



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección Regional de Salud Puno

Red de Salud El Collao

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

Dirección Regional de Salud Puno
TRAMITE DOCUMENTARIO

16 DIC 2024

OFICIO N° 1059 - 2024 -GR /DIRESA -PUNO /RED DE SALUD EL COLLAO-DIR

SEÑOR : M.C. JEAN PAUL GUILLERMO VALENCIA REYNOSO
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD PUNO

Hora 14:30 Fecha 26
Control de Recepción

ATENCION : GILBERTO JAEN BALDARRAGO
DIRECCION DE GESTION CALIDAD DIRESA PUNO

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

FECHA : ILAVE 13 de diciembre del 2024

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

ADJUNTO INFORME TECNICO

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

Atentamente.


DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
Lina Flores Butrón
COP. 44715
DIRECTOR

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

A : CD. LUIS PONCE BUTRON
DIRECTOR DE RED DE SALUD EL COLLAO

DE : OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

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

FECHA : 13 de DICIEMBRE del 2024

I. ANTECEDENTES:

Antecedentes legales y normativos nacionales e institucionales.

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

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

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

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

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

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

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

DATOS GENERALES:

1.1 Institucional, departamento y servicio

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

1.2 Equipo de Rondas de Seguridad reconocido con Acto Resolutivo





PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección Regional de Salud Puno

Red de Salud El Collao

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

OFICIO N° 034-2024-GRPUNO /GRDS/DIRESA/RS EL COLLAO-DIR.

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

ATENCION : M.C. BELINDA HUANCAPAZA ONOFRE
DIRECCION DE GESTION CALIDAD DIRESA PUNO

PUNO

ASUNTO : REMITO RD, EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD
Ilave, 25 de enero del 2024

Es grato dirigirme a usted con la finalidad de saludarlo y al mismo tiempo hacerle alcance del RESOLUCION DIRECTORAL DE CONFORMACION "EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL II -I ILAVE" según cumplimiento de la DS.N°92-MINSA/2020/DGAIN, RM N° 163-2020-MINSA, para el cumplimiento de criterios de evaluación de las buenas prácticas de la atención de la salud.

Adjunto RD. Conformación "equipo de seguridad del paciente hospital II-I ILAVE"

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

Atentamente,

C.C. Arh.
MC/edem
Adjunto: 02 Folios

GOBIERNO REGIONAL PUNO

 MC. Wilfredo Alvarado Cáceres
 C.M.P. 70099
 DIRECTOR

Dirección Regional de Salud Puno
 TRAMITE DOCUMENTARIO
 26 ENE 2024
 Firma: _____ Hora: 11:30 Póts: 02
 Control de Recepción



Resolución Directoral

Ilave, 25 de enero del 2024.

VISTOS: El Expedientes Administrativos N° 0457-2024, contiene el Oficio N.° 002-2024 DIRESA-PUNO/RED SALUD- -EL -COLLAO-GC Y SS, con asunto "Conformación de equipo de Rondas de seguridad del paciente del Hospital II-1 año 2024 de la Red Salud Collao" mediante MEMORÁNDUM N° 075-2024-GR PUNO/GRDS/DIRESA/RS EL COLLAO/D; fs. 04;

CONSIDERANDO:

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" con el objetivo de establecer los principios, normas, metodologías y procesos para, la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad de Salud", en su Octava Política Nacional de Calidad de la Atención de Salud, establece que las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de: la atención de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 92- MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria Rondas Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud" que, en documento adjunto, forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial. Con la finalidad de contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPRESSS públicas, privadas y mixtas del Sector Salud;

Que, en las Disposiciones Específicas de la referida directiva Sanitaria, establece la conformación del Equipo de Rondas de Seguridad de Pacientes, precisando que deberá ser reconocido oficialmente mediante documentos resolutorios por el Titular como responsable de la IPRESS y deberá ser actualizado anualmente, asimismo determina las funciones que deben cumplir los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente;

