEUTA	30/08/2024
DE	SEGURIDAD ALIADA	El protocolo de respuesta de un paciente caído en el predio de la clínica requiere de un protocolo de respuesta de un paciente caído en el predio de la clínica.	REVISAR	Jefe de Servicio, FISIOTERAPEUTA, JEFE DE SERVICIO, FISIOTERAPEUTA, JEFE DE SERVICIO, FISIOTERAPEUTA, JEFE DE SERVICIO, FISIOTERAPEUTA	30/08/2024
DE	SEGURIDAD EN LA RESTAURACIÓN	Control de peso y estado nutricional para el estado de salud de los pacientes que ingresan a la clínica.	REVISAR	Jefe de Servicio, FISIOTERAPEUTA, JEFE DE SERVICIO, FISIOTERAPEUTA, JEFE DE SERVICIO, FISIOTERAPEUTA, JEFE DE SERVICIO, FISIOTERAPEUTA	30/08/2024
DE	PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES Y CONTROLES DE SEGURIDAD	Indicador de riesgo operativo de todo por estar con salidas vacías, a que se debe de revisar particularmente en las salidas y al tiempo de llegada.	REVISAR	Jefe de Servicio, FISIOTERAPEUTA, JEFE DE SERVICIO, FISIOTERAPEUTA, JEFE DE SERVICIO, FISIOTERAPEUTA, JEFE DE SERVICIO, FISIOTERAPEUTA	30/08/2024

MINISTERIO DE SALUD  
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

Q.F. Freyder P. Pin... Arce  
BIOQUÍMICO  
CGFP 07000

MINISTERIO DE SALUD  
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

Q.F. Freyder P. Pin... Arce  
BIOQUÍMICO  
CGFP 07000

MINISTERIO DE SALUD  
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

Q.F. Freyder P. Pin... Arce  
BIOQUÍMICO  
CGFP 07000

MINISTERIO DE SALUD  
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

Q.F. Freyder P. Pin... Arce  
BIOQUÍMICO  
CGFP 07000

MINISTERIO DE SALUD  
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

Q.F. Freyder P. Pin... Arce  
BIOQUÍMICO  
CGFP 07000

MINISTERIO DE SALUD  
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

Q.F. Freyder P. Pin... Arce  
BIOQUÍMICO  
CGFP 07000





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

TRIMESTRE	AÑO	SEÑ
PRIMER	2021	SEÑ
UPSE	UC EMP. GIOVANA GUARDALUPE RUILES GARAVITO	
TITULAR RESPONSABLE PFISS:	ML MICHEL TILA ARIAS	
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	UC EMP. GIOVANA GUARDALUPE RUILES GARAVITO	
RESP. DE SERVICIO EMERGENCIA:	OTROS RESPONSABLES:	

ACTUALIZACIÓN

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR (INSURSO)	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARDIO)	PLAZO (días/meses)
24	SEGURIDAD EN LA UPSE	Planear el traslado (paciente, familia, responsabilidad a otros) asegurando que tienen al personal de soporte con tiempo y en los turnos y copias.	IMPLEMENTAR EN PERSONAL	JEFE DE SERVICIO	30 DIAS
42	RESERVA CLÍNICA	Registro de los ingresos con control de 24 horas de la atención de urgencias y emergencias.	IMPLEMENTAR EN LA HISTORIA CLÍNICA, LOCALIZAR LA NOMENCLATURA DE HEMODIÁLISIS	JEFE DE SERVICIO REGIONAL JEFE DE SERVICIO EMERGENCIAS CALIDAD	30 DIAS
56	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificar en la historia del paciente con el sistema antes de cualquier procedimiento.	IMPLEMENTAR, TROPICAR CON SU PERSONAL	JEFE DE SERVICIO REGIONAL	30 DIAS
32	SEGURIDAD EN LA UPSE	En Centro de Urgencias se establece la línea telefónica (comunicación) estable a la cualificar para tener al personal de enfermería de la línea de verificación de seguridad de la Cruz y según el Equipo Gestor por Centro de Urgencias de la zona.	IMPLEMENTAR Y LOCALIZAR	JEFE DE SERVICIO REGIONAL JEFE DE SERVICIO EMERGENCIAS CALIDAD	30 DIAS
30	SEGURIDAD EN LA UPSE	Acción y plan de contingencia sobre la información de los familiares y visitas adivinas.	IMPLEMENTAR Y LOCALIZAR	JEFE DE SERVICIO REGIONAL JEFE DE SERVICIO EMERGENCIAS CALIDAD	30 DIAS
56	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Planear una estrategia de identificación y los datos registrados en copias y originales.	IMPLEMENTAR Y LOCALIZAR	JEFE DE SERVICIO REGIONAL JEFE DE SERVICIO EMERGENCIAS CALIDAD	30 DIAS
48	SEGURIDAD EN LA UPSE	Registro de los datos de verificación de presencia de todos el personal asistencial.	IMPLEMENTAR Y LOCALIZAR	JEFE DE SERVICIO REGIONAL JEFE DE SERVICIO EMERGENCIAS CALIDAD	30 DIAS
54	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificar de riesgo de caídas de los pacientes en el momento de ingreso como en el campo clínico.	IMPLEMENTAR	JEFE DE SERVICIO REGIONAL JEFE DE SERVICIO EMERGENCIAS CALIDAD	30 DIAS

DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD EN SALUD
   
 L. FERRER, C. G.
   
 DISTRITO DE SAN JUAN DE LIMA

MINISTRO DE SALUD
   
 P. MENDOZA Y VILTA
   
 LIC. EN ENFERMERIA
   
 C.C.P.F. 07940

Q.J. REIDER PINO ALVARADO
   
 BIOQUÍMICO
   
 C.C.P.F. 07940

LIC. EN ENFERMERIA
   
 MARI M. TANI ARIAS
   
 C.C.P.F. 77801 - EP. BEL. 21626



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

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE	AÑO	2024
FECHA APLICACION:	2027-2003.193.1934.1936. (DDMMAAAA)	
RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC ENF. GIOVANNA GUINDALUPE BUELAS GARAVITO	
RESP. DE LA UPESE:	ML MICHEL TIVARIAS	
RESP. OPC. ALTA CALIDAD:	LIC ENF. GIOVANNA GUINDALUPE BUELAS GARAVITO	
OTROS RESPONSABLES:		

ACTUALIZACIÓN PROBLEMA

PROBLEMA	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICACION INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CAMBIO)	PLAZO (SEMESTRALES)
36	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Comenzó a ser planeado y planeado que se asiste en caso de fuga de paciente	IMPLEMENTAR	FEJE DE SERVICIO REGIONAL, AREA DE INFANTERNA CALIDAD	2024
38	PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES Y CONDICIONES SECUNDARIAS	Proceso que incluye y plan de riesgos, evaluaciones, medidas preventivas, protocolos respectivos de la institución y asistencia de los equipos interdisciplinarios de trabajo interactivos.	IMPLEMENTAR	FEJE DE SERVICIO REGIONAL, AREA DE INFANTERNA CALIDAD	2024
36	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Elaboración con el paciente para evitar el riesgo potencial de fuga. Esto se hace de acuerdo con el riesgo potencial de fuga de pacientes y la capacidad de la institución.	IMPLEMENTAR	FEJE DE SERVICIO REGIONAL, AREA DE INFANTERNA CALIDAD	2024
36	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Revisión de la lista de recomendaciones implementadas al riesgo de fuga del paciente y la asistencia de los equipos de trabajo interactivos.	IMPLEMENTAR	FEJE DE SERVICIO REGIONAL, AREA DE INFANTERNA CALIDAD	2024

MINISTERIO DE SALUD  
 UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD  
 LIC. EN ENFERMERIA  
 C.C.P.P. 07940  
 DIRECTOR

MINISTERIO DE SALUD  
 UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD  
 LIC. EN ENFERMERIA  
 C.C.P.P. 07940  
 DIRECTOR

MINISTERIO DE SALUD  
 UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD  
 LIC. EN ENFERMERIA  
 C.C.P.P. 07940  
 DIRECTOR

MINISTERIO DE SALUD  
 UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD  
 LIC. EN ENFERMERIA  
 C.C.P.P. 07940  
 DIRECTOR

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

FICHA DE MONITOREO

PRESENTE	LAUPE	TRIMESTRE:	SEMESTRE:	SECTOR:
UPRES	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	SECTOR:	SECTOR:
TITULAR RESPONSABLE PBIER	FRANJIL JESUS CHAVEZ COLANYES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LC. EMF. GIOVANA GUANDALUPE RUIZ LAS GUAYAS (COMUNAL)	SECTOR:
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CESAR AGUILO BELTRAN RAMOS	RESP. DE LA UPEU:	DR. ROBERTO TORRES LERMA	SECTOR:
RESP. OPTIMIZACIÓN ENFERMERÍA:	LC. EMF. BERTHA FERNANDA YUJIRA	RESP. DE CALIDAD CALIDAD:	LC. EMF. GIOVANA GUANDALUPE RUIZ LAS GUAYAS	SECTOR:
		OTROS RESPONSABLES:		SECTOR:

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

80%

INDICADOR	BUENAS PRÁCTICAS	IMPLEMENTACIÓN	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE	ALUMEN (Observación)	MONITOREO (Frecuencia)	IMP. IMPLEMENTACIÓN
34	SEGUIMIENTO DE LA UPEU	Se realiza y se documenta la información de los pacientes y eventos adversos.	IMPLEMENTAR UN PERSONAL DE CUIDADO	JEFE DE SERVICIO PROFESIONAL JEFA DE SERVICIO (ENFERMERÍA)	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	SI
35	MEJORA CALIDAD	Registros de los procedimientos con validación de CC-10-2018 y de correspondencia con los procedimientos.	IMPLEMENTAR, COORDINAR NORMAS TÉCNICAS DE REGISTRO CLÍNICO	JEFE DE SERVICIO PROFESIONAL JEFA DE SERVICIO (ENFERMERÍA)	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	SI
45	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente con el uso de la escala de riesgo de caídas.		JEFE DE SERVICIO PROFESIONAL JEFA DE SERVICIO RESPONSABLE DE CALIDAD	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	SI
46	CONDICIONACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente en cama con medidas de identificación y los datos registrados en sus historias clínicas.		JEFE DE SERVICIO PROFESIONAL JEFA DE SERVICIO RESPONSABLE DE CALIDAD	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	SI
50	SEGUIMIENTO EN LA UPEU	Comunicación del tiempo de espera de los procedimientos y procedimientos de atención de urgencias.	REVISAR EL PLAN DE ACCIONES	JEFE DE SERVICIO PROFESIONAL JEFA DE SERVICIO RESPONSABLE DE CALIDAD	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	SI
51	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el uso de la escala de riesgo de caídas.		JEFE DE SERVICIO PROFESIONAL JEFA DE SERVICIO RESPONSABLE DE CALIDAD	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	SI
52	SEGUIMIENTO EN LA UPEU	Tarjetas de control de tiempo de espera de los procedimientos y procedimientos de atención de urgencias.		JEFE DE SERVICIO PROFESIONAL JEFA DE SERVICIO RESPONSABLE DE CALIDAD	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	SI
53	PREVENCIÓN DE LA FALTA DE PACIENTES	Paciente con tarjeta de hospitalización identificada.		JEFE DE SERVICIO PROFESIONAL JEFA DE SERVICIO RESPONSABLE DE CALIDAD	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	SI
54	MEJORA CALIDAD	Atención de pacientes con procedimientos de atención de urgencias y procedimientos de atención de urgencias.		JEFE DE SERVICIO PROFESIONAL JEFA DE SERVICIO RESPONSABLE DE CALIDAD	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	SI
55	PREVENCIÓN DE LA FALTA DE PACIENTES	Control de los procedimientos y procedimientos de atención de urgencias.		JEFE DE SERVICIO PROFESIONAL JEFA DE SERVICIO RESPONSABLE DE CALIDAD	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	SI



