



*Dirección Regional de Salud Puno*

44<sup>to</sup> año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia, y de la conmemoración de los hechos "Ayacucho"

TRAMITE DOCUMENTARIO

Azángaro, 17 de Diciembre del 2024

18 DIC 2024

**OFICIO N° 925 -2024-DIRESA- PUNO/REDESS-AZ**

**SEÑOR** : DIRECTOR REGIONAL DE SALUD PUNO  
MC. JEAN PAUL GUILLERMO VALENCIA REYNOSO

Firma: *[Signature]* Hora: 12:05. Folios: 59  
Hospital de Puno

**ASUNTO** : REMITO INFORME II SEMESTRE DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO EN LA ATENCION DE SALUD-HOSPITAL "CCRV" AZANGARO 2024

**ATENCION** : UNIDAD FUNCIONAL GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarle y a la vez remitir informe II SEMESTRE DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO EN LA ATENCION DE SALUD-COMPROMISO DE MEJORA DEL D.S. N° 036-2024-SA, decreto supremo que define los indicadores de Desempeño, Compromiso de mejora de los servicios a cumplir en el 2024 y criterios técnicos para su Aplicación e implementación, para percibir la entrega Económica anual a la que hace Referencia el Artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153 Decreto legislativo que regula la política integral, de compensaciones y entregas económicas del personal de salud al servicio del estado, en cuyo anexo 1, ficha N° 43 establece los lineamientos técnicos del fortalecimiento de la Gestión de Riesgo en la atención y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de Rondas de seguridad del paciente, el cual ha sido elaborado conforme a los parámetros requeridos por la Dirección Ejecutiva de gestión de calidad de la DIRESA Puno, por ello se adjunta dicho informe N° 29-2024-G.C.S.HOSP/REDESS-AZ/DIRESA-PUNO de la responsable Gestión de la Calidad Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Azángaro.

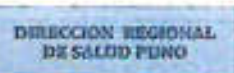
Reiterando mi consideración y estima personal



Atentamente

Dirección/cc  
Archivo 2024

*[Signature]*  
MC. Oscar Conquista Arias  
C.M.P. E0445  
DIRECTOR DE LA  
RED DE SALUD AZANGARO



\*año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho\*

INFORME N° 29 2024-G.C.S-HOSP/REDESS-AZ/DIRESA PUNO

A : DIRECTOR DE LA RED DE SALUD AZANGARO  
MC. OSCAR COAQUIRA ARIAS

DE : RESPONSABLE DE GESTION CALIDAD

ASUNTO : INFORME II SEMESTRE DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL  
PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO EN LA ATENCION  
DE SALUD – COMPROMISO DE MEJORA DEL D.S. 021-2022 SA.

ATENCIÓN : DIRECCION HOSPITAL

FECHA : Azángaro 16 de Diciembre 2024



Por medio de la presente me dirijo a usted para saludarle cordialmente y a la vez informarle lo siguiente.

**I. Antecedentes:**

1.1. Con fecha 15 de abril 2024, el Hospital “Carlos Cornejo Rosello Vizcardo” Azángaro mediante resolución Directoral N° 114-2024-D-REDESS-AZ/URRHH, aprueba el plan de gestión de la calidad 2024

1.2. Antecedentes Base legal y normativas nacionales e institucionales

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificaciones
- Ley N° 26842, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud
- Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- Decreto Supremo N° 031- 2014-SA que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N°29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en salud
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud
- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud





PERU

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO

RED DE SALUD AZANGARO CALIDAD EN SALUD



- Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, que aprueba la directiva sanitaria 92-MINSA/2020/DGAIN" Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del paciente para la Gestión del Riesgo en la atención de salud"

**II. II.Datos Generales:**

**2.1.Institucional, servicio**

- IPRESS : 2941 Hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Azángaro II-1
- Servicios : UPSS Emergencia  
UPSS Centro Quirúrgico  
UPSS Centro Obstétrico  
UPSS hospitalización adulto  
UPSS Hospitalización pediatría  
UPSS Patología clínica (laboratorio)

**2.2.Equipo de Rondas de Seguridad reconocido con Acto Resolutivo N°27-2024-D-REDESS-AZ/U-RRHH.**

- MC. Lucio Ignacio, MANDAMIENTO PEREZ LIDER DEL EQUIPO DIRECTOR
- Lic. Enf. Delia QUISPE PARRA Responsable Gestión de la Calidad
- CPC. Rodolfo, APAZA MENDOZA Responsable Administración
- Lic. Enf. Ana Marleny, GUTIERREZ ACROTA Responsable de Epidemiología
- QF. Thalía Sharmely, CHAQUILLA COTACALLAPA Responsable del Servicio Farmacia
- M.C. Victor, JAUREGUI HUAYAPA Jefe del servicio de Medicina
- M.C. Eyner Galeli, ENRIQUEZ BARRIALES Jefe servicio Centro Quirúrgica
- M.C. Jorge, LAURA CHURA Jefe del servicio Cirugia
- M.C. Noelia, CANAVIRI MENDEZ Jefe del servicio Pediatría
- M.C. Jose, SOTOMAYOR CURASI Jefe de servicio gineco obstetricia
- Lic. Maritza, MALATESTA MONTES Jefatura de Enfermería
- ING. Erika Beatriz, CONDORI CARI Responsable Sancamiento Ambiental
- MVZ. Abraham, CRUZ MOLINA Responsable de salud ocupacional
- Lic. Jessica Iveth, LIPA GOMEZ Representante del comité de seguridad y salud en trabajo
- Psicóloga Smith Claudia, PERALTA HUARACALLO Responsable Salud mental
- ING. Luz Maylim, MELLADO APAZA

**2.3. Cronograma de rondas de seguridad del paciente Acto Resolutivo**





Red de Salud Azángaro  
Jr. Francisco Bolognesi N° 556



N° 27-2024-D-REDESS-DE/V-DRHH

# Resolución Directoral

Azángaro, 25 de ENERO del 2024

Visto el documento adjunto; Oficio N° 003-2024 G.C.S. HOSP/DIRESA-PUNO/REDESS-AZ- con registro N° 121.

### CONSIDERANDO:



Que, de acuerdo a los Artículos 25°, 26° y 27° del Decreto Supremo N° 005-90-PCM, reglamento del Decreto Legislativo N° 276, "Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público Nacional", en concordancia con el Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, establecen los procedimientos, condiciones y niveles para Asignar funciones al Personal en la Administración Pública;

Que, mediante documento de visto, el Director de la Red de Salud- Azángaro, ha visto por conveniente solicitar proyectar Resolución Directoral para Conformar EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2024 DE LA IPRESS-2941, del Hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" de Azángaro, según R.M. N° 163-2020 de fecha 02-04-2020 y Directiva Sanitaria 092-MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión de Riesgo en la Atención de Salud" para lo cual se conforma a los miembros integrantes del equipo de Salud, para su cumplimiento de funciones de competencia y con responsabilidad;

Que, numeral II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, determina que la protección de la salud es de interés público, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, en el artículo 4 del Título II competencias y funciones del Ministerio de Salud, del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud es el órgano rector del Sector Salud;

Que, así mismo en el literal a) del artículo 5 del capítulo II Funciones rectoras y Específicas del citado Decreto Legislativo, establecen que es función rectora del Ministerio de Salud, formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar, y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación en salud, bajo su competencia aplicable a todo los niveles de gobierno;

Que, el artículo 4 de la precitada Ley, establece que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como órgano rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud individual o colectiva;

Estando a la delegación de funciones y atribuciones establecido en la Resolución Ejecutiva Regional N° 342-2019-GR PUNO, de fecha 18 de julio del 2019.

Con opinión favorable de la Dirección de la Red de Salud- Azángaro, y estando a lo informado por la Unidad de Recursos Humanos;

### SE RESUELVE:

**ARTICULO 1°.- CONFORMAR**, Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente 2024 IPRESS 2941, del Hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo", de la Red de Salud Azángaro, para que actúe con plenos facultades y responsabilidades inherentes al cargo a los Taps. Que a continuación se detalla;

CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS
Líder del Equipo del Hospital "C.C.R.V." de Azángaro	M.C. Lucio Ignacio, MANDAMIENTO PEREZ
Responsable de Administración	CPC Rodolfo, APAZA MENDOZA
Responsable de la U.G.C.S.	ENF. Delia, QUISPE PARRA



Responsable del Servicio de Farmacia	Q.F. Thalia Stammely, CHAQUILLA COTACALLAPA
Responsable del Servicio de Medicina	M.C. David, MENDIZABAL GONZALES.
Responsable del Servicio de Cirugía	M.C. Jorge, LAURA CHURA
Responsable del Servicio de Pediatría	M.C. Noelia, CANAVIRI MENDEZ
Responsable de Gineco Obstetricia	M.C. José, SOLIMAYOR CURASI
Responsable de Servicio de Centro Quirúrgico	M.C. Eymar Galeli, ENRIQUÉZ BARRIALES
Responsable del Servicio de Enfermería	ENF. Maritza, MALATESTA MONTES
Responsable del Servicio Saneamiento Básico	ING. Erika Beatriz, CONDORI CARI
Responsable de Salud Ocupacional	MVZ. Abraham, CRUZ MOLINA
Responsable del comité de Seguridad y salud en Trabajo	ENF. Jessica Iveth, LIPA GOMEZ
Responsable del Servicio Salud Mental	Psicólogo Smith Claudia, PERALTA HUARACALLO
Responsable de Servicios Generales	ING. Luz Maylim, MELLADO APAZA

**ARTICULO 2°.-** Transcribir la presente Resolución, a los interesados. Legajo Personal e instancias administrativas pertinentes.  
**Regístrese y Comuníquese.**

(Fdo.) Dra. Yessenia Henry, SILVA CONTRERAS, Directora de la REDESS Azángaro.  
Lo que transcribo a Ud. para su conocimiento y demás fines de Ley.  
Atentamente.

**TRANSCRIBO PARA LOS  
FINES PERTINENTES**

OGP/ MINSA	( )
SERUMS / MINSA	( )
ORSHH / DIRSA	( )
REMUNERACIONES	( )
INTERESADO	( )
MUTUAL ( ) LEGAJO	( )
ARCHIVO ( ) AZANGARO	( )

 **NICACIO MERMA BEJAR**  
**JEFE (a) RECURSOS HUMANOS**  
**RED DE SALUD AZANGARO**





# Resolución Directoral

Azuágaro, 25 de ENERO del 2024

Visto, el documento; Oficio N° 004-2024-G.C.S. HOSP/REDESS-AZ/DIRESA PUNO, con registro N° 121.

**COSIDERANDO:**

Que, según documento de visto, la Dirección de la Red de Salud Azuágaro, ha visto por conveniente aprobar Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" esto consiste en una visita programada de un servicio seleccionado mediante un sorteo;

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el numeral 1) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dispone como ámbito de competencia del Ministerio de Salud, la salud de las personas;

Que, el artículo 4 de la precitada Ley, establece que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud individual o colectiva;

Que, asimismo, el artículo 4-A incorporado a la Ley antes referida a través de la Ley N° 30895, Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud, dispone que el Ministerio de Salud, en su condición de ente rector y dentro del ámbito de sus competencias, determina la política, regula y supervisa la prestación de los servicios de salud, a nivel nacional, en las siguientes instituciones: Es salud, Senidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidad de las Fuerzas Armadas, instituciones de salud del gobierno nacional y de los gobiernos regionales y locales, y demás instituciones públicas, privadas y público-privadas;

Que, los literales a) y b) del artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por la Ley N° 30895, señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud: formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; y, dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, la gestión de los recursos del sector; así como para el otorgamiento y reconocimiento de derechos, fiscalización, sanción y ejecución coercitiva en las materias de su competencia;

Que, los literales a) y b) del artículo 99 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 008-2017-SA, establece que la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, tiene las funciones de proponer y supervisar políticas sectoriales, normas, lineamientos y demás documentos en materia de organización, funcionamiento, gestión y control de los servicios de salud; así como, proponer políticas, procedimientos, criterios, estándares, normas, lineamientos y documentos normativos, en materia de su competencia, con enfoque de calidad; así como evaluar su implementación;

Estando a la delegación de funciones y atribuciones establecido en la Resolución Ejecutiva Regional N° 342-2019-GR PUNO, de fecha 18 de julio del 201;

Con Opinión favorable de la Dirección de la Red de Salud-Azuágaro y estando a lo informado por la unidad de Recursos Humanos:

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1.-** Aprobar, Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital "Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" la Directiva Sanitaria N° 92 -MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud" que, en documento adjunto, forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2.-** Transcribir la presente Resolución, a las instancias Administrativas pertinentes para su difusión, asistencia técnica, Evaluación y Supervisión para su cumplimiento.

Regístrese y comuníquese.

(Sello y Firma) Dra. Yessenia Henny, SILVA CONTRERAS, Directora de la REDESS-Azuágaro.  
 Lo que transcribo a Ud. Para su conocimiento y demás fines de Ley.

Atentamente.