Que, en mérito a lo señalado en los considerandos precedentes, resulta pertinente adoptar las acciones necesarias para la conformación del EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL II-1 ILAVE , a fin de contribuir con la disminución de los riesgos durante la atención de salud;

Que, mediante documento de Visto, el Director del Hospital II-1 Ilave , presenta la propuesta de los integrantes para la Conformación de equipo de Rondas de seguridad del paciente del Hospital II-1 año 2024 de la Red Salud Collao", para el periodo 2024, quienes tendrían las siguientes funciones:

- ✓ El secretario técnico en coordinación con los demás miembros del equipo elabora el cronograma anual de rondas de seguridad del paciente.
- ✓ El líder del equipo debe convocar a los miembros del equipo, según el cronograma aprobado.
- ✓ El secretario técnico del equipo, se encarga del registro y custodia de la información relacionadas a las rondas de seguridad del paciente, así como, de todas aquellas acciones propias de su cargo.
- ✓ Todos los miembros del equipo firman la hoja de resultados de evaluación obtenida de cada ronda de seguridad del paciente aplicado.
- ✓ El secretario técnico, debe elaborar el informe respectivo de la ronda de seguridad del paciente aplicado y elevarlo al despacho de la máxima autoridad o titular de la IPRESS, según corresponda.
- ✓ El secretario técnico, comunica a los responsables de la UPSS involucradas, las acciones inseguras encontradas en la atención del paciente, así como las recomendaciones respectivas para el monitoreo e implementación de las mismas, según plazos establecidos en el plan de acción.
- ✓ Mantener coordinaciones permanentes con la oficina de gestión de calidad de la RED DE SALUD EL COLLAO.





Resolución Directoral

Ilave, 25 de enero del 2024.

-2-

En uso de facultades y atribuciones conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección de Red de Salud El Collao y en su condición de entidad Tipo B contenida en la RGGR N° 493-2015-GGR-GR Puno;

Con la Visación de la Oficina de Administración y de Asesoría Legal de la Red de Salud El Collao;

SE RESUELVE:

ARTICULO 1°.- CONFORMAR, *el equipo de Rondas de seguridad del paciente del Hospital II-1 año 2024 de la Red Salud Collao* el cual estará integrado por los siguientes servidores:

N°	NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	INTEGRANTES	RESPONSABILIDAD
1	Franklyn Macutela Ventura	Medico	Director del Hospital II-1 Ilave	presidente
2	Giovana G.Ruelas Garavito	Enfermera	Responsable de Calidad Hospital II-1 Ilave	secretaria
3	Cesar Augusto Beltran Romos	Asist. Administ. I	Administrador Hospital II-1 Ilave	miembro
4	Giovana G.Ruelas Garavito	Enfermera	Responsable de Epidemiología Hospital II-1 Ilave	miembro
5	Bertha P. Mendoza yujra	Enfermera	Jefatura Departamento de Enfermería II-1 Ilave	miembro
6	Heyder D.Pineda Arce	Quimico Farmacéutico	Responsable Ups Farmacia II-1 Ilave	miembro

ARTICULO 2°.- NOTIFICAR, la transcripción a todos los integrantes del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital II-1 Ilave para el periodo 2024, y las instancias administrativas pertinentes para los fines correspondientes.

ARTICULO 3°.- DISPONER, que todas las Dependencias Administrativas de la Red de Salud El Collao, brinden las facilidades necesarias a fin que los integrantes del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital II-1 Ilave para el periodo 2024 realicen sus funciones, con sujeción a las disposiciones contenidas en 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"*

Regístrese y Comuníquese,

(Sello y Fdo) Méd. Jimmy NINA CACERES- director de la Red de Salud El Collao. Lo que transcribo a Usted; para su cumplimiento y demás fines de Ley.

Atentamente,



Lissette Córdova Vizcarra
Abog. Lissette Córdova Vizcarra
CAP. N° 5321
UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección Regional de Salud Puno

Red de Salud El Collao

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

OFICIO N° 085-2024-GRPUNO /GRDS/DIRESA/RS EL COLLAO-DIR.