MINISTERIO DE SALUD  
SECTOR SERVICIOS  
ESTABLECIMIENTO DE SALUD



HOSPITAL DE SALUD  
SECTOR SERVICIOS  
ESTABLECIMIENTO DE SALUD



HOSPITAL DE SALUD  
SECTOR SERVICIOS  
ESTABLECIMIENTO DE SALUD



HOSPITAL DE SALUD  
SECTOR SERVICIOS  
ESTABLECIMIENTO DE SALUD

*[Signature]*  
DIRECTOR

*[Signature]*  
COORDINADOR

*[Signature]*  
JEFE DE SERVICIO

*[Signature]*  
LIC. EN ENFERMERIA  
C.C.P. 01440

*[Signature]*  
LIC. EN ENFERMERIA  
C.C.P. 01440

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

FICHA DE MONITOREO

IPRESS	CLAVE	TRIMESTRE	AÑO	2008
UPRES	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN	2007.03.01 (DEL 01.04.1994) USM, USM, USM (TERMINADA)	
TITULAR RESPONSABLE IPRESS	FRANK ABUELO CHAVEZ COLLANTES	RESP. EPIDEMIOLOGÍA	L.C. ENF. GORIANA GUACALLUPÉ RUILES GARRAMITO	
RESP. DE ASESORIA TÉCNICA	CEBARI ADOLFO BELTRAN RAMOS	RESP. DE LA LUPES	M.C. ROBERTO TURRES LETIMA	
RESP. EPIDEMIOLOGÍA ENFERMERÍA	L.C. ENF. BERTINA P. BENOZZA YUJRA	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD	L.C. ENF. GORIANA GUACALLUPÉ RUILES GARRAMITO	
		OTROS RESPONSABLES		

PROCEDIMIENTO	BUENAS PRÁCTICAS	PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN		ACCIONES DE SEGUROS - CORRECTIVAS	RESPONSABLE TÉCNICO	PLAZO (SEMANAS)	MONITOREO (SEMANAS)	IMPLEMENTACIÓN
		VERIFICADOR INTERNO	80%					
01	PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES Y CONTINGENCIAS RELACIONADAS	Revisión de los estándares preventivos caídas, protocolos, manuales preventivos, procedimientos, implementación de la frecuencia y cumplimiento de los cronogramas, mantenimiento de salidas de evacuación.	80%	Implementación	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFA DE SERVICIO RESPONSABLE DE CALIDAD	SEMANAS		SI
02	SEGURIDAD MEDICAL	Revisión de protocolos y otros documentos de implementación preventivos de las acciones asociadas.	80%	Implementación	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFA DE SERVICIO RESPONSABLE DE CALIDAD	SEMANAS		SI
03	PREVENCIÓN DE LA PUNTA DE INYECCIONES	Revisión de los estándares de control de los niveles y cantidad del líquido de los medicamentos.	80%	Implementación	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFA DE SERVICIO RESPONSABLE DE CALIDAD	SEMANAS		SI
04	PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN Y CONTINGENCIAS RELACIONADAS	Revisión de los estándares de control de los niveles y cantidad del líquido de los medicamentos, y de los niveles de medicación por medicamento y medicamento y tiempo de espera.	80%	Implementación	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFA DE SERVICIO RESPONSABLE DE CALIDAD	SEMANAS		SI
05	PREVENCIÓN DE LA PUNTA DE INYECCIONES	Revisión de los estándares de control de los niveles y cantidad del líquido de los medicamentos y de los niveles de medicación por medicamento y medicamento y tiempo de espera.	80%	Implementación	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFA DE SERVICIO RESPONSABLE DE CALIDAD	SEMANAS		SI
								SELECCION
								SELECCION
								SELECCION
								SELECCION
								SELECCION
								SELECCION
								SELECCION
								SELECCION



MINISTERIO DE SALUD  
REGIONAL OFICINA REGIONAL  
CUSCO

Dr. [Signature]

COORDINADOR GENERAL  
C.P. 1003



GOBIERNO REGIONAL  
CUSCO

Dr. [Signature]

COORDINADOR GENERAL  
C.C.F.P. 07940



GOBIERNO REGIONAL  
CUSCO

Dr. [Signature]

COORDINADOR GENERAL  
C.C.F.P. 07940



GOBIERNO REGIONAL  
CUSCO

Dr. [Signature]

COORDINADOR GENERAL  
C.C.F.P. 07940



GOBIERNO REGIONAL  
CUSCO

Dr. [Signature]

COORDINADOR GENERAL  
C.C.F.P. 07940

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

FICHA DE MONITOREO

UBI:	TRIMESTRE:	TRIMESTRE:	TRIMESTRE:	TRIMESTRE:	TRIMESTRE:
UBI:	TRIMESTRE:	TRIMESTRE:	TRIMESTRE:	TRIMESTRE:	TRIMESTRE:
UBI:	TRIMESTRE:	TRIMESTRE:	TRIMESTRE:	TRIMESTRE:	TRIMESTRE:
UBI:	TRIMESTRE:	TRIMESTRE:	TRIMESTRE:	TRIMESTRE:	TRIMESTRE:
UBI:	TRIMESTRE:	TRIMESTRE:	TRIMESTRE:	TRIMESTRE:	TRIMESTRE:
UBI:	TRIMESTRE:	TRIMESTRE:	TRIMESTRE:	TRIMESTRE:	TRIMESTRE:

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

83%

INDICADOR	SUJETOS PRÁCTICOS	VERIFICACIÓN MONITOREO	RECORDS DE SEGURO / CORRECTIVAS	RESPONSABLE CARGOS	PLAZO (MONITOREO)	MONITOREO (MONITOREO)	IMPLEMENTACIÓN
12	SEGURIDAD EN LA UCI	Presencia de protocolos, normas, manuales, procedimientos y otros documentos que describan el proceso de atención del curso de la UCI y su supervisión.	APLICATIVAS	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFA DE INFERMERIA UCI	SEMANAS	PROCESO	SI
13	HISTORIA CLINICA	Registros de los diagnósticos con codificación ICD 10 y ICD 9 de correspondencia prescripción y diagnóstico.	IMPLEMENTACIÓN, EDUCACIÓN LA NORMA TÉCNICA DE ENTORNOS CLÍNICOS	JEFE DE SERVICIO SALUD PERSONAL JEFA DE INFERMERIA UCI	SEMANAS	PROCESO	SI
14	PREVENCIÓN DE LA FALTA DE PACIENTES	Registros de la hora de recepciones (revisión de agenda de flujo del paciente y la selección de las especialidades).	IMPLEMENTACIÓN	JEFE DE SERVICIO SALUD PERSONAL JEFA DE INFERMERIA UCI	SEMANAS	PROCESO	SI
15	DEFINICIONES CORRECTAS DEL INCIDENTE	Verificación de la identidad del paciente con sus datos personales en la ficha de admisión.	IMPLEMENTACIÓN Y EDUCACIÓN	JEFE DE SERVICIO SALUD PERSONAL JEFA DE INFERMERIA UCI	SEMANAS	PROCESO	SI
16	SEGUIMIENTO EN LA UCI	Uso correcto de formularios de comunicación predefinidos para actividades de monitoreo.	IMPLEMENTACIÓN Y EDUCACIÓN	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFA DE INFERMERIA UCI	SEMANAS	PROCESO	SI
17	PREVENCIÓN DE LA FALTA DE PACIENTES	Presencia de un sistema eficiente de control de los turnos y acciones del servicio de hospitalización.	IMPLEMENTACIÓN	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFA DE INFERMERIA UCI	SEMANAS	PROCESO	SI
18	MEMORIALIZACIÓN CORRECTA DEL INCIDENTE	Presencia de un formulario de identificación de los datos reportados en el sistema y acciones.	IMPLEMENTACIÓN Y EDUCACIÓN	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFA DE INFERMERIA UCI	SEMANAS	PROCESO	SI
19	PREVENCIÓN DE LA FALTA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	IMPLEMENTACIÓN	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFA DE INFERMERIA UCI	SEMANAS	PROCESO	SI
20	PREVENCIÓN DE LA FALTA DE PACIENTES Y COMUNICACIÓN INEFECTIVA	Existencia de un protocolo de atención de los pacientes que se active en caso de fuga de paciente.	IMPLEMENTACIÓN	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFA DE INFERMERIA UCI	SEMANAS	PROCESO	SI



  
 J. J. Rodríguez  
 BLOQUE MECU  
 C.C.F.F. 07940



  
 Gisela G. Amélias Cordero  
 L.C. EN ENFERMERIA  
 CEP: 62463



  
 María Y. Tam Arias  
 L.C. EN ENFERMERIA  
 CEP: 97901 - ESP: 016. 23596



FICHA DE MONITOREO

PRESE:	CLAVE:	TRIMESTRE:	SEMESTRE:	AÑO:
UFES:	CENTRO OBSTETRICOS	FECHA APLICACION:	10/01/2022	2022
TITULAR RESPONSABLE PREG:	FRANK JESUS CHAVEZ COLANPES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. EMF. GIOVANA GUADALUPE RUIELAS GARAYITO	
RESP. DE ADMINISTRACION:	CELANI AGUSTO BELTRAN RAMOS	RESP. DE LA UPEL:	S.O. WALTER GIERRE AND	
RESP. DPTO-SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. EMF. BERTHA PERIBONDA YUMA	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. EMF. GIOVANA GUADALUPE RUIELAS GARAYITO	
		OTROS RESPONSABLES:		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