  
**MICAELA MERMA BEJAR**



**TRANSCRIBO PARA LOS  
 FINES PERTINENTES  
 OGP/ MINSA  
 SERUMS / MINS  
 ORPHH / DIRESA  
 REMUNERACIONES  
 INTERESADO**

**CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2024**  
**IPRESS: 2941 HOSPITAL "CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO" AZANGARO**  
**TITULAR/RESPONSABLES IPRESS : MC. LUCIO IGNACIO MANDAMIENTO PEREZ**

ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	30/01/2024	10:00 a.m.	RONDA 1	12/02/2024	10:00 a.m.	RONDA 1			RONDA 1	15/04/2024	10:00 a.m.
RONDA 2			RONDA 2			RONDA 2	28/03/2024	10:00 a.m.	RONDA 2		
MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	13/05/2024	10:00 a.m.	RONDA 1	17/06/2024	10:00 a.m.	RONDA 1	15/07/2024	10:00 a.m.	RONDA 1	19/08/2024	10:00 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	11/09/2024	10:00 a.m.	RONDA 1	14/10/2024	10:00 a.m.	RONDA 1	11/11/2024	10:00 a.m.	RONDA 1	04/12/2024	10:00 a.m.
RONDA 2			RONDA 2			RONDA 2			RONDA 2		

  
**TITULAR/RESPONSABLE IPRESS**  
**C. M. P. 66678**



**RESPONSABLE DE LA OFICINA GESTION DE LA CALIDAD**

  
**Lidia Quirope Parra**  
**ENFERMERA**

**RESPONSABLE EPIDEMIOLOGIA**

  
**Lidia Quirope Parra**  
**ENFERMERA**

  
**RESPONSABLE DEL SERVICIO DE ENFERMERIA**





GOBIERNO REGIONAL  
PIURA

DIRECCION REGIONAL  
DE SALUD PIURA

RED DE SALUD  
AZANGARO  
CALIDAD EN SALUD



### III. RESULTADOS GENERALES

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

FECHA	UPSS	% DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS	RESULTADO DE VALORACIÓN DE RIESGO (*Escala referencial)
15/07/2024	EMERGENCIA	66%	RIESGO IMPORTANTE
19/08/2024	CENTRO QUIRURGICO	83%	RIESGO MODERADO
11/09/2024	CENTRO OBSTETRICO	74%	RIESGO IMPORTANTE
14/10/2024	HOSPITALIZACION ADULTO	69%	RIESGO IMPORTANTE
11/11/2024	HOSPITALIZACION PEDIATRIA	75%	RIESGO IMPORTANTE
04/12/2024	PATOLOGIA CLINICA	55%	RIESGO INTOLERABLE
I SEMESTRE	PROMEDIO	70.3 %	RIESGO IMPORTANTE

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

En la presente tabla se puede evidenciar que la UPSS patología clínica presenta un nivel de riesgo intolerable con un 55% de cumplimiento de buenas prácticas de 35 verificadores evaluados en la Ronda de Seguridad en el II semestre 2024; mientras que la UPSS Centro Quirúrgico presenta un 83% de cumplimiento de buenas prácticas de 97 verificadores evaluados constituyendo un riesgo moderado

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

BUENAS PRACTICA/UPSS	EMERGENCIA	CENTRO QUIRURGICO	CENTRO OBSTETRICO	HOSPITALIZACION ADULTO	HOSPITALIZACION PEDIATRIA	PATOLOGIA CLINICA	CUMPLIMIENTO TOTAL
REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA	75%	91%	100%	91%	95%		90.4%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	64%	85%	86%	64%	75%	50%	70.6%
IDENTIFICACION CORRECTA	43%	83%	86%	57%	100%	100%	79%
PREVENCION DE FUGA	50%	100%	50%	25%	33%		51.6%
SEGURIDAD EN LA MEDICACION	89%	83%	57%	100%	100%	0%	71.5%
PREVENCION DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECANICA	100%	100%	50%	71%	50%		74%
SEGURIDAD SEXUAL	0%	100%	75%	67%	67%	0%	51.6%
PREVENCION Y REDUCCION DEL RIESGO DE LAS ULCERAS POR PRESION							







PERU

GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

RED DE SALUD AZANGARO CALIDAD EN SALUD



PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%			57%	83		68%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	100%	100%	100%	100%	75%	96%
HIGIENE DE MANOS	88%	71%	71%	75%	63%	57%	72%
BIOSEGURIDAD	60%	75%	83%	86%	75%	100%	79%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	20%	20%	60%	60%	60%	60%	47%
CUMPLIMIENTO TOTAL	66%	83%	74%	69%	75%	55%	70.3%

En la tabla se observa que el verificador de SEGURIDAD SEXUAL en las 5 UPSS es de 51%, porque los ítems de buenas prácticas está en proceso de implementación, de igual manera se observa que el verificador de PREVENCIÓN DE FUGA en las 5 UPSS esta con un valor 51.6 % de promedio por que los ítems de buena práctica están en proceso de implementación con instrumentos de gestión asistencial de procedimiento documentado de los procesos asistenciales y se observa el verificador de FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS en las 5 UPSS el promedio de cumplimiento es de 46.6% no se evidencia el cumplimiento del plan anual de mantenimiento; en el verificador de SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS en los evaluados se encuentra en proceso de implementación la buena práctica de análisis y plan de intervención de incidentes y eventos adversos; en el verificador SEGURIDAD EN LA MEDICACION en la Upss Patología clínica el % es mínimo que se encuentra que la UPSS no cuenta con mecanismo efectivo de control de vencimientos de insumos; el verificador HIGIENE DE MANOS en la UPSS patología clínica(laboratorio) no cumplen los pasos y tiempo de desinfección y higiene de manos en un 57%; en el verificador BIOSEGURIDAD en la UPSS Emergencia la disposición de residuos sólidos está en proceso de cumplimiento de acuerdo a la normativa

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

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

UPSS EMERGENCIA PORCENTAJE DE IMPLEMENTACION 57%

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES CORRECTIVAS	ACCIONES DE MEJORAMIENTO
Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	RIESGO IMPORTANTE 28	Implementar procedimiento que active en caso de fuga de paciente	NO
Registro completo del consentimiento informado de acuerdo a la normatividad vigente.	RIESGO IMPORTANTE 28	implementar procedimiento del consentimiento informado de acuerdo a normatividad vigente	SI





PERU

SISTEMA NACIONAL  
DE SALUDDIRECCIÓN REGIONAL  
DE SALUD PUNORED DE SALUD  
AZANGARO  
CALIDAD EN SALUD

Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	RIESGO IMPORTAT E 28	solicitar al area de mantenimiento el plan anual de mantenimiento preventivo de los equipos de la UPSS	NO
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	RIESGO IMPORTAT E 28	solicitar al area de mantenimiento el plan anual de mantenimiento preventivo de los equipos de la UPSS	NO
Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	RIESGO IMPORTAT E 28	socializar la normas de eliminacion de material punzo cortante	SI
Registro fisico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	RIESGO IMPORTAT E 28	implementar el registro fisico de notificacion de accidentes de trabajo del personal eistencial	SI
Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	RIESGO IMPORTAT E 28	socializar NTS N° 139 -2018 gestion de historias clinicas	NO
Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	RIESGO IMPORTAT E 28	socializar NTS N° 139 -2018 gestion de historias clinicas	NO
Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.	RIESGO IMPORTAT E 28	socializar la seguridad del paciente	NO
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	RIESGO IMPORTAT E 28	socializar NTS N° 139 -2018 gestion de historias clinicas	NO
Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	RIESGO IMPORTAT E 28	socializar la seguridad del paciente	SI
Identificación de riesgo de caidas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	RIESGO IMPORTAT E 28	socializar la seguridad del paciente	SI
Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	RIESGO IMPORTAT E 28	socializar la seguridad del paciente	SI
Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	RIESGO IMPORTAT E 28	socializar NTS. N° 067- minsa/digemid V.01 dispensacion de medicamentos	SI
Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	RIESGO IMPORTAT E 28	Realizar Requerimiento de Mantenimiento de Equipos biomedicos	SI
Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	RIESGO IMPORTAT E 28	Realizar Requerimiento de papel toalla	NO
Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	RIESGO IMPORTAT E 28	Realizar requerimiento de equipos biomedicos según la correspondencia a la UPSS	SI
Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	RIESGO IMPORTAT	Socializar la disposicion de residuos solidos deacuerdo a	SI





PERU

GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

RED DE SALUD AZANGARO CALIDAD EN SALUD



	E 28	normativa	
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	RIESGO IMPORTAT E 28	Implementar información disponible y clara a las consecuencias penales de las agresiones sexuales	NO
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	RIESGO IMPORTAT E 28	informe de análisis y plan de intervencionsobre la información de los incidentes y eventos adversos a la oficina gestion de la calidad	NO
Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	RIESGO IMPORTAT E 28	socializar el sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos al personal de la UPSS	SI
Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epicrisis, incluyendo diagnóstico definitivo.	RIESGO IMPORTAT E 28	socializar NTS N° 139 -2016 gestion de historias clinicas	SI
Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	RIESGO IMPORTAT E 28	Realizar Requerimiento de brazaletes de identificación para pacientes.	SI

En el presente cuadro se puede evidenciar que la UPSS Emergencia se ha implementado el 57% de las acciones de mejora propuestas para la seguridad del paciente que acceden y 43% en proceso de implementación las acciones de mejora.





PERU

CENTRO QUIRURGICO  
UPSSDIRECCION REGIONAL  
DE SALUD PUNORED DE SALUD  
AZANGARO  
CALIDAD EN SALUD

## UPSS CENTRO QUIRURGICO PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO 79%

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES CORRECTIVAS	ACCIONES DE MEJORAMIENTO
El servicio ha implementado el uso de "Cere Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	RIESGO IMPORTANTE 28	implementar el procedimiento de paquete de medidas para la prevención de las IAAS.	SI
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	RIESGO INTOLERABLE 40	Realizar requerimiento de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos, mediante la visualización de la último mantenimiento	SI
Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	RIESGO INTOLERABLE 40	Realizar requerimiento de mantenimiento RECUPERATIVO O adquisición de camitas que funcionen las barandas para proteger al paciente.	SI
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	RIESGO INTOLERABLE 40	Realizar plan de mantenimiento de los equipos biomédicos	SI
Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	RIESGO INTOLERABLE 35	implementar procedimiento de mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado	SI
Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	RIESGO IMPORTANTE 28	realizar requerimiento de los equipos biomédicos accesibles según corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad(antiguo los equipos que se tiene)	SI
Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	RIESGO IMPORTANTE 28	implementar procedimiento de manejo de residuos sólidos de acuerdo a norma en la UPSS	SI
Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	RIESGO IMPORTANTE 28	realizar requerimiento de los equipos biomédicos accesibles según corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad(antiguo los equipos que se tiene)	SI
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	RIESGO MODERADO 18	Socializar NTS. 139-2018 gestión de historias clínicas	NO
Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	RIESGO IMPORTANTE 2	Realizar requerimiento de papel toalla	NO
Coché de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	RIESGO IMPORTANTE 21	garantizar el funcionamiento de coché de paro que cuente con los insumos de acuerdo a normativa vigente	SI
Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	RIESGO IMPORTANTE 20	Implementar el procedimiento de uso de brazalete de identificación de paciente.	SI
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	RIESGO IMPORTANTE 28	socializar NTS. 255-2018 implementación del proceso de higiene de manos en la UPSS	SI
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	RIESGOMODERADO 4	implementar registro físico de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO

En el presente cuadro se puede evidenciar que la UPSS Centro quirúrgico se ha implementado el 79% de las acciones de mejora propuestas para la seguridad del paciente que acceden en el II semestre 2024.





UPSS CENTRO OBSTETRICO PORCENTAJE CUMPLIMIENTO 53%

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES CORRECTIVAS	ACCIONES DE MEJORAMIENTO
El servicio ha implementado el uso de "Caja Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	RIEGO IMPORTANTE 28	implementar el paquete de medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia medica	NO
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	RIEGO IMPORTANTE 21	implementar registro físico de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	SI
Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	RIEGO IMPORTANTE 21	socializar la RD N°255-2016/MINSA guía técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los EE.SS	SI
Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administran.	RIEGO MODERADO 14	implementar procedimientos de educación a pacientes sobre la administración del medicamento que	SI
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos).	RIEGO IMPORTANTE 28	implementar plan anual de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos de la UPSS Centro Obstetrico.	NO
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	RIEGO IMPORTANTE 21	Realizar analisis y plan de intervencion de la informacion de incidentes y eventos adversos de la UPSS centro	NO
Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	RIEGO MODERADO 14	implementar procedimientos de educación a pacientes sobre la efectos secundarios que puedan producirles los	SI
Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	RIEGO IMPORTANTE 21	Implementar coche de paro en la UPSS Centro Obstetrico	SI
Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	RIEGO MODERADO 14	implementar ropa de hospital para pacientes fácilmente identificable en la UPSS Centro Obstetrico.	NO
Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	RIEGO IMPORTANTE 21	implementar procedimiento de que vigilancia controle las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos	NO
información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	RIEGO IMPORTANTE 21	implemetar informacion disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales	SI
Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	RIEGO IMPORTANTE 21	implementar papel toalla en todo los lavamanos de la UPSS Centro Obstetrico	NO
Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	RIEGO IMPORTANTE 21	Implementar la vlsoracion de caidas con la escala DOWNTON	SI
Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	RIEGO IMPORTANTE 21	implementar brazaletes de identificacion para pacientes de la UPSS Centro Obstetrico.	SI
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	RIEGO IMPORTANTE 21	Realizar seguimiento para el cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo de todo los equipos biomédicos de la UPSS Centro Obstetrico	NO





En el presente cuadro se puede evidenciar que la UPSS Centro obstétrico se ha implementado el 53% de las acciones de mejora propuestas para la seguridad del paciente que accede en el II Semestre 2024

UPSS HOSPITALIZACION ADULTO PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO 52%

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES CORRECTIVAS	ACCIONES DE MEJORAMIENTO
Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	RIESGO IMPORTANTE 28	Implementar protocolo que se active en caso de fuga de paciente	SI
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	RIESGO IMPORTANTE 21	Implementar formato de consentimiento para actividades de docencia	SI
Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	RIESGO IMPORTANTE 21	Socializar la importancia del registro completo del consentimiento informado de acuerdo a la normatividad vigente	SI
La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	RIESGO IMPORTANTE 21	Garantizar personal profesional en ecografía por lo menos las 12 horas y garantizar los equipos biomédicos	SI
Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	RIESGO IMPORTANTE 21	Implementar dispensadores con preparados de base alcohólica para manos	NO
Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	RIESGO IMPORTANTE 28	Implementar disponibilidad de papel toalla en los lavamanos	NO
El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	RIESGO IMPORTANTE 21	Implementar documento escrito paquete de medidas para la prevención de las IAAS	NO
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	RIESGO IMPORTANTE 21	Plan de trabajo para realizar análisis y plan de intervención sobre información de los incidentes y eventos adversos	NO
Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	RIESGO MODERADO 14	Implementar formatos que contengan rubro para registrar nombres del paciente en la HCl.	SI
Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	RIESGO MODERADO 14		SI
Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	RIESGO MODERADO 12	Socializar la importancia de identificación de riesgos de caídas del paciente en el cartel visible	SI