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

ATENCION : M.C. BELINDA HUANCAPAZA ONOFRE
DIRECCION DE GESTION CALIDAD DIRESA PUNO

PUNO
ASUNTO : REMITO CRONOGRAMA RONDAS DE SEGURIDAD
Ilave, 25 de enero del 2024

Es grato dirigirme a usted con la finalidad de saludarlo y al mismo tiempo hacerle alcance del CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL II -I ILAVE según cumplimiento de la DS.N°92-MINSA/2020/DGAIN, RM N° 163-2020-MINSA, para el cumplimiento de criterios de evaluación de las buenas prácticas de la atención de la salud .

Adjunto cronograma de rondas de seguridad del paciente hospital II-I ILAVE

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

Atentamente,

Gobierno Regional Puno
DIRECCION
MC. Jimmy Nina Cáceres
C.M.P. 10090
DIRECTOR

C.C. Arlt,
MC/yctm
Adjunto: 02 folios

02



Resolución Directoral

Ilave, 25 de enero del 2024.

VISTOS: El Expedientes Administrativos N° 0458-2024, contiene el Oficio N.º 003-2024 DIRESA-PUNO/RED SALUD- -EL-COLLAO-GC Y SS, con asunto aprobación de "Cronogramas de Rondas de seguridad del paciente del Hospital II-1 año 2024 de la Red Salud Collao" mediante MEMORÁNDUM N° 076-2024-GR PUNO/GRDS/DIRESA/RS EL COLLAO/D; fs. 04;

CONSIDERANDO:

Que, las autoridades administrativas deben actuar con respecto a la Constitución, a la ley y al derecho dentro de las facultades que le estén atribuidas y de acuerdo con los fines para los fines que le fueron conferidos, de conformidad con lo previsto en el Artículo VI del Título preliminar del texto único ordenado de la ley N°27444 Ley de procedimientos Administrativos general aprobado mediante Decreto Supremo N°004-2019-JUS.

Que, ése sentido al momento de emitir un acto administrativo las autoridades administrativas deben actuar conforme al marco legal vigente teniendo en cuenta que sus declaraciones producen efectos jurídicos respecto los intereses, obligatorios o derecho de un administrativos, tal como se encuentra previsto en el artículo 1° del texto Único ordenado de la ley N°27444 Ley procedimientos Administrativos en General.

Que el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad,

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad de Salud", en su Octava Política Nacional de Calidad de la Atención de Salud, establece que las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de: la atención de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA, de fecha 02 de abril del 2020 se aprobó la Directiva Sanitaria N° 92- MINS/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria Ronda Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud" teniendo como objetivo establecer las disposiciones para las implementaciones de las rondas de seguridad del paciente como herramienta de gestión de riesgo que, forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial. Con la finalidad de contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPRESSS públicas, privadas y mixtas del Sector Salud.

Que, en las Disposiciones Específicas de la referida directiva Sanitaria, establece elaborar el cronograma de Rondas de Seguridad de Pacientes, precisando que deberá ser reconocido oficialmente mediante documentos resolutivos por el Titular como responsable de la IPRESS y deberá ser actualizado anualmente, asimismo determina las funciones que deben cumplir los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente;

Que, mediante documento de Visto, unidad de gestión de calidad, solicita se emita acto resolutivo a fin de aprobar el "Cronogramas de Rondas de seguridad del paciente del Hospital II-1 año 2024 de la Red Salud Collao", presenta la propuesta, para el periodo 2024.

Que, en mérito a lo señalado en los considerandos precedentes, resulta pertinente adoptar las acciones necesarias para realizar las Rondas de Seguridad del Paciente, a fin de contribuir con la disminución de los riesgos durante la atención de salud;

En uso de facultades y atribución conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección de Red de Salud El Collao y en su condición de entidad Tipo Contenida en la RGGR N° 493-2015-GGR-GR PUNO.





Resolución Directoral

Ilave, 25 de enero del 2024.