83%

PROGRESO	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INESISTENTE	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CAMBIO)	PLAZO (IMPLEMENTACIÓN)	MONITOREO (SEGUIMIENTO)	IMPLEMENTACIÓN
48	SEGURIDAD DE LA MEDICACIÓN	El personal de la unidad de un paciente pediátrico a propósito de preparar medicamentos para la implementación.	IMPLEMENTACIÓN	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFA DE ENFERMERIA CALIDAD	SEMANA		SI
49	SEGURIDAD DE LA MEDICACIÓN	Como de por lo general con los sistemas necesarios para evitar interacciones entre medicamentos.	IMPLEMENTACIÓN	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFA DE ENFERMERIA CALIDAD	SEMANA		SELECCIÓN
49	PREVENCIÓN DE ERRORES DE PRESCRIPCIÓN Y CONSULTAS MÉDICAS	Respecto a la atención pediátrica, clínica, farmacológica, vacunal, preventiva, personal responsable de la atención y supervisión de la atención farmacéutica en la unidad pediátrica.	IMPLEMENTACIÓN Y FOCALIZADA	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFA DE ENFERMERIA CALIDAD	SEMANA		SI
							SELECCIÓN
							SELECCIÓN
							SELECCIÓN
							SELECCIÓN
							SELECCIÓN
							SELECCIÓN
							SELECCIÓN
							SELECCIÓN
							SELECCIÓN

Q.F. *Hylander P. Pina*  
**STOQL - MICO**  
 C.O.F.P. 07849

*Glennys G. Alvarez Garambó*  
**ENFERMERIA**  
 UCP-20483

*Trina P. Mendocoya Vajra*  
**ENFERMERIA**  
 UCP-20483

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



FICHA DE MONITOREO

PRESE UPPE	LAJVE CENTRO QUIRURGICO	TRIMESTRE: FECHA APLICACION	SEMESTRE SEMESTRE	AÑO 2023
TITULAR/RESPONSABLE E PRES RESP. DE ADMINISTRACION	FÁBRIK JESSE CHAVES COLLANTES SIL. CESAR AGOSTO BELTRAN RAMOS	RESP. EPIDEMIOLOGIA RESP. DE LA UPEL	LC. ENF. GIOVANNA GUADALUPE RUELAS GARAYOTO SIL. MUELER TIZABAS	2023 (COMPLETADA)
RESP. OPTIMIZACIÓN DE EFICIENCIA	LC. ENF. BERTHIA P. BERNARDO YOLINA	RESP. OPC-JANENAO CALIBRO OTROS RESPONSABLES	LC. ENF. GIOVANNA GUADALUPE RUELAS GARAYOTO	

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

83%

INDICADOR	NUMERO PRÁCTICAS	INDICADOR DE RESULTADO	ACCIÓN DE MEJORA / CORRECTIVA	RESPONSABLE CÁNDID	PLAZO (SEMANAS)	MONITOREO (FECHAS)	IMPLEMENTACIÓN
01	SEGURIDAD DEL PAJVE	Formar al personal médico, enfermería, odontología y otros, asegurando que todos el personal personal un curso de actualización y formación.	IMPLEMENTAR UN PROGRAMA	JEFE DE SERVICIO	SEMANAS		SI
02	SEGURIDAD CLINICA	Registro de los reportes con validación de (R.S.) de los reportes presentados a diferentes	IMPLEMENTAR UN PLAN DE ACCIÓN	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFA DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS	SEMANAS		SI
03	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el paciente antes de cualquier procedimiento.	IMPLEMENTAR FICHAS DE VERIFICACIÓN	JEFE DE SERVICIO PERSONAL	SEMANAS	PROCESO	NO
04	SEGURIDAD DE LA UPEL	El Comité de Seguridad de la UPEL, debe tener un manual de procedimientos de la UPEL para todos el personal y personal de seguridad de la UPEL.	IMPLEMENTAR Y SOCIALIZAR	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFA DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS	SEMANAS		SI
05	SEGURIDAD DE LA UPEL	Análisis y priorización de los reportes de los incidentes de la UPEL y acciones.	IMPLEMENTAR Y SOCIALIZAR	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFA DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS	SEMANAS		SI
06	REGISTRACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Formar al personal de identificación y al personal de identificación y formación.	IMPLEMENTAR Y SOCIALIZAR	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFA DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS	SEMANAS	PROCESO	NO
07	SEGURIDAD DE LA UPEL	Registro de los reportes de los incidentes de la UPEL y acciones.	IMPLEMENTAR Y SOCIALIZAR	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFA DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS	SEMANAS		SI
08	REGISTRACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Formar al personal de identificación y al personal de identificación y formación.	IMPLEMENTAR Y SOCIALIZAR	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFA DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS	SEMANAS		SI
09	REGISTRACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Formar al personal de identificación y al personal de identificación y formación.	IMPLEMENTAR Y SOCIALIZAR	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFA DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS	SEMANAS		SI
10	REGISTRACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Formar al personal de identificación y al personal de identificación y formación.	IMPLEMENTAR Y SOCIALIZAR	JEFE DE SERVICIO PERSONAL JEFA DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS	SEMANAS		SI