PERU

DIRECCIÓN REGIONAL  
DE SALUD PUNODIRECCIÓN REGIONAL  
DE SALUD PUNORED DE SALUD  
AZANGARO  
CALIDAD EN SALUD

Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	RIESGO IMPORTANTE 21	Implementar registro específicos de todo paciente con sujecion macanica	NO
Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	RIESGO IMPORTANTE 21	Implementar brazalete de identificación	SI
Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	RIESGO IMPORTANTE 21	implemntar protocolo de contencion mecanica	NO
Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	RIESGO IMPORTANTE 21	Implementar brazalete de identificación	SI
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	RIESGO IMPORTANTE 28	publicar informacion clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales	SI
El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	RIESGO IMPORTANTE 24	Implementar protocolo de recepcion de pacientes establece prohibicion expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalizacion	NO
Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	RIESGO IMPORTANTE 21	Implementar protocolo de guia de atencion para prevencion y control de ulceras por presion	NO
El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.	RIESGO IMPORTANTE 21	socializar la importancia de que el botiquin /almacen de medicamentos del servicio permanescan en todo momento cerrado bajo llave	SI
El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	RIESGO IMPORTANTE 21	Implementar protocolo de prevencion de conductas suicidas debe incluir ubicación del paciente	NO
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	RIESGO IMPORTANTE 28	Coordinar con el equipo que realizo el plan de mantenimiento preventivo de todos sus equipos biomedicos de la red	SI





PUÑO

GOBIERNO REGIONAL  
PUÑO

DIRECCION REGIONAL  
DE SALUD PUÑO

RED DE SALUD  
AZANGARO  
CALIDAD EN SALUD



Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	RIESGO IMPORTANTE 28	solicitar el cumplimiento del plan de mantenimiento a al servicio de mantenimiento.	SI
Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	RIESGO IMPORTANTE 28	Implementar protocolo en seguimiento de los pacientes con ulcera por presion tanto en pac. Hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	NO
Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	RIESGO MODERADO 14	Implementar registro de notificacion de úlceras por presion	SI
Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	RIESGO MODERADO 14	Implemntar guias de practica clinica de curacion por ulcera por presion según estadio	NO
Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	RIESGO MODERADO 12	Implementar mecanismo de prohibicion de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto heteroagresividad	SI
Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	RIESGO MODERADO 12	Implemntar timbre de llamado cerca del paciente	NO
Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	RIESGO MODERADO	Implementar mecanismo de un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalizacion	NO
Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	RIESGO MODERADO 14	Implementar personal de vigilancia que controle las pertenencias de los pacientes y las visitas para eviitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos	NO

En el presente cuadro se puede evidenciar que la UPSS Hospitalización Adulto se ha implementado el 52% de las acciones de mejora propuestas para la seguridad del paciente que accede.







GOBIERNO REGIONAL  
PIURA

DIRECCION REGIONAL  
DE SALUD PIURA

RED DE SALUD  
AZANGARO  
CALIDAD EN SALUD



UPSS HOSPITALIZACION PEDIATRIA PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO 50%

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES CORRECTIVAS	ACCIONES DE MEJORAMIENTO
Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	RIEGO IMPORTANT E 21	realizar requerimiento de alcohol gel-verificar stok de alcohol gel	NO
Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	RIEGO IMPORTANT E 21	Implementar procedimiento escrito de protocolo que active en caso de fuga	SI
Registro completo del Consentimiento informado de acuerdo a la normatividad vigente.	RIEGO IMPORTANT E 21	Implementar formato de consentimiento informado de internamiento en pediatría y socializar el registro de los datos que solicita	SI
Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	RIEGO IMPORTANT E 21	Implementar procedimiento escrito de protocolo de sujeción mecánica en el servicio de pediatría	NO
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	RIEGO IMPORTANT E 21	publicar información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales	SI
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	RIEGO IMPORTANT E 21	Implementar registro físico de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial	SI
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	RIEGO IMPORTANT E 21	Implementar formato de consentimiento informado de actividades de docencia	SI
Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	RIEGO IMPORTANT E 21	Implementar requerimiento para ropa de paciente en servicio pediatría	NO
Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	RIEGO IMPORTANT E 21	Implementar personal de vigilancia en la puerta de ingreso de hospitalización del hospital Azangaro	NO
Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	RIEGO IMPORTANT E 21	Implementar procedimiento escrito de control de salidas y entradas de servicio de hospitalización	SI
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	RIEGO IMPORTANT E 21	Implementar plan de trabajo de análisis y plan de intervención sobre información de los incidentes y eventos adversos	NO
Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	RIEGO IMPORTANT E 21	Implementar mecanismo de información de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad	SI
Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	RIEGO IMPORTANT E 21	socializar la importancia de la disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas	SI
Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	RIEGO IMPORTANT E 21	Socializar la importancia del cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo)	SI
Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	RIEGO IMPORTANT E 21	realizar requerimiento de papel toalla en todos los lavamanos	NO
El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	RIEGO IMPORTANT E 21	Implementar y publicar las medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	NO
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	RIEGO IMPORTANT E 21	Implementar plan de trabajo de anual de mantenimiento preventivo de todas sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos)	NO
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	RIEGO IMPORTANT E 21	Solicitar cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo de todos sus equipos.	NO





PERÚ

GOBIERNO REGIONAL  
PUÑODIRECCION REGIONAL  
DE SALUD PUÑORED DE SALUD  
AZANGARO  
CALIDAD EN SALUD

En el presente cuadro se puede evidenciar que la UPSS Hospitalización pediatría se ha implementado el 50% de las acciones de mejora propuestas para la seguridad del paciente que accede.

UPSS PATOLOGIA CLINICA(LABORATORIO) PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO 55%

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES CORRECTIVAS	ACCIONES DE MEJORA
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	RIESGO IMPORTANTE 28	Implementar registro físico de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial	SI
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	RIESGO IMPORTANTE 28	Implementar plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	RIESGO IMPORTANTE 28	publicar información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales	SI
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	RIESGO IMPORTANTE 28	Implementar plan anual de mantenimiento preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos)	NO
Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	RIESGO IMPORTANTE 28	implementar papel toalla en la UPSS	NO
Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	RIESGO IMPORTANTE 28	Implementar en la upss dispensadores con preparados de base alcohólica para manos	NO
Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	RIESGO IMPORTANTE 28	Realizar seguimiento reiterativo a los requerimientos no atendidos mediante la dirección	SI
Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	RIESGO IMPORTANTE 28	Implementar lista reactivos con fecha de vencimiento	SI
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	RIESGO IMPORTANTE 28	Implementar plan anual de mantenimiento preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos)	NO
Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	RIESGO IMPORTANTE 28	capacitar en cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos(pasos y tiempo)	SI
Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	RIESGO IMPORTANTE 28	socializar al personal de la UPSS sobre sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos	SI





PERU

CORPORACIÓN REGIONAL  
AZANGARODIRECCIÓN REGIONAL  
DE SALUD PUNORED DE SALUD  
AZANGARO  
CALIDAD EN SALUD

En el presente cuadro se puede evidenciar que la UPSS Patología Clínica (laboratorio) se ha implementado el 55% de las acciones de mejora propuestas para la seguridad del paciente que accede.

### 3.2.2 Información del análisis de indicadores

INDICADOR	FORMULA	TIPO DE INDICADOR	FRECUENCIA	FUENTE AUDITABLE	EVALUACION DE INDICADORES 2024		
					III TRIM	IV TRIM	II SEM
% de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la Institucion Prestadora de Servicios de Salud	$\frac{N^{\circ} \text{ de Rondas de seguridad del Paciente aplicadas}}{N^{\circ} \text{ de Rondas de seguridad del paciente Programadas}} \times 100$	PROCESO	Trimestral	cronograma de Rondas de Seguridad del paciente/ hojas de resultados de Evaluacion de Rondas de Seguridad del paciente aplicados	100%	100%	100%
% de cumplimiento de Buenas Practicas en la Institucion Prestadora de Servicios de Salud	$\frac{N^{\circ} \text{ de Verificadores conformes}}{N^{\circ} \text{ de verificadores evaluados}} \times 100$	RESULTADO	Trimestral	de criterio de evaluacion, hoja de resultados de Evaluacion de la Ronda de seguridad del paciente aplicado	79%	76%	78%
% de Acciones de Mejora Implementadas en la Institucion prestadora de servicios de salud	$\frac{N^{\circ} \text{ de acciones de mejora Implementadas}}{N^{\circ} \text{ de acciones de mejora propuesta}}$	PROCESO Y RESULTADO	Trimestral	Plan de Accion, informe de implementacion por las mejora, fotos actualizados de las acciones de mejora implementadas	63%	52%	58%

En el presente cuadro se muestran tres indicadores

Observamos que el II segundo Semestre 2024 en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Azángaro, de acuerdo al cumplimiento de indicadores, se programó 6 rondas de seguridad del paciente cumpliendo al 100 en el II semestre se realizó 6 rondas de seguridad del paciente, en relación al porcentaje de cumplimiento de las buenas practicas alcanzo el 78% y se propuso un total 110 acciones de mejora para la información actual y se implementó un 58% de acciones de mejora en las unidades de atenciones evaluadas.

## IV. ANALISIS

- 4.1. Las rondas de seguridad del paciente es una herramienta que permite evaluar la ejecución de las buenas prácticas de atención en salud, y de esta manera detectar riesgos en la atención que posteriormente a ello se toma medidas para reducir los riesgos y mitigar sus efectos.
- 4.2. El hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo ejecuto un total de 6 rondas de seguridad paciente durante el II Semestre.
- 4.3. La metodología usada para la ejecución de la ronda fue fundamentalmente la observación, revisión documentaria y la entrevista al personal de salud y pacientes.
- 4.4. de las 6 UPSS evaluadas alcanzan un porcentaje mayor a 50% de cumplimiento de buenas prácticas de atención.





- 4.5. las acciones de mejora propuestas para el mejoramiento continuo de los servicios fueron planteados en conjunto con el equipo de rondas de seguridad del paciente y las jefaturas de las UPSS evaluados y el personal profesional en ese momento estaban de turno, según corresponda, este conjunto de acciones de mejora genera un plan de acción.
- 4.6. La unidad de gestión de la calidad durante el II semestre, realizo el seguimiento a la implementación de las acciones de mejora del producto de las rondas de seguridad del paciente a través del uso de técnicas de observación, entrevista y revisión documentaria.

**V. Conclusiones**

- Para el presente semestre el hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Azángaro programo 6 rondas de seguridad del paciente, logrando ejecutar el 100% de las rondas programadas.
- En este I semestre fueron evaluados (06) de las UPSS: Emergencia, centro Quirúrgico, Centro Obstétrico, Hospitalización Adulto, Hospitalización Pediatría, patología clínica (laboratorio); alcanzando un promedio de porcentaje de 70% de cumplimiento de buenas prácticas de atención.
- Las UPSS evaluadas el 67% se encuentran en resultado de valoración de riesgo importante, 17 se encuentra en resultado riesgo moderado y 17% se encuentra en resultados de valoración de riesgo intolerable.
- Cada ronda de seguridad del paciente se generó un reporte de resultado; la elaboración de plan de acción del equipo de rondas y los jefes de la UPSS para que posterior a ello se presente informe de la implementación de acciones de mejora.

**VI. Recomendaciones**

1. A los responsables de las UPSS, Gestionar el cumplimiento de las acciones correctivas establecidos en los planes de acciones formuladas, según los plazos establecidos por los responsables.
2. Ala responsable de gestión de la calidad, realizar el monitoreo del cumplimiento de los compromisos de acciones de mejora registrados en los planes de acción, según los plazos establecidos.

Es todo cuanto informo a usted señor(a) director(a), para conocimiento y fines requeridos.

  
 Della Quirope Parra  
 Lic. en Enfermería  
 CEP. 29675  
 HEDDES - AZANGARO





PERU

GOBIERNO REGIONAL  
PUNODIRECCION REGIONAL  
DE SALUD PUNORED DE SALUD  
AZANGARO  
CALIDAD EN SALUD

# VII. ANEXOS





1. Resultado de Evaluación (anexo 03) SERVICIO UPSS
2. Resultado de Evaluación (anexo 06) SERVICIO UPSS
3. Ficha de Monitoreo (anexo 07) SERVICIO/UPSS



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

PROFESES	CARLOS CORNEJO ROSILLO	TRIMESTRE	II TRIMESTRE	AÑO	2024
USO:	EMERGENCIA	FECHA APLICACIÓN:	15/05/2024		
TITULAR RESPONSABLE (PROFESES)	DR. LUCAS ANTONIO MARCHESINI PEREZ	RESP. DE LA UPM:	DR. FAYTA TURPO ARRIOLA, J. BRUNO MONTAÑA ZAMBA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	OPC. RICARDO AYAZA MENDOZA	RESP. OPERACIÓN CALIDAD:	LIC. ENP. DELA SUAREZ RAMA		
RESP. OPTIMIZACIÓN ENFERMERÍA:	ENF. MARISA MALATESTA MONTES	OTROS RESPONSABLES:	LIC. P. C. J. A. N. M. C. A. B. R. I. A. N. A. P. E. R. E. S. M. C. A. L. D. A.		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
RESULTADO EN LA HISTORIA CLÍNICA	75%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPM	80%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	95%
PREVENCIÓN DE CAÍDA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	85%
PREVENCIÓN DE LESIONES Y CONTUSIONES MECÁNICAS	100%
SEGURIDAD DE USUARIOS	90%
PREVENCIÓN DE SUCOS Y LESIONES	100%
IDENTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGÍA	100%
CONTROL DE MANEJO	80%
SEGURIDAD	80%
DESARROLLO Y MANEJO DE EQUIPOS	70%
<b>PROMEDIO</b>	<b>84%</b>

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO: 84%

Lic. P. C. J. A. N. M. C. A. B. R. I. A. N. A. P. E. R. E. S. M. C. A. L. D. A.  
 LICENCIADA EN ENFERMERÍA  
 C.E.P. 21642

Lic. P. C. J. A. N. M. C. A. B. R. I. A. N. A. P. E. R. E. S. M. C. A. L. D. A.  
 LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
 C.E.P. P. 27460

Lic. P. C. J. A. N. M. C. A. B. R. I. A. N. A. P. E. R. E. S. M. C. A. L. D. A.  
 LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
 C.E.P. 27460

Lic. P. C. J. A. N. M. C. A. B. R. I. A. N. A. P. E. R. E. S. M. C. A. L. D. A.  
 Lic. Maritza Malatesta Montes  
 JEFE DE ENFERMERÍA  
 C.E.P. 21642

Lic. P. C. J. A. N. M. C. A. B. R. I. A. N. A. P. E. R. E. S. M. C. A. L. D. A.  
 LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
 C.E.P. 27460

Lic. P. C. J. A. N. M. C. A. B. R. I. A. N. A. P. E. R. E. S. M. C. A. L. D. A.  
 Lic. Fernando Antonio Perez  
 MÉDICO CIRUJANO  
 C. M. P. 66678

Lic. P. C. J. A. N. M. C. A. B. R. I. A. N. A. P. E. R. E. S. M. C. A. L. D. A.  
 LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
 C.E.P. 27460

Lic. P. C. J. A. N. M. C. A. B. R. I. A. N. A. P. E. R. E. S. M. C. A. L. D. A.  
 LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
 C.E.P. 27460

Lic. P. C. J. A. N. M. C. A. B. R. I. A. N. A. P. E. R. E. S. M. C. A. L. D. A.  
 Erika H. Córdova Corti  
 Ing. AMBIENTAL  
 CIP. 202741

Lic. P. C. J. A. N. M. C. A. B. R. I. A. N. A. P. E. R. E. S. M. C. A. L. D. A.  
 Eynay G. Barriques Barriales  
 ANESTESIOLOGO  
 CMP. 39066 RNE 30687

Lic. P. C. J. A. N. M. C. A. B. R. I. A. N. A. P. E. R. E. S. M. C. A. L. D. A.  
 Lic. Maritza Malatesta Montes  
 JEFE DE ENFERMERÍA  
 C.E.P. 21642





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

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2011
PROYECTO:	CARLOS CORNEJO ROSELLO	FECHA APLICACIÓN:		TIPO DE RIESGO:	(definir/valor)
UPSA:	CENTRO QUÍMICO S	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. DR. ANA MARILENY AUTRANACACHOTA		
TITULAR RESPONSABLE PROYECTO:	DR. LINDO BILACIO MARCHANTE FENIZ	RESP. DE LA UPSA:	M. ESTERAN ESPINOZA C. S. BARRIO CONDOR		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC ROSALBA APASA MENDOZA	RESP. CALIDAD CALIDAD:	LIC. DR. VILMA GABRIELA PARRA		
RESP. DE FUNDACIÓN SUPERIOR:	DR. MARITZA MALATESTA MONTE	OTROS RESPONSABLES:	LIC. P. CLAUDIA ANCA ABRAHAM LUIS DÍAZ M. CALDERA		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
ASISTENCIA EN HISTORIA CLÍNICA	91%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSA	85%
EDIFICACIÓN CORRECTA	83%
PREVENCIÓN DE FURIA	83%
SEGURIDAD EN LA ASISTENCIA	83%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y COMBINACIONES MEDICINA	80%
SEGURIDAD SÍMBOLO	79%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	78%
INDICIO DE RIESGO	71%
COMPLIAMIENTO	71%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	69%
<b>PROMEDIO</b>	<b>82%</b>
<b>PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO</b>	<b>82%</b>

*Bynar C. Cariques Barriales*  
**ANESTESIOLOGO**  
 CMP. 39065 RNE 30657



*Della Guispe Parra*  
**Lic. Anestesiología**  
 CMP. 39543  
 RNE 30657 - AZANGARO

*Noelia K. Genavivi Astudillo*  
**MEDICO PEDIATRA**  
 CMP. 67575 RNE: 44347



**REDESS AZANGARO**  
**HOSPITAL C.C.P. AZANGARO**  
*Lic. Maritza Malatesta Monte*  
**JEFE DE ENFERMERIA**  
 C.E.P. 81642

*[Signature]*  
**MEDICO CIRUJANO**  
 C. M. P. 66678



*[Signature]*  
**PSICOLOGA**  
 C.P.S. P. 27460

*Alinda F. Espada Bailon*  
**MEDICO CIRUJANO**  
 CMP. 090326



*[Signature]*  
**PSICOLOGA**  
 C.P.S. P. 27460

*Erika B. Condori Cari*  
**Ing. AMBIENTAL**  
 CIP. 202741



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

PRESE:	CARLOS CORNEJO ROSILLO	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSE:	CENTRO OBSTETRICO	FECHA APLICACION:	TIENESE (DD/MM/AAAA)		
TITULAR RESPONSABLE PRESE:	MC LUCIO RAMIRO BARRERA MONTAÑA	RESP. OPERATIVA LOCAL:	LIC. ENF. ANA MARILEY GUTIERREZ ACOSTA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC RICHARDO AYAZA MENDOZA	RESP. DE LA UPSE:	MILAGRE SOTO MAYOR, OBST. YANETH LAZAR		
RESP. OPTIMIZACIÓN EXPERIENCIA:	ENF. MARITZA MALATESTA MONTAÑA	RESP. OPC. ANTIAS CALIDAD:	LIC. ENF. DELIA GOMEZ PARRA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. P. CLAUDIA ROSA BRANHAM, ENFERMERA, CALIDAD		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
PRESE EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEÑALADO DEL PACIENTE EN LA UPSE	80%
SEÑALACIÓN CORRECTA	80%
PREVENCIÓN DE FUGA	100%
SEÑALACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTROLES METÁLICA	100%
SEÑALACIÓN SERIAL	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
PREVENCIÓN DE MANEJO	100%
SEÑALACIÓN	100%
PLANTEAMIENTO Y MANEJO DE RIESGO	100%
<b>PROMEDIO</b>	<b>74%</b>
<b>PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO</b>	<b>74%</b>

**Erika B. Conforti Cari**  
 Ing. AMBIENTAL  
 CIP. 202741

**Carlos Cornejo Rosillo**  
 FARMACIA  
 COP N° 08188

**Ana M. Gubert Acosta**  
 CEP. 74438  
 ENFERMERA

**Eynar G. Barrios Barrios**  
 ANESTESIOLOGO  
 CMP. 39066 RNE 30637

**Claudia Peralta Sotomayor**  
 PSICÓLOGA  
 C. P. P. 27460

**Erika B. Conforti Cari**  
 Ing. AMBIENTAL  
 CIP. 202741

**Alvaro Ernesto Laguna Baños**  
 MÉDICO CIRUJANO  
 C.M.P. 090326

**Eynar G. Barrios Barrios**  
 ANESTESIOLOGO  
 CMP. 39066 RNE 30637

**Claudia Peralta Sotomayor**  
 PSICÓLOGA  
 C. P. P. 27460

**Maritza Malatesta Montaña**  
 JEFE DE ENFERMERIA  
 C.E.P. 81643





APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO EN LA ATENCION DE SALUD

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

PRESENTE:	CARLOS CONEJO ROSELLO	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSA:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	14/05/2024 (Sábado)		
TITULAR RESPONSABLE UPSE:	M.C. SEBASTIÁN RAMIRO LIPAGA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	EMP. ANA MARLENY GUTIERREZ ACROIX		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:		RESP. DE LA UPSE:	M.C. JOSÉ LAURA CHIRALIC, MARITZA MALATESTA M.		
RESP. DE SERVICIO ESPECIALIDAD:	ENFERMERIA MALATESTA ROYTES	RESP. OFICINA CALIDAD:	LIC. ENF. DELIA GOSPE PARRA		
		OTROS RESPONSABLES:	M.C. SEBASTIÁN RAMIRO LIPAGA, CRUZ PDC, CLAUDIA PE		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
DETALLE EN LA HISTORIA CLÍNICA	81%
DEFINICIÓN DEL PACIENTE EN LA UPSE	84%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	87%
PREVENCIÓN DE FUGA	23%
DETALLE EN LA INSTRUCCIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTUSIONES	70%
DEFINICIÓN DE RIESGO	67%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPSE	60%
PREVENCIÓN DEL DOLOR Y SEDACIÓN	57%
CONTINUACIÓN DE ATENCIÓN	100%
VIDEOTELEFONÍA	71%
ACCIONES	88%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	69%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO: 69%



*Handwritten signature*



*Handwritten signature*  
Delia Quispe Parra  
Lic. en Enfermería  
C.P. 26473  
RNE 39065  
HOSPITAL C.C.R.V. AZANGARO



*Handwritten signature*  
Eymar J. Brriques Barriales  
ANESTESIOLOGO  
C.M.P. 39065 RNE 30657



*Handwritten signature*  
DESS AZANGARO  
HOSPITAL C.C.R.V. AZANGARO  
Lic. Maritza Malatesta  
JEFE DE ENFERMERIA  
C.E.P. 61642

*Handwritten signature*  
CLAUDIA PARRA RODRIGUEZ  
PSICÓLOGA  
C.P. P. 27460



*Handwritten signature*  
Cecilia Condori Carr  
C.P. 202741





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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

PRESE:	CARLOS CORNEJO ROBLEDO	TRIMESTRE:	4 TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSE:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	15/12/2024 (SABADO)		
TITULAR RESPONSABLE UPSE:	MC. SEBASTIÁN RAMÍREZ LUPICA	RESP. ADMINISTRACIÓN:	DR. ANA MARILENY GUTIERREZ ACOSTA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:		RESP. DE LA UPSE:	MC. MYHELA GONZALEZ		
RESP. OPTIMIZACIÓN ENFERMERÍA:	ENF. MARITZA MALATESTA MONTES	RESP. OFICINA DE CALIDAD:	LIC. ENF. DELA GARBE PARRA		
		OTROS RESPONSABLES:	MC. ALBAJANE ABRAMIAN CRISTINA, CLAUDIA PERALTA		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA	85%
ENCUENTRO DEL PACIENTE EN LA UPSE	75%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDA	35%
SEGURIDAD DE LA ALIMENTACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	50%
SEGURIDAD DE FARMACOS	85%
PREVENCIÓN DEL DAÑO DE LA PIEL	85%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
MANEJO DE MANOS	85%
SEGURIDAD	75%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPO	85%
<b>PROMEDIO</b>	<b>75%</b>

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

75%



REDESS AZANGARO  
HOSPITAL C.C.R.V. AZANGARO  
*Maritza Malatesta*  
Lic. Maritza Malatesta Montes  
JEFE DE ENFERMERIA  
C.E.P. 81442

*[Signature]*  
PSICÓLOGA  
C. P. P. 17450



*[Signature]*  
10988  
C.E.P. 74459



*[Signature]*  
Dalis...  
Lic. ...  
REDESS - AZANGARO



*[Signature]*  
Eynar...  
ANESTESIOLOGO  
C.M.P. 39008 R.N.E. 30687



*[Signature]*  
Cristina...  
21621971  
C.I.P.: 202741

*[Signature]*  
Lic. Ana M. G...  
CEP 74459  
ENFERMERA



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

PROBLEMA: CARLOS CORONADO ROVELLO	TRIMESTRE: 3º TRIMESTRE	AÑO: 2024
UPSA: PATOLOGÍA CLÍNICA	FECHA APLICACIÓN:	SERVIDOR (Módulo)
TITULAR RESPONSABLE UPSE: M.C. SEBASTIÁN RAMOS LUPACA	RESP. EPIDEMIOLOGÍA: DR. ANA MARLENY VITURGUEZ AGUIRRE	
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	RESP. DE LA UPSE: DR. LINDO GUSTO MICHAYCA MADRACA	
RESP. DE INSTRUCCIÓN DE ENFERMERÍA: DR. ANASTASIA BRILATESTA MONTES	RESP. OFICINA CALIDAD: LIC. DR. DELIA GUSPE PARRA	
	OTROS RESPONSABLES: M.C. SEBASTIÁN RAMOS LUPACA, CLAUDIA P...	

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSE	50%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN	100%
SEGURIDAD LEGAL	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
TIEMPO DE MANEJO	100%
BIENESTAR	100%
MANEJO DE EQUIPOS	100%
PROBANDO	50%

PROBANDO DE CUMPLIMIENTO

50%

  
**CARLA PAREDA VERRACALLO**  
 PSICÓLOGA  
 C. Ps. P. 27460

  
  
  
**M.C. SEBASTIÁN RAMOS LUPACA**  
 M. 30985  
 D.M. C.C.A.Y. AZANGARÓ

  
  
**Delia Guspe Parra**  
 C. en Enfermería  
 C.P. 35843  
 C.C.A.Y. AZANGARÓ

  
  
**Ericka Conaleri Carr**  
 0162171  
 C.P. 202241





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

PLAN DE ACCIÓN

PRESE:	TRIMESTRE:	AÑO:	SEM:
CARLOS CORREJO ROSELLO			
EMERGENCIA			
TITULAR/RESPONSABLE PRESE:	UC INF. ANA MARILEY/AUTORIZADA ACTIVA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	MC ANIBRA TURPO ARRATALLU: IRISAM BERGUIS DAMAYÁ		
RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	UC INF. DELIA GUERRA FAJANA		
RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	UC FC-LAVIDA/INT. ARRANDEMAN: ERIKA MC ALONSO		

ACTUALIZACIÓN

PROBLEMA	RECOMENDACIONES	ESPECIFICACIONES	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	FECHA
64	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un consentimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Implementar procedimiento que active en caso de fuga de paciente	Jefe de la UPSS, Jefatura de enfermería Emergencia	14/10/2024
64	HISTORIA CLINICA	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	Implementar procedimiento del consentimiento informado de acuerdo a la normatividad vigente	Jefe de la UPSS, Jefatura de enfermería Emergencia	14/10/2024
64	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que se armonicen con especificaciones y estándares de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas.	solicitar el área de mantenimiento preventivo de los equipos de la UPSS	Jefe de la UPSS, Jefatura de enfermería Emergencia	14/10/2024
64	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (Incluye los nuevos).	solicitar el área de mantenimiento preventivo de los equipos de la UPSS	Jefe de la UPSS, Jefatura de enfermería Emergencia	14/10/2024
64	BIOSEGURIDAD	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	socializar la normas de eliminación de material punzo cortante	Jefe de la UPSS, Jefatura de enfermería Emergencia	14/10/2024
63	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Implementar el registro físico de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial	Jefe de la UPSS, Jefatura de enfermería Emergencia	14/10/2024
63	HISTORIA CLINICA	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	socializar NTS N° 139 -2018 gestión de historias clínicas	Jefe de la UPSS, Jefatura de enfermería Emergencia	14/10/2024
63	HISTORIA CLINICA	Registro de las Funciones Biológicas: peso, sed, sueño, otras disposiciones, estado de ánimo.	socializar NTS N° 139 -2018 gestión de historias clínicas	Jefe de la UPSS, Jefatura de enfermería Emergencia	14/10/2024
63	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.	socializar la seguridad del paciente	Jefe de la UPSS, Jefatura de enfermería Emergencia	14/10/2024
63	HISTORIA CLINICA	Registro de las diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuríticos o definitivos)	socializar NTS N° 139 -2018 gestión de historias clínicas	Jefe de la UPSS, Jefatura de enfermería Emergencia	14/10/2024
63	SEGURIDAD EN LA UPSS	Revisión de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	socializar la seguridad del paciente	Jefe de la UPSS, Jefatura de enfermería Emergencia	14/10/2024