  
 DIRECTOR  
 Dr. Carlos J. Muñoz


  
 Jefe de Servicio Personal  
 Lic. En Enfermería  
 C.C.F.P. 07940


  
 Jefe de Servicio Personal  
 Lic. En Enfermería  
 C.C.F.P. 07940


  
 Jefe de Servicio Personal  
 Lic. En Enfermería  
 C.C.F.P. 07940


  
 Jefe de Servicio Personal  
 Lic. En Enfermería  
 C.C.F.P. 07940


  
 Jefe de Servicio Personal  
 Lic. En Enfermería  
 C.C.F.P. 07940


  
 Jefe de Servicio Personal  
 Lic. En Enfermería  
 C.C.F.P. 07940


  
 Jefe de Servicio Personal  
 Lic. En Enfermería  
 C.C.F.P. 07940

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

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



FICHA DE MONITOREO

PRESE	UBA	TRAMITE	AMR	MSA
FECHA APLICACION:				
TITULAR RESPONSABLE PRESE	CENTRO QUIRURGICO	RESP EPROBOLUDAS	LIC. EMP. GIOVANA GUADALUPE NUBELAS GARAYITO	MSA
RESP. DE ADMINISTRACION	TRANSACCIONES CONSULTAS COLARIAS	RESP. DE LA UNPA	ELI RICHEL TORREALBA	
RESP. OPTICO/SERVICIO ENFERMERIA	SAL CESAR AGUSTO BELTRAN RAMON	RESP. OPC. UNIDAD CALIDAD	LIC. EMP. GIOVANA GUADALUPE NUBELAS GARAYITO	
	LIC. EMP. BERTINA F. FREUNDIZ VILLARA	OTROS RESPONSABLES		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

83%

ACORDADO DE MEJORA / OBTENCIONES

RESPONSABLE

PROGRAMA	BUNIAS PRACTICAS	VERIFICACION PROBLEMAS	ACCIONES DE MEJORA / OBTENCIONES	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCION	FECHA DE VERIFICACION	IMPLEMENTACIÓN
01	PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES Y VISITANTES SEGURIDAD	Revisión de la aplicación en el área de atención, seguimiento, acciones preventivas, procedimientos reglamentarios de la institución y sus acciones de mejora en caso de no cumplir con los estándares de calidad.	IMPLEMENTAR	FE. DE. SERVICIO REGIONAL JESUS DE MONTANO GALEANO	08/05/2018	08/05/2018	SI
02	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Revisión con el personal de atención al riesgo de fuga, tales como el control de admisión, seguimiento de acciones preventivas.	IMPLEMENTAR	FE. DE. SERVICIO REGIONAL JESUS DE MONTANO GALEANO	08/05/2018	08/05/2018	SI
03	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Revisión de la base de datos de los pacientes hospitalizados al ingreso en el área de admisión y la atención de los pacientes de urgencias.	IMPLEMENTAR	FE. DE. SERVICIO REGIONAL JESUS DE MONTANO GALEANO	08/05/2018	08/05/2018	SI
							SELECCION
							SELECCION
							SELECCION
							SELECCION
							SELECCION
							SELECCION
							SELECCION
							SELECCION

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

0105-2018

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

**Dr. J. Hoyos**  
BIOPAC MICO  
C.C.F.P. 97940

**Dra. G. Nolasco**  
LIC. ENFERMERIA  
C.C.P. 32403

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

**Maria M. Turrubiaz**  
LIC. EN ENFERMERIA  
C.C.P. 77901- ESP. REG. 25898





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Red de Salud  
el Colca



BICENTENARIO  
DEL PERÚ



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Red de Salud  
Al Callao



BICENTENARIO  
DEL PERÚ



PERÚ

Ministerio de Salud

Red de Salud  
el Cusco



BICENTENARIO  
DEL PERÚ