*Yolimar G. Barrios Barraltes*  
ANESTESIOLOGO  
CMP. 39065 RNE 30687

*[Signature]*  
[Stamp]

*[Signature]*  
REDESS AZANGARO  
HOSPITAL C.C.R.V. AZANGARO  
L.C. Maritza Malatesta Montes  
JEFE DE ENFERMERIA  
C.E.P. 81643



*[Signature]*  
REDESS AZANGARO  
HOSPITAL C.C.R.V. AZANGARO  
L.C. Maritza Malatesta Montes  
JEFE DE ENFERMERIA  
C.E.P. 81643

*[Signature]*  
Erika B. Gandoqui Cort  
Ing. ASISTENCIAL  
CIP. 202741



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

PLAN DE ACCIÓN

SEMESTRE	FECHA APLICACIÓN	SEMESTRE	AÑO	SEMESTRE	SEMESTRE
UPSS	CARLOS CORNEJO ROSSELLO	UPSS	EMERGENCIA	UPSS	EMERGENCIA
TITULAR RESPONSABLE PSE:	MC. LUCIO IGNACIO MANGRAMENTO PEREZ	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	MC. DRP. ANA MARILEVY GUTIERRES ACROTA	RESP. DE LA UPSS:	MC. PATRYA TUPAC JARA TAJIC. MIMAR MAMAYI DABUYTA
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CP. RODOLFO AYALA HINOJOSA	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LC. DRP. VILMA GUERRA PARRA	OTROS RESPONSABLES:	LC. PA. CLAUDIA MOLAGRAMAMAYO, BRILA MC. ALBA

ACTIVIDADES PROPUESTAS

NECESIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR MIECUBAO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (Jefe de enfermería Emergencia)	PLAZO (determinado)
56	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	socializar la seguridad del paciente	jefe de la UPSS, Jefe de enfermería Emergencia	14/10/2024
56	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	socializar la seguridad del paciente	jefe de la UPSS, Jefe de enfermería Emergencia	14/10/2024
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	socializar NTS, N° 007-ntsa/sv/ajemid V.01 dispensación de medicamentos	jefe de la UPSS, Jefe de enfermería Emergencia	14/10/2024
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos operativos según le corresponde a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Realizar Requerimiento de Mantenimiento de Equipos biomédicos	jefe de la UPSS, Jefe de enfermería Emergencia	14/10/2024
56	HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de papel toalla en todos los levantamos.	Realizar Requerimiento de papel toalla	jefe de la UPSS, Jefe de enfermería Emergencia	14/10/2024
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos escribibles según le corresponde a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Realizar requerimiento de equipos biomédicos según la correspondencia a la UPSS	jefe de la UPSS, Jefe de enfermería Emergencia	14/10/2024
56	BIOSEGURIDAD	Disponibilidad de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	Socializar la disposición de residuos sólidos de acuerdo a normativa	jefe de la UPSS, Jefe de enfermería Emergencia	14/10/2024
56	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Implementar información disponible y clara a las consecuencias penales de las agresiones sexuales	jefe de la UPSS, Jefe de enfermería Emergencia	14/10/2024
42	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Realizar análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos a la efecta gestión de la calidad	jefe de la UPSS, Jefe de enfermería Emergencia	14/10/2024
42	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	socializar el sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos al personal de la UPSS	jefe de la UPSS, Jefe de enfermería Emergencia	14/10/2024
42	HISTORIA CLINICA	Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epístola, incluyendo diagnóstico definitivo.	socializar NTS N° 139-2016 gestión de historias clínicas	jefe de la UPSS, Jefe de enfermería Emergencia	14/10/2024



*Lic. G. Enriquez Barrinies*  
ANESTESIOLOGO  
C.M.P. 28066 RNE 30687

*Lic. R. E. Benediti Carr*  
ING. ACCIDENTAL  
CIP. 202741

*REDESS AZANGARO*  
HOSPITAL C.R.V. AZANGARO  
Jefe de enfermería Emergencia  
C.E.P. 81643



*REDESS AZANGARO*  
HOSPITAL C.R.V. AZANGARO  
Jefe de enfermería Emergencia  
C.E.P. 81643

*Lic. Maritza Malatesta Montiel*  
JEFE DE ENFERMERIA  
C.E.P. 81643

*Lic. R. E. Benediti Carr*  
ING. ACCIDENTAL  
CIP. 202741



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  
**PLAN DE ACCIÓN**

PROYECTO:	CARLOS CORNEJO ROBELO	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPIS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	18/10/2024		
TITULAR RESPONSABLE PROYECTO:	MC. LUCIO ORLANDO MAURANDINO PEREZ	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. EMP. ANA MARILENE GONZALEZ ACOSTA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC. RODOLFO AFINA MENECA	RESP. DE LA UPEL:	MC. PATRIZIA TURPO ANAYTA L.C. WPMAN WAMARIZAMATA		
RESP. DE FOSERVICIO EN EMERGENCIA:	EMP. BARBARA MILATESTA MORTES	RESP. DE CALIDAD CALIDAD:	LIC. EMP. DELIA GUERRA PARRA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. FLORENCIA MIZABARRAMENDI, EMILIA L.C. ALONSO		

**ACTUALIZACIÓN RIESGOS**

PROXIDAD	BUCNAS PRACTICAS	VERIFICADOR RIESGO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	FECHA (dd/mm/aaaa)
42	IDENTIFICACION CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Realizar Requeimiento de brazaletes de identificación para pacientes.	Jefe de la UPEL, Jefatura de enfermería Emergencia	14/10/2024



**Sylvia G. Barrios Barrios**  
 ANESTESIOLOGO  
 CMP: 39065 RNE 30687

*[Handwritten signature]*  
 LIC. MARIATZA MALATESTA MONTES  
 JEF. DE ENFERMERIA

**REDESS AZANGARO**  
 HOSPITAL CCRV AZANGARO  
 LIC. MARIATZA MALATESTA MONTES  
 JEF. DE ENFERMERIA  
 C.E.P. 81642



*[Handwritten signature]*  
**REDESS AZANGARO**  
 HOSPITAL CCRV AZANGARO  
 LIC. MARIATZA MALATESTA MONTES  
 JEF. DE ENFERMERIA  
 C.E.P. 81642

*[Handwritten signature]*  
**REDESS AZANGARO**  
 HOSPITAL CCRV AZANGARO  
 LIC. MARIATZA MALATESTA MONTES  
 JEF. DE ENFERMERIA  
 C.E.P. 81642

*[Handwritten signature]*  
 LIC. MARIATZA MALATESTA MONTES  
 JEF. DE ENFERMERIA  
 C.E.P. 81642

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*  
**Erica P. GONDARI Carr**  
 Lic. ENFERMERIA  
 CIP: 302741









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

PLAN DE ACCIÓN

PRESE:	CARLOS CORNEJO ROBELLO	SEMESTRE:	8 TRIMESTRE	AÑO:	2023	RSM:	0300000000
RESP. RESPONSABLE PREG:	MC. LUCO EMACIO MARCAMENTO PEREZ	RESP. APLICADOR:	LC. EMP. AILA MARLENY BUSTERRIEZACKOTA				
RESP. DE ADMINISTRACION:	CP. RODOLFO APARIZADOZA	RESP. DE LA UPSS:	MC. JOSÉ NOTOMAYOR OBIS. VANETH LAURA				
RESP. DE SERVICIO ENFERMERA:	EMP. MARTHA MALATESTA MONTES	RESP. OFIC. JERARDO CALDAS:	LC. EMP. BELA GUSME PARRA				
		OTROS RESPONSABLES:	LC. P. CLAUDIA RUIZ ABRIL, ERICK MC ALMIDA				

ACTIVIDAD PROGRAMADA

INDICADOR	BIENES PRACTICAS	VERIFICADOR RIESGO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE CAMBIO	PLAZO
64	BIOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de 'Care Bundles' o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	Implementar el paquete de medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica	Jefatura de servicio y jefatura de obstetras	30/10/2024
64	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo de personal asistencial.	Implementar registro físico de notificación de accidentes de trabajo de personal asistencial.	Jefatura de servicio y jefatura de obstetras	30/10/2024
64	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	socializar la RD N° 255-2019/MINSA guía técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los EE.SS	Jefatura de servicio y jefatura de obstetras	30/10/2024
64	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	Implementar procedimientos de educación a pacientes sobre la administración del medicamento que recibe en la UPSS Centro Obstétrico	Jefatura de servicio y jefatura de obstetras	30/10/2024
63	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos).	Implementar plan anual de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos de la UPSS Centro Obstétrico.	Jefatura de servicio y jefatura de obstetras	30/10/2024
63	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Realizar análisis y plan de intervención de la información de incidentes y eventos adversos de la UPSS centro Obstétrico	Jefatura de servicio y jefatura de obstetras	30/10/2024
63	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	Implementar procedimientos de educación a pacientes sobre los efectos secundarios que puedan producirles los medicamentos que recibe en la UPSS Centro Obstétrico	Jefatura de servicio y jefatura de obstetras	30/10/2024
63	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Codex de paro cuenta con los traumas necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	Implementar codex de paro en la UPSS Centro Obstétrico	Jefatura de servicio y jefatura de obstetras	30/10/2024
56	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	Implementar ropa de hospital para pacientes fácilmente identificable en la UPSS Centro Obstétrico.	Jefatura de servicio y jefatura de obstetras	30/10/2024
56	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	Implementar procedimiento de que vigilancia controle las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos	Jefatura de servicio y jefatura de obstetras	30/10/2024
42	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Implementar información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales	Jefatura de servicio y jefatura de obstetras	30/10/2024



*CYNTHIA G. BARRIGUES BARR*  
ANESTESIOLOGO  
CMP. 30050 RNE 30.17

*Dr. Carlos...*  
Médico...



*DR. CESAR AZANGARO*  
ANESTESIOLOGO  
CMP. 30050 RNE 30.17



*Dr. Luis...*  
Médico...



*Dr. María...*  
Médico...

*Erika B. Casadori Carr*  
Ing. AMBIENTAL  
CIP. 202741

*Alvda Florencia Lopez Esquivel*  
MÉDICO CIRUJANO  
C.M.P. 090326





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

PRIME:	SEGUNDO:	TERCER:	CUARTO:	QUINTO:
CARLOS CORNEJO ROSELLO	FECHA APLICACIÓN	UBICACIÓN	UBICACIÓN	UBICACIÓN
ROBERTO RAMOS	RESP. EPIDEMIOLOGIA	RESP. DE LA UPRS	RESP. DE LA UPRS	RESP. DE LA UPRS
MC. REBECCA MALATESTA BOUTER	RESP. OFIC. ANÁLISIS CALIDAD	OTROS RESPONSABLES		

ELABORADO POR:

PRORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (ESTIMADO)
41	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Implementar protocolo que se active en caso de fuga de paciente	Jefatura de hospitalización (medicos y Enfermería)	10/12/2024
42	SEGURIDAD EN LA UPRS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Implementar formato de consentimiento informado para actividades de docencia	Jefatura de hospitalización (medicos y Enfermería)	10/12/2024
43	HISTORIA CLINICA	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	Socializar la importancia del registro completo del consentimiento informado de acuerdo a la normatividad vigente	Jefatura de hospitalización (medicos y Enfermería)	10/12/2024
44	SEGURIDAD EN LA UPRS	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	Garantizar personal profesional en ecografía por lo menos las 12 horas y garantizar los equipos biomédicos	Jefatura de hospitalización (medicos y Enfermería)	10/12/2024
45	SEGURIDAD EN LA UPRS	Disponibilidad de dispensaciones con preparados de base alcohólica para menos.	Implementar dispensaciones con preparados de base alcohólica para menos	Jefatura de hospitalización (medicos y Enfermería)	10/12/2024
46	SEGURIDAD EN LA UPRS	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	Implementar disponibilidad de papel toalla en los lavamanos	Jefatura de hospitalización (medicos y Enfermería)	10/12/2024
47	SEGURIDAD EN LA UPRS	El servicio ha implementado el uso de "Cares Bundar" o Paquetes de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	Implementar documento escrito paquete de medidas para la prevención de las IAAS	Jefatura de hospitalización (medicos y Enfermería)	10/12/2024
48	HISTORIA CLINICA	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Plan de trabajo para realizar análisis y plan de intervención sobre información de los incidentes y eventos adversos	Jefatura de hospitalización (medicos y Enfermería)	10/12/2024
49	SEGURIDAD EN LA UPRS	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCL.	Implementar formatos que contengan rubro para registrar nombres del paciente en la HCL.	Jefatura de hospitalización (medicos y Enfermería)	10/12/2024
50	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Cumplimiento de las indicaciones de la cinta del paciente según indicación del médico tratante.	Socializar la importancia de identificación de riesgos de caídas del paciente en el canal visible	Jefatura de hospitalización (medicos y Enfermería)	10/12/2024

*[Handwritten signature]*  
 Lic. Ana M. Cruz Torres  
 C.E.P. 16.133  
 ENFERMERA

*[Handwritten signature]*  
 JESS AZANGARO  
 LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
 C.E.P. 16.133  
 PSICÓLOGO

*[Handwritten signature]*  
 LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
 C.E.P. 16.133  
 PSICÓLOGO

*[Handwritten signature]*  
 LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
 C.E.P. 16.133  
 PSICÓLOGO

*[Handwritten signature]*  
 ANESTESIOLOGO  
 CMP. 36065 RNE 30687



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  
PLAN DE ACCIÓN

PRIME:	TERCER:	QUINTO:	SEPTIMO:
CARLOS OSORIO ROSSELLO	FECHA APLICACIÓN	MAYO	SEMA
HOSPITALIZACIÓN	RESP. RESPONSABLES:	DR. JANA MARILYN GUTIERREZ ACOSTA	(DOMINICANA)
DR. SEBASTIÁN RAMOS LUWACA	RESP. DE LA UNDA:	DR. JORGE LAURA CHIRÁ; LC. MARITZA MALATESTA MCH	
	RESP. OFICINAS CALIDAD:	LC. JH. DELIA GUSPE PARRA	
	OTROS RESPONSABLES:	MC. SEBASTIÁN RIVERA COLLEZ; CLAUDE PERA	

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADORES RIESGO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO
24	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de revisar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	Implementar registro específico de todo paciente con sujeción mecánica	Jefatura de hospitalización (Enfermería)	10/12/2024
24	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Implementar brazalete de identificación	Jefatura de hospitalización (Enfermería)	10/12/2024
24	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los mismos, mecanismos de sujeción mecánica.	Implementar protocolo de contención mecánica	Jefatura de hospitalización (Enfermería)	10/12/2024
24	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Implementar brazalete de identificación	Jefatura de hospitalización (Enfermería)	10/12/2024
24	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Publicar información clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales	Jefatura de hospitalización (Enfermería)	10/12/2024
24	SEGURIDAD SEXUAL	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Implementar protocolo de recepción de pacientes estableciendo prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización	Jefatura de hospitalización (Enfermería)	10/12/2024
24	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Implementar protocolo de guía de atención para prevención y control de úlceras por presión	Jefatura de hospitalización (Enfermería)	10/12/2024
24	PREVENCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.	Socializar la importancia de que el botiquín almacén de medicamentos del servicio permanezca en todo momento cerrado bajo llave	Jefatura de hospitalización (Enfermería)	10/12/2024
24	PREVENCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Verificación de que la LPS5 cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (Inclusiva los nuevos).	Implementar protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir ubicación del paciente	Jefatura de hospitalización (Enfermería)	10/12/2024
24	PREVENCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Verificación de que la oficina cuente con personal capacitado en Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (Inclusiva los nuevos), mediante la validación de las respectivas (Inclusiva los nuevos).	Coordinar con el equipo que realizó el plan de mantenimiento preventivo de todos sus equipos biomédicos de la red	Jefatura de hospitalización (Enfermería)	10/12/2024
24	PREVENCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Verificación de que la oficina cuente con personal capacitado en Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (Inclusiva los nuevos), mediante la validación de las respectivas (Inclusiva los nuevos).	Solicitar el cumplimiento del plan de mantenimiento a al servicio de mantenimiento.	Jefatura de hospitalización (Enfermería)	10/12/2024



DR. JOSÉ AZANGARÓ  
C.R.V. AZANGARÓ  
HOSPITAL GENERAL DE SANTIAGO DE LOS CABALLEROS  
MORILES  
JEFE DE ENFERMERÍA  
C.P. 816-2

PSICÓLOGA  
C. PA. P. 27460

Dr. J. Barral  
Dr. J. Barral  
Dr. J. Barral

Dr. J. Barral  
ANESTESIOLOGO  
CMP. 39066 RNE 30687

Dr. J. Barral  
Dr. J. Barral



Dr. J. Barral  
Dr. J. Barral







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

PLAN DE ACCIÓN

PRESENTE	CARLOS CORNEJO ROSELLO	COORDINADOR	JEFE
UPRES	HOSPITALIZACIÓN	ENCARGADO	COORDINADOR
TITULAR RESPONSABLE PRESE:	M.C. SEBASTIÁN RAMOS LUPACA	RESP. EPIDEMIOLOGIA	DR. ANA MARILENY GUTIERREZ ACOSTA
RESP. DE ADMINISTRACION		RESP. DE LA UPRES	MC. JOHIELLA CAMAYNE
RESP. EPIDEMIOLOGIA		RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD	LIC. ENF. ZELIA QUINPE PARRA
RESP. ATENCION		OTROS RESPONSABLES:	MC. ALBERTO ARAMANI COLLEPPIC, CLAUDIA VERNALTY

ACCIONES PROYECTADAS

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CONECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (fechas)
60	HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	Realizar requerimiento de alcohol gel-verificar stock de alcohol gel	Jefatura de servicio pediatría, jefatura de Enfermería - jefatura farmacia	27/12/2024
61	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Implementar procedimiento escrito de protocolo que active en caso de fuga	Jefatura de servicio pediatría, jefatura de Enfermería - jefatura enfermería pediatría	27/12/2024
62	HISTORIA CLINICA	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	Implementar formato de consentimiento informado de internamiento en pediatría y socializar el registro de los datos que solicita al 100%	Jefatura de servicio pediatría, jefatura de Enfermería - jefatura enfermería pediatría	27/12/2024
63	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	Implementar procedimiento escrito de protocolo de sujeción mecánica en el servicio de pediatría	Jefatura de servicio pediatría, jefatura de Enfermería - jefatura enfermería pediatría	27/12/2024
64	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Publicar información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales	Jefatura de servicio pediatría, jefatura de Enfermería - jefatura enfermería pediatría	27/12/2024
65	SEGURIDAD EN LA UPRES	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Implementar registro físico de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial	Jefatura de servicio pediatría, jefatura de Enfermería - jefatura enfermería pediatría	27/12/2024
66	SEGURIDAD EN LA UPRES	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Implementar formato de consentimiento informado de actividades de docencia	Jefatura de servicio pediatría, jefatura de Enfermería - jefatura enfermería pediatría	27/12/2024
67	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuente conropa de hospital fácilmente identificable.	Implementar requerimiento para ropa de paciente en servicios pediatría	Jefatura de servicio pediatría, jefatura de Enfermería - jefatura enfermería pediatría	27/12/2024
68	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	Implementar personal de vigilancia en la puerta de ingreso de hospitalización del Hospital Azángaro	Jefatura de servicio pediatría, jefatura de Enfermería - jefatura enfermería pediatría	27/12/2024
69	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	Implementar procedimiento escrito de control de salidas y entradas de servicio de hospitalización	Jefatura de servicio pediatría, jefatura de Enfermería - jefatura enfermería pediatría	27/12/2024
70	SEGURIDAD EN LA UPRES	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Implementar plan de trabajo de análisis y plan de intervención sobre información de los incidentes y eventos adversos	Jefatura de servicio pediatría, jefatura de Enfermería - jefatura enfermería pediatría	27/12/2024



*Lyndy G. Enriquez Barrios*  
ANESTESIOLOGO  
CMP- 39066 RNE 30687



*[Signature]*

*Lyndy G. Enriquez Barrios*  
ANESTESIOLOGO  
CMP- 39066 RNE 30687

*[Signature]*  
Doris Quispe Torres  
C.E. 4073818  
-C.V.P. 30843  
REDES - AZANGARO

*[Signature]*  
Doris Quispe Torres  
C.E. 4073818  
-C.V.P. 30843  
REDES - AZANGARO

*[Signature]*  
Doris Quispe Torres  
C.E. 4073818  
-C.V.P. 30843  
REDES - AZANGARO





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

PLAN DE ACCIÓN

PRESE:	COLAR OPIREDO ROVELLO	SEMESTRE:	1º	2024
UPES:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	18/12/2024	(DOMINGO)
TITULAR RESPONSABLE PRES:	M.C. BEATRIZ RAMOS LUJANCA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	DRP. JANA MARILYN GUTIERREZ ACOSTA	
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:		RESP. DE LAS UPES:	MC ANDRUELA CAMARONE	
RESP. DE SERVICIO ENFERMERIA:	DRP. MARITZA MALATESTA MONTERO	RESP. OPC. ARENAS CALIDAD:	LC. ENF. DELIA GUSPIE PARRA	
OTROS RESPONSABLES:		RESP. OPC. ARENAS CALIDAD:	MC. ALEJANDRO ABRAMIAN ORTIZ P. CLASIA PERALTA	

ALTA OBTENIDA

PROXIMIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INIDEGUO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO
28	PREVENCIÓN DEL SUICIDO Y LESIONES	Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresión.	Implementar mecanismo de información de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresión.	Jefatura de pediatría, jefatura de Enfermería - jefatura enfermedad pediatría	27/12/2024
	BIOSEGURIDAD	Disponibilidad de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	Solicitar la importancia de la disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	Jefatura de pediatría, jefatura de Enfermería - jefatura enfermedad pediatría	27/12/2024
	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (paños y tiempo).	Solicitar la importancia del cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (paños y tiempo).	Jefatura de pediatría, jefatura de Enfermería - jefatura enfermedad pediatría	27/12/2024
	HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	Realizar requerimiento de papel toalla en todos los lavamanos.	Jefatura de pediatría, jefatura de Enfermería - jefatura enfermedad pediatría	27/12/2024
	BIOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de 'Case Bundle' o Paquete de Medidas para la prevención de las IAS basadas en evidencia médica.	Implementar y publicar las medidas para la prevención de las IAS basadas en evidencia médica.	Jefatura de pediatría, jefatura de Enfermería - jefatura enfermedad pediatría	27/12/2024
	FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos).	Implementar plan de trabajo de anual de mantenimiento preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos).	Jefatura de pediatría, jefatura de Enfermería - jefatura enfermedad pediatría	27/12/2024
	FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	Verificación de que el servicio cuenta con inspecciones estructurales de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos), mediante la visualización de las respectivas etiquetas.	Solicitar cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo de todos sus equipos.	Jefatura de pediatría, jefatura de Enfermería - jefatura enfermedad pediatría	27/12/2024



Dr. J. Enriquez Battiolica  
ANESTESIOLOGO  
C.M.P. 39066 RNE 30687

Dr. J. Enriquez Battiolica  
ANESTESIOLOGO  
C.M.P. 39066 RNE 30687

Dr. J. Enriquez Battiolica  
ANESTESIOLOGO  
C.M.P. 39066 RNE 30687



Dr. J. Enriquez Battiolica  
ANESTESIOLOGO  
C.M.P. 39066 RNE 30687



Dr. J. Enriquez Battiolica  
ANESTESIOLOGO  
C.M.P. 39066 RNE 30687



Dr. J. Enriquez Battiolica  
ANESTESIOLOGO  
C.M.P. 39066 RNE 30687

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

PRESE:	VERBEBRE		N° TRIMESTRE	AÑO	SEM
UPRES:	CARLOS CORONADO ROSSELLO	FECHA APLICACIÓN:	III TRIMESTRE	2024	(DOMINGAL)
TITULAR RESPONSABLE PRES:	FATOLINA CLINICA	RESP. PROFESIONAL:	DRP. ANA MARILEY GUERRERZ ACROTA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	M.C. BERASTAIN RAMOS LUYACA	RESP. DE LA UPRES:	BOLOSIO RUSO MACINACA MACINACA		
RESP. OPERATIVO ENFERMERIA:	DR. MARITZA MALARETA MORTES	RESP. OFC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. EMP. DELIA GUARPE PARRA		
		OTROS RESPONSABLES:	M.C. BERASTAIN RIVZ ABRAMAR CHIEFEC, CLAUDIA PERLA		

PROBLEMA	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
64	SEGURIDAD EN LA UPRES	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Implementar registro físico de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial	Jefe del servicio de laboratorio	16/12/2024
65	SEGURIDAD EN LA UPRES	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Implementar plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Jefe del servicio de laboratorio	16/12/2024
66	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	publicar información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales	Jefe del servicio de laboratorio	16/12/2024
67	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPRES cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (Incluye los nuevos).	Implementar plan anual de mantenimiento preventivo de todos sus equipos biomédicos (Incluye los nuevos)	Jefe del servicio de laboratorio	16/12/2024
68	HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	Implementar papel toalla en la UPRES	Jefe del servicio de laboratorio	16/12/2024
69	HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de dispensadores con preparaciones de base alcohólica para manos.	Implementar en la upos dispensadores con preparaciones de base alcohólica para manos	Jefe del servicio de laboratorio	16/12/2024
42	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Se evidencian comunicaciones recprocas entre el jefe de la UPRES y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	Realizar seguimiento relativo a los requerimientos no atendidos mediante la dirección	Jefe del servicio de laboratorio	16/12/2024
42	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Implementar lista reactivos con fecha de vencimiento	Jefe del servicio de laboratorio	16/12/2024
42	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que al menos cuentan con equipos biomédicos de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (Incluye los nuevos), mediante la visualización de las respectivas	Implementar plan anual de mantenimiento preventivo de todos sus equipos biomédicos (Incluye los nuevos)	Jefe del servicio de laboratorio	16/12/2024
	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	capacitar en cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo)	Jefe del servicio de laboratorio	16/12/2024
	SEGURIDAD EN LA UPRES	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	socializar al personal de la UPRES sobre sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos	Jefe del servicio de laboratorio	16/12/2024

CIP: 20234

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

PRESE		TITULAR RESPONSABLE PRESE		RESP. DE ADMINISTRACIÓN	
UPSS	CARLOS CORNEJO ROMELLO	PATOLOGÍA CLÍNICA	M.C. BERENICE RAMOS LUPINCA	EMP. MARITZA MALATESTA MONTES	
FICHA APLICACION		RESP. EPIDEMIOLOGIA		OTROS RESPONSABLES	
N° TRIMESTRE		AÑO			
MAYO		2024			
EMP. ANA MARILYN GUTIERREZ ACOSTA		BIÓLOGO SUDO MACHUCA MACHUCA		LIC. EMP. DELIA GUSMÁN PARRA	
				M.C. BERENICE RAMOS LUPINCA	

ACCIONES CORRECTIVAS

PROBLEMA	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSBGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGOS)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
84	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Implementar registro físico de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Jefe del servicio de laboratorio	16/12/2024
83	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Implementar plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Jefe del servicio de laboratorio	18/12/2024
83	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	publicar información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Jefe del servicio de laboratorio	16/12/2024
83	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos).	Implementar plan anual de mantenimiento preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos)	Jefe del servicio de laboratorio	16/12/2024
84	HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	Implementar papel toalla en la UPSS	Jefe del servicio de laboratorio	18/12/2024
84	HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	Implementar en la upas dispensadores con preparados de base alcohólica para manos	Jefe del servicio de laboratorio	16/12/2024
42	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en áreas clínicas como administrativas.	Realizar seguimiento relativo a los requerimientos no atendidos mediante la dirección	Jefe del servicio de laboratorio	18/12/2024
42	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Implementar lista reactivos con fecha de vencimiento	Jefe del servicio de laboratorio	16/12/2024
	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que el servicio cuenta con equipos su vez nuevos de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos), mediante la visualización de los respectivos protocolos.	Implementar plan anual de mantenimiento preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos)	Jefe del servicio de laboratorio	18/12/2024
	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	capacitar en cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo)	Jefe del servicio de laboratorio	18/12/2024
	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	socializar al personal de la UPSS sobre sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos	Jefe del servicio de laboratorio	18/12/2024



**UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD**  
 PSICÓLOGA  
 C.M.P. 27460

**UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD**  
 C.M.P. 30885  
 B.S. EN PSICOLOGÍA

Lic. Ana M. GUSMÁN PARRA  
 C.E.P. 74428  
 ENFERMERA

Cori  
 2162771  
 C.M.P. 262741

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

FICHA DE MONITOREO

PRESE	CAROLINA CORONADO MORALES	TRIMESTRE	II TRIMESTRE	LEGO	2019
UPES	UNIVERSIDAD	FECHA APLICACIÓN	14/05/2019	MONITORIA	GRUPO 1
TOTAL RESPONSABLE PSEI	DR. JUAN CARLOS MARCHANTE PEREZ	RESP. PRESIDENTE/AS	DR. JUAN CARLOS MARCHANTE PEREZ	RESP. DE LA UPES	DR. JUAN CARLOS MARCHANTE PEREZ
RAÍF DE ADMINISTRACIÓN	DR. RAFAEL RAMÍREZ	RESP. DE LA UPES	DR. RAFAEL RAMÍREZ	RESP. DE LA UPES	DR. RAFAEL RAMÍREZ
RESP. OPERATIVOS/INFORMACIÓN	DR. RAFAEL RAMÍREZ	OTROS RESPONSABLES	DR. RAFAEL RAMÍREZ	OTROS RESPONSABLES	DR. RAFAEL RAMÍREZ

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

87%

PROBLEMA	INDICADOR DE LA ROUNDA	VERIFICACIÓN NECESARIA	ACCIONES EN SE SIGMA (DESCRIPCION)	RESPONSABLE (UPES)	PLAZO ESTIMADO	MONITORIA (SEMANAL)	IMP. RIESGO
01	PREVENCIÓN DE LA CAÍDA DEL PACIENTE	Existencia de procedimientos preventivos de caídas en todos los puntos de atención	Revisión de procedimientos preventivos de caídas en todos los puntos de atención	Jefe de la UPES, Jefe de enfermería, Jefe de enfermería	14/05/2019	20/05/2019	1
02	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	Registros completos de identificación de pacientes en todos los puntos de atención	Revisión de registros de identificación de pacientes en todos los puntos de atención	Jefe de la UPES, Jefe de enfermería, Jefe de enfermería	14/05/2019	20/05/2019	1
03	PREVENCIÓN DE LA CAÍDA DEL PACIENTE	Existencia de procedimientos preventivos de caídas en todos los puntos de atención	Revisión de procedimientos preventivos de caídas en todos los puntos de atención	Jefe de la UPES, Jefe de enfermería, Jefe de enfermería	14/05/2019	20/05/2019	1
04	PREVENCIÓN DE LA CAÍDA DEL PACIENTE	Existencia de procedimientos preventivos de caídas en todos los puntos de atención	Revisión de procedimientos preventivos de caídas en todos los puntos de atención	Jefe de la UPES, Jefe de enfermería, Jefe de enfermería	14/05/2019	20/05/2019	1
05	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	Registros completos de identificación de pacientes en todos los puntos de atención	Revisión de registros de identificación de pacientes en todos los puntos de atención	Jefe de la UPES, Jefe de enfermería, Jefe de enfermería	14/05/2019	20/05/2019	1
06	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	Registros completos de identificación de pacientes en todos los puntos de atención	Revisión de registros de identificación de pacientes en todos los puntos de atención	Jefe de la UPES, Jefe de enfermería, Jefe de enfermería	14/05/2019	20/05/2019	1
07	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	Registros completos de identificación de pacientes en todos los puntos de atención	Revisión de registros de identificación de pacientes en todos los puntos de atención	Jefe de la UPES, Jefe de enfermería, Jefe de enfermería	14/05/2019	20/05/2019	1
08	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	Registros completos de identificación de pacientes en todos los puntos de atención	Revisión de registros de identificación de pacientes en todos los puntos de atención	Jefe de la UPES, Jefe de enfermería, Jefe de enfermería	14/05/2019	20/05/2019	1
09	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	Registros completos de identificación de pacientes en todos los puntos de atención	Revisión de registros de identificación de pacientes en todos los puntos de atención	Jefe de la UPES, Jefe de enfermería, Jefe de enfermería	14/05/2019	20/05/2019	1
10	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	Registros completos de identificación de pacientes en todos los puntos de atención	Revisión de registros de identificación de pacientes en todos los puntos de atención	Jefe de la UPES, Jefe de enfermería, Jefe de enfermería	14/05/2019	20/05/2019	1

Delys Quiroga Parra  
Líder de Enfermería  
CEP: 35943  
REDESSE - ALANGUARO







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

PRESENTE	TERRESTRE	2023
COORDINADOR	COORDINADOR	COORDINADOR
COORDINADOR	COORDINADOR	COORDINADOR
COORDINADOR	COORDINADOR	COORDINADOR
COORDINADOR	COORDINADOR	COORDINADOR
COORDINADOR	COORDINADOR	COORDINADOR
COORDINADOR	COORDINADOR	COORDINADOR
COORDINADOR	COORDINADOR	COORDINADOR
COORDINADOR	COORDINADOR	COORDINADOR
COORDINADOR	COORDINADOR	COORDINADOR

PROBLEMA	RONDAS PARTICIPATIVAS	INDICADOR DE IMPLEMENTACIÓN	ACCIONES DE MONITORIO / COMPROBACIÓN	RESPONSABLES	PLAN DE MONITOREO	FECHA DE MONITOREO	ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN
01	01	79%	Acciones de monitoreo / comprobación	01	01	01	01
02	02	0%	Acciones de monitoreo / comprobación	02	02	02	02
03	03	0%	Acciones de monitoreo / comprobación	03	03	03	03
04	04	0%	Acciones de monitoreo / comprobación	04	04	04	04
05	05	0%	Acciones de monitoreo / comprobación	05	05	05	05
06	06	0%	Acciones de monitoreo / comprobación	06	06	06	06
07	07	0%	Acciones de monitoreo / comprobación	07	07	07	07
08	08	0%	Acciones de monitoreo / comprobación	08	08	08	08
09	09	0%	Acciones de monitoreo / comprobación	09	09	09	09
10	10	0%	Acciones de monitoreo / comprobación	10	10	10	10
11	11	0%	Acciones de monitoreo / comprobación	11	11	11	11
12	12	0%	Acciones de monitoreo / comprobación	12	12	12	12
13	13	0%	Acciones de monitoreo / comprobación	13	13	13	13
14	14	0%	Acciones de monitoreo / comprobación	14	14	14	14
15	15	0%	Acciones de monitoreo / comprobación	15	15	15	15
16	16	0%	Acciones de monitoreo / comprobación	16	16	16	16
17	17	0%	Acciones de monitoreo / comprobación	17	17	17	17
18	18	0%	Acciones de monitoreo / comprobación	18	18	18	18
19	19	0%	Acciones de monitoreo / comprobación	19	19	19	19
20	20	0%	Acciones de monitoreo / comprobación	20	20	20	20

*[Signature]*  
 Delia Guzmán Parra  
 Líder en Enfermería  
 CEP-25843  
 REDESS - AZANGARO







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

FICHA DE MONITOREO

PERSONA:	JUAN DE CORDERO PIRELLO	TRANSVERSAL:	SI	TIEMPO:	2018
UBICACIÓN:	CENTRO ONCOLÓGICO	ÁREA DE CALIDAD:	SI	FECHA:	2018/04/04
TITULAR RESPONSABLE Y PUESTO:	DR. LUIS RAMIRO BARRERA	RESP. OPERACIONAL:	DR. JUAN DE CORDERO PIRELLO	RESP. TÉCNICO:	DR. JUAN DE CORDERO PIRELLO
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	DR. ROBERTO RAMÍREZ	RESP. DE LA UPEL:	DR. JUAN DE CORDERO PIRELLO	RESP. DE LA UPEL:	DR. JUAN DE CORDERO PIRELLO
RESP. OPTIMIZACIÓN PROCESOS:	DR. MARTÍN MALDONADO	RESP. DE LA UPEL:	DR. JUAN DE CORDERO PIRELLO	RESP. DE LA UPEL:	DR. JUAN DE CORDERO PIRELLO
		OTROS RESPONSABLES:	DR. JUAN DE CORDERO PIRELLO	OTROS RESPONSABLES:	DR. JUAN DE CORDERO PIRELLO

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

63%

PRINCIPIO	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICACIONES NECESARIAS	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE	PLAZO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE VERIFICACIÓN	FECHA DE CUMPLIMIENTO
01	IDENTIFICACIÓN	Se realiza la identificación de los "Cero Cero" a través de la "Hoja de Identificación de Riesgos" en todos los casos.	Implementación de la "Hoja de Identificación de Riesgos" en todos los casos.	Identificación de riesgos y planes de acción.	01/04/2018	01/04/2018	01/04/2018	01/04/2018
02	PREVENCIÓN DE LA UPEL	Se realiza la identificación de riesgos y planes de acción en todos los casos.	Implementación de la "Hoja de Identificación de Riesgos" en todos los casos.	Identificación de riesgos y planes de acción.	01/04/2018	01/04/2018	01/04/2018	01/04/2018
03	IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS	Se realiza la identificación de riesgos y planes de acción en todos los casos.	Implementación de la "Hoja de Identificación de Riesgos" en todos los casos.	Identificación de riesgos y planes de acción.	01/04/2018	01/04/2018	01/04/2018	01/04/2018
04	IDENTIFICACIÓN DE LA RIESGOS	Se realiza la identificación de riesgos y planes de acción en todos los casos.	Implementación de la "Hoja de Identificación de Riesgos" en todos los casos.	Identificación de riesgos y planes de acción.	01/04/2018	01/04/2018	01/04/2018	01/04/2018
05	ANÁLISIS DE RIESGOS	Se realiza la identificación de riesgos y planes de acción en todos los casos.	Implementación de la "Hoja de Identificación de Riesgos" en todos los casos.	Identificación de riesgos y planes de acción.	01/04/2018	01/04/2018	01/04/2018	01/04/2018
06	IDENTIFICACIÓN DE LA UPEL	Se realiza la identificación de riesgos y planes de acción en todos los casos.	Implementación de la "Hoja de Identificación de Riesgos" en todos los casos.	Identificación de riesgos y planes de acción.	01/04/2018	01/04/2018	01/04/2018	01/04/2018
07	IDENTIFICACIÓN DE LA RIESGOS	Se realiza la identificación de riesgos y planes de acción en todos los casos.	Implementación de la "Hoja de Identificación de Riesgos" en todos los casos.	Identificación de riesgos y planes de acción.	01/04/2018	01/04/2018	01/04/2018	01/04/2018
08	IDENTIFICACIÓN DE LA RIESGOS	Se realiza la identificación de riesgos y planes de acción en todos los casos.	Implementación de la "Hoja de Identificación de Riesgos" en todos los casos.	Identificación de riesgos y planes de acción.	01/04/2018	01/04/2018	01/04/2018	01/04/2018
09	IDENTIFICACIÓN DE LA RIESGOS	Se realiza la identificación de riesgos y planes de acción en todos los casos.	Implementación de la "Hoja de Identificación de Riesgos" en todos los casos.	Identificación de riesgos y planes de acción.	01/04/2018	01/04/2018	01/04/2018	01/04/2018
10	IDENTIFICACIÓN DE LA RIESGOS	Se realiza la identificación de riesgos y planes de acción en todos los casos.	Implementación de la "Hoja de Identificación de Riesgos" en todos los casos.	Identificación de riesgos y planes de acción.	01/04/2018	01/04/2018	01/04/2018	01/04/2018
11	IDENTIFICACIÓN DE LA RIESGOS	Se realiza la identificación de riesgos y planes de acción en todos los casos.	Implementación de la "Hoja de Identificación de Riesgos" en todos los casos.	Identificación de riesgos y planes de acción.	01/04/2018	01/04/2018	01/04/2018	01/04/2018
12	IDENTIFICACIÓN DE LA RIESGOS	Se realiza la identificación de riesgos y planes de acción en todos los casos.	Implementación de la "Hoja de Identificación de Riesgos" en todos los casos.	Identificación de riesgos y planes de acción.	01/04/2018	01/04/2018	01/04/2018	01/04/2018



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

PRESTE:	CLÍNICA COMPLEJO INTEGRAL	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2018
OPERA:	UNIDAD FUNCIONAL	ÁREA APLICACIÓN:	SEG. DEL PACIENTE	SECCIÓN:	OPERACIONES
TRÁMITE/PROCESO/ACTIVIDAD:	SE. C. RESERVAS EMERGENCIAS	RESP. ENCARGADO:	DR. JUAN ANTONIO VILLALBA	RESP. DE LA OPERACIÓN:	DR. JORGE LUIS CARRERA
RESP. DE IMPLEMENTACIÓN:	DR. JORGE LUIS CARRERA	RESP. DE LA OPERACIÓN:	DR. JORGE LUIS CARRERA	RESP. DE LA OPERACIÓN:	DR. JORGE LUIS CARRERA
RESP. DE MONITOREO/SEGUIMIENTO:	DR. JORGE LUIS CARRERA	RESP. DE LA OPERACIÓN:	DR. JORGE LUIS CARRERA	RESP. DE LA OPERACIÓN:	DR. JORGE LUIS CARRERA

ACTIVIDADES DE MEDICINA COMPLEMENTARIA

PROCESO	INDICADORES	VERIFICACIONES	ACTIVIDADES DE MEDICINA COMPLEMENTARIA	INDICADORES CLAVE	PLAZO (FECHAS)	INDICADOR IMPLEMENTACIÓN
01	PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR	Existencia de procedimientos y protocolos de atención en caso de fuga de pacientes	Existencia de protocolos de atención en caso de fuga de pacientes	Índice de atención (Atención) (Puntaje)	01/11/2018	0
02	RESERVA DE CAMAS	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Índice de atención (Atención) (Puntaje)	01/11/2018	0
03	RESERVA DE CAMAS	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Índice de atención (Atención) (Puntaje)	01/11/2018	0
04	RESERVA DE CAMAS	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Índice de atención (Atención) (Puntaje)	01/11/2018	0
05	RESERVA DE CAMAS	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Índice de atención (Atención) (Puntaje)	01/11/2018	0
06	RESERVA DE CAMAS	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Índice de atención (Atención) (Puntaje)	01/11/2018	0
07	RESERVA DE CAMAS	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Índice de atención (Atención) (Puntaje)	01/11/2018	0
08	RESERVA DE CAMAS	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Índice de atención (Atención) (Puntaje)	01/11/2018	0
09	RESERVA DE CAMAS	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Índice de atención (Atención) (Puntaje)	01/11/2018	0
10	RESERVA DE CAMAS	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Índice de atención (Atención) (Puntaje)	01/11/2018	0
11	RESERVA DE CAMAS	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Índice de atención (Atención) (Puntaje)	01/11/2018	0
12	RESERVA DE CAMAS	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Índice de atención (Atención) (Puntaje)	01/11/2018	0
13	RESERVA DE CAMAS	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Índice de atención (Atención) (Puntaje)	01/11/2018	0
14	RESERVA DE CAMAS	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Índice de atención (Atención) (Puntaje)	01/11/2018	0
15	RESERVA DE CAMAS	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Índice de atención (Atención) (Puntaje)	01/11/2018	0
16	RESERVA DE CAMAS	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Índice de atención (Atención) (Puntaje)	01/11/2018	0
17	RESERVA DE CAMAS	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Índice de atención (Atención) (Puntaje)	01/11/2018	0
18	RESERVA DE CAMAS	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Índice de atención (Atención) (Puntaje)	01/11/2018	0
19	RESERVA DE CAMAS	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Índice de atención (Atención) (Puntaje)	01/11/2018	0
20	RESERVA DE CAMAS	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Existencia de procesos de implementación, actualización de acuerdo a necesidades de pacientes	Índice de atención (Atención) (Puntaje)	01/11/2018	0

80%



*[Signature]*  
 Dra. J. J. J. J.  
 Lic. en F. Farmacia  
 C.P. 2043  
 HOGAR - ZANGARZO



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

PRESENTE:	CARLOS CORNEJO BUSTILLO	PRESENTE:	IV TRIMESTRE	SECTOR:	SENA
URTEL:	HOSPITAL SAN JUAN	FORMA DE APLICACIÓN:	SENA	ESTACION:	ECOMERCALLA
TITULAR/ENCARGADO DEL PROCESO:	S.C. BEBATHAN RAMOS LUGO	SENA PERIÓDICO:	SENA	SENA PERIÓDICO:	SENA
SECTOR DE ADMINISTRACIÓN:	SENA	SENA PERIÓDICO:	SENA	SENA PERIÓDICO:	SENA
SECTOR DE ATENCIÓN:	SENA	SENA PERIÓDICO:	SENA	SENA PERIÓDICO:	SENA
SECTOR DE ATENCIÓN:	SENA	SENA PERIÓDICO:	SENA	SENA PERIÓDICO:	SENA

63%

PROCESO	SEÑALES DE ALARMA	INDICADORES DE RIESGO	ACCIONES DE MANEJO / CORRECTIVAS	SEÑALES DE ALARMA (CLASIFICACIÓN)	FECHA DE MONITOREO	SEÑALES DE ALARMA (CLASIFICACIÓN)
1	SEÑAL DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	01/12/2020	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA
2	SEÑAL DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	01/12/2020	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA
3	SEÑAL DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	01/12/2020	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA
4	SEÑAL DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	01/12/2020	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA
5	SEÑAL DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	01/12/2020	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA
6	SEÑAL DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	01/12/2020	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA
7	SEÑAL DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	01/12/2020	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA
8	SEÑAL DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	01/12/2020	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA
9	SEÑAL DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	01/12/2020	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA
10	SEÑAL DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	01/12/2020	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA
11	SEÑAL DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	01/12/2020	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA
12	SEÑAL DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	01/12/2020	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA
13	SEÑAL DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	01/12/2020	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA
14	SEÑAL DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	01/12/2020	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA
15	SEÑAL DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	01/12/2020	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA
16	SEÑAL DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	01/12/2020	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA
17	SEÑAL DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	01/12/2020	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA
18	SEÑAL DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	01/12/2020	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA
19	SEÑAL DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	01/12/2020	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA
20	SEÑAL DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA	01/12/2020	SEÑALES DE ALARMA: SEÑALES DE ALARMA

  
 Delia Rodríguez  
 Lic. en Enfermería  
 CEP. 35843  
 REDESS - AZANGARDO



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



FICHA DE MONITOREO

PACIENTE	CARLES CORONADO BUSTILLO	TRANSFERENTE	N° TRANSFERENCIA	LABO	2014
UPEL	HOSPITALIZACIONES	FECHA APLICACION	REP. ANOMALIAS	REP. MAL MANEJO O FALTA DE MANEJO	COMENTARIOS
UPEL	HOSPITALIZACIONES	REP. DE LA RIESG	REP. ANOMALIAS	REP. MAL MANEJO O FALTA DE MANEJO	COMENTARIOS
REP. DE MANEJO	REP. DE MANEJO	REP. DE MANEJO	REP. DE MANEJO	REP. DE MANEJO	REP. DE MANEJO
REP. DE MANEJO	REP. DE MANEJO	REP. DE MANEJO	REP. DE MANEJO	REP. DE MANEJO	REP. DE MANEJO
REP. DE MANEJO	REP. DE MANEJO	REP. DE MANEJO	REP. DE MANEJO	REP. DE MANEJO	REP. DE MANEJO

82%

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
1	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
2	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
3	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
4	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
5	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
6	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
7	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
8	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
9	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
10	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
11	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
12	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
13	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
14	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
15	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
16	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
17	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
18	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
19	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
20	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
21	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
22	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
23	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
24	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
25	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
26	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
27	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
28	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
29	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
30	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR





UNIDAD REGIONAL 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

PRESENTE	CARLOS GONZALEZ BERRIOLO	TRANSICIÓN	IV TRANSICIÓN	ASIS
LUGAR	HOSPITALIZACIÓN	FECHA OBSERVACIÓN	ASIS	2017
TITULAR ADMINISTRATIVO / PRESIDENTE	M. E. BERRIOLO RAMIRO LÓPEZ	RESP. ASISTENCIAL	DR. ANA ROSALBA ESTEBAN DE LA CRUZ	COORDINADORA
RESP. DE CALIDAD (RONDAS)		RESP. DE LA UNID.	DR. JUAN CARLOS	
RESP. OPTIMIZACIÓN DE SERVICIOS	DR. ANASTASIO GALATEA MONTES	RESP. DE CALIDAD CALIDAD	DR. JUAN CARLOS	
		OTROS RESPONSABLES	DR. JUAN CARLOS	

80%

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

INDICADOR	BARRAS PRÁCTICAS	IMPLEMENTACIÓN TEÓRICA	ACTIVIDADES DE MONITOREO / CORRECTIVAS	RESPONSABLES (PERSONAS)	FECHA OBSERVACIÓN	SEGUIMIENTO TECNOLÓGICO	IMPLEMENTACIÓN
01	01 SEGURIDAD	Identificación de riesgos latentes de seguridad del paciente	Se realiza la implementación y se genera el registro de incidentes latentes de seguridad en la clínica	Se realiza la implementación y se genera el registro de incidentes latentes de seguridad en la clínica	20/12/2016	20/12/2016	SI
02	02 RIESGO DE CAÍDA	Completar el formulario de riesgo de caídas en todos los pacientes	Se realiza la implementación del formulario de riesgo de caídas en todos los pacientes	Se realiza la implementación del formulario de riesgo de caídas en todos los pacientes	20/12/2016	20/12/2016	SI
03	03 RIESGO DE INFECCIÓN	Implementación de protocolos de higiene de las manos	Se realiza la implementación de los protocolos de higiene de las manos	Se realiza la implementación de los protocolos de higiene de las manos	20/12/2016	20/12/2016	SI
04	04 RIESGO DE LESIONES	El personal de enfermería se capacita en el uso de "Cintas Bariatricas"	Se realiza la capacitación del personal de enfermería en el uso de "Cintas Bariatricas"	Se realiza la capacitación del personal de enfermería en el uso de "Cintas Bariatricas"	20/12/2016	20/12/2016	SI
05	05 RIESGO DE LESIONES	Implementación de protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	20/12/2016	20/12/2016	SI
06	06 RIESGO DE LESIONES	Implementación de protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	20/12/2016	20/12/2016	SI
07	07 RIESGO DE LESIONES	Implementación de protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	20/12/2016	20/12/2016	SI
08	08 RIESGO DE LESIONES	Implementación de protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	20/12/2016	20/12/2016	SI
09	09 RIESGO DE LESIONES	Implementación de protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	20/12/2016	20/12/2016	SI
10	10 RIESGO DE LESIONES	Implementación de protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	20/12/2016	20/12/2016	SI
11	11 RIESGO DE LESIONES	Implementación de protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	20/12/2016	20/12/2016	SI
12	12 RIESGO DE LESIONES	Implementación de protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	20/12/2016	20/12/2016	SI
13	13 RIESGO DE LESIONES	Implementación de protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	20/12/2016	20/12/2016	SI
14	14 RIESGO DE LESIONES	Implementación de protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	20/12/2016	20/12/2016	SI
15	15 RIESGO DE LESIONES	Implementación de protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	20/12/2016	20/12/2016	SI
16	16 RIESGO DE LESIONES	Implementación de protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	20/12/2016	20/12/2016	SI
17	17 RIESGO DE LESIONES	Implementación de protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	20/12/2016	20/12/2016	SI
18	18 RIESGO DE LESIONES	Implementación de protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	20/12/2016	20/12/2016	SI
19	19 RIESGO DE LESIONES	Implementación de protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	20/12/2016	20/12/2016	SI
20	20 RIESGO DE LESIONES	Implementación de protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	Se realiza la implementación de los protocolos de seguridad de los pacientes	20/12/2016	20/12/2016	SI


  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE CALIDAD EN SALUD  
 UNIDAD REGIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD  
 C.E. 25843  
 SEDES: ZANGABO





G. REVILLAS

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO
	Equipos biomédicos acreditados según la correspondencia a la UFGS y de acuerdo al nivel de complejidad	Verificar existencia de equipos biomédicos.	RM N° 494-2011-MINSA aprobada RTD N° 021-MINSA-GOSP V.03 Norma Técnica de Salud Cargamos de Equipos médicos del Sector Salud.	X	
	Equipos biomédicos operativos según la correspondencia a la UFGS y de acuerdo al nivel de complejidad	Verificar operatividad de equipos biomédicos.	RM N° 455-2007-MINSA aprobada NTS N° 056-MINSA-GOSP V.03 Norma Técnica de Salud para la Activación de Equipos médicos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.	X	
	Verificación del cumplimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad	Utilización de equipos biomédicos por el profesional de la salud según el caso.		X	
	Verificación de que la UFGS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos).	Verificación de la existencia del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo.			
	Verificación de que la UFGS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos), mediante la actualización de las respectivas tarjetas.	Existencia de equipos biomédicos según el caso y contar con el historial del plan anual de mantenimiento.	CG N° 013-2005-SA, Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.	X	

*Falta Monitor de JVs y Capacitación del equipo Monitor de JVs.  
Establecer base de datos en Equipo - Sala de Intubación - Sala Pando.*

Hilda Culla Tinajeros  
OBSTETRA  
COP 8507

N. JESS AZANGARO  
HOSPITAL C.C.R.V. AZANGARO

*Hilda Culla Tinajeros*  
J.C. MATIIZA MALATESTA MONTES  
JEFE DE ENFERMERIA  
C.E.P. 11542

*J. Lidia F. Lyphica Brito*  
MEDICINA  
C.M.P. 080328

*[Signature]*  
CASA  
CASA VIZCARRA  
CASA VIZCARRA  
CASA VIZCARRA

*[Signature]*

*[Signature]*  
CASA VIZCARRA  
CASA VIZCARRA  
CASA VIZCARRA





LISTA DE CHEQUEO PARA EVALUAR LA HIGIENE DE MANOS

IPRESS: HOSPITAL C-C.R.V.  
 Servicio: centro obstetrico Fecha: 11/09/2024  
 Personal Médico ( ), Enfermera ( ), Tec. de Enfermería ( ), Otros (X). Especificar: obstetric  
 Tipo de Higiene con: Agua y Jabón ( ), Alcohol gel ( )  
**MARCAR SEGÚN CORRESPONDA:**

CONSIDERACIONES			
	SI	NO	No Aplica
Se observa uñas cortas y limpias	X		
Se observa uñas pintadas	X		
Se observa manos libres de accesorios (reloj, anillos, pulseras, etc.)	X		
Se observa las mangas arriba de los codos	X		
TECNICA DEL LAVADO DE MANOS			
0. Se observa mojar sus manos y muñecas			
1. Se observa aplicar el jabón en cantidad suficiente	X		
2. Se observa friccionar las palmas de manos entre si	X		
3. Se observa friccionar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa	X		
4. Se observa friccionar las palmas de las manos entre si, con los dedos entrelazados	X		
5. Se observa friccionar el dorso de los dedos de una mano y viceversa	X		
6. Se observa friccionar el pulgar con movimientos de rotación de una mano atrapando con la palma de la mano derecha y viceversa			
7. Se observa friccionar pulpejo de los dedos contra la palma y viceversa	X		
8. Se observa enjuagar con abundante agua desde la yema de los dedos	X		
9. Se observa que inicia el secado de las manos desde la yema y la palama de los dedos, con papel toalla (sin regresar)	X		
10. Se observa que dividió el papel toalla para cerrar el grifo	X		
11. Se observa desechar el papel toalla al tacho en bolsa negra	X		
Tiempo del Procedimiento del lavado clínico (40 - 60 segundos)		X	
LOS CINCO MOMENTOS DEL LAVADO DE MANOS			
Se observa que se lavo las manos antes de atender al paciente	X		
Se observa que se lavo las manos después de atender al paciente	X		
Se observa que se lavó las manos antes de realizar procedimientos con técnicas asépticas	X		
Se observa que se lavó las manos después de una exposición o contacto con fluidos corporales	X		
Se observa que se lavó las manos después de un contacto la unidad del paciente	X		
INSUMOS			
¿Hay jabón en el dispensador?		X	
¿Hay papel toalla en el dispensador?		X	
¿Funcionan correctamente los dispensadores?		X	
¿Esta visible el afiche de la técnica correcta del lavado de manos?	X		
¿Cuenta con tachos con bolsa negra?	X		
¿Cuenta con dispensador de jabón?	X		