-2-

SE RESUELVE:

ARTICULO 1°.- APROBAR, "*Cronogramas de Rondas de seguridad del paciente del Hospital II-1 año 2024 de la Red Salud Collao*", documento que, como ANEXO, forma parte integrante de la siguiente Resolución Directoral el cual estará integrado por los siguientes servidores:

ARTICULO 2°.- NOTIFICAR, la presente resolución directoral a transcripción a las instancias administrativas pertinentes para los fines correspondientes

ARTICULO 3°.- DISPONER, que todas las Dependencias Administrativas de la Red de Salud El Collao, brinden las facilidades necesarias a fin cumplir con el cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital II-1 Ilave para el periodo 2024 realicen sus funciones, con sujeción a las disposiciones contenidas en 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*"

Regístrese y Comuníquese,

(Sello y Fdo) Méd. Jimmy NINA CACERES- director de la Red de Salud El Collao. Lo que transcribo a Usted; para su cumplimiento y demás fines de Ley.

Atentamente.



Abog. Lisette Carolina Vizcarra
Abog. Lisette Carolina Vizcarra
CAP. N° 5321
UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS



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

IPRES: HOSPITAL DE APOYO II-1 ILAVE

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

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

MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	15/05/2024	11:00 a. m.	RONDA 1	12/06/2024	10:30 a. m.	RONDA 1	10/07/2024	11:00 a. m.	RONDA 1	14/08/2024	10:30 a. m.
RONDA 2			RONDA 2			RONDA 2			RONDA 2		

SETIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	12/09/2024	11:00 a. m.	RONDA 1	10/10/2024	10:30 a. m.	RONDA 1	13/11/2024	11:00 a. m.	RONDA 1	14/12/2024	10:30 a. m.
RONDA 2			RONDA 2			RONDA 2			RONDA 2		

MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD - PERU
 15 de Julio de 2024
 Dr. Franklyn Macutela Ventura
 C.E.P. 32463



RESPONSABLE DE LA CALIDAD
 ENFERMERIA
 C.E.P. 32463



RESP. JEFATURA DE ENFERMERIA
 ENFERMERIA
 C.E.P. 32463

**II. ANÁLISIS:****2.1 RESULTADOS:**

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

SERVICIO DE HOSPITALIZACION

FECHA	UPSS	% DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS	RESULTADO DE VALORACIÓN DE RIESGO (*Escala referencial)
10/07/2024	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	67%	RIESGO IMPORTANTE
14/08/2024	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	88%	RIESGO MODERADO
12/09/2024	COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	RIESGO MODERADO
10/10/2024	HIGIENE DE MANOS	75%	RIESGO IMPORTANTE
13/11/2024	BIOSEGURIDAD	88%	RIESGO MODERADO
12/12/2024	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	RIESGO INTOLERABLE
II SEMESTRE	PROMEDIO	78%	

SERVICIO CENTRO OBSTETRICO

FECHA	UPSS	% DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS	RESULTADO DE VALORACIÓN DE RIESGO (*Escala referencial)
12/09/2024	COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	RIESGO MUY BAJO
10/10/2024	HIGIENE DE MANOS	86%	RIESGO MODERADO
13/11/2024	BIOSEGURIDAD	88%	RIESGO MODERADO
12/12/2024	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	RIESGO INTOLERABLE
II SEMESTRE	PROMEDIO	81 %	

SERVICIO CENTRO QUIRURGICO



FECHA	UPSS	% DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS	RESULTADO DE VALORACIÓN DE RIESGO (*Escala referencial)
12/09/2024	COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	RIESGO MUY BAJO
10/10/2024	HIGIENE DE MANOS	86%	RIESGO MODERADO
13/11/2024	BIOSEGURIDAD	88%	RIESGO MODERADO
12/12/2024	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	RIESGO INTOLERABLE
II SEMESTRE	PROMEDIO	81%	

SERVICIO DE EMERGENCIA

FECHA	UPSS	% DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS	RESULTADO DE VALORACIÓN DE RIESGO (*Escala referencial)
10/07/2024	REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	87%	RIESGO MODERADO
10/07/2024	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	64%	RIESGO INTOLERABLE
14/08/2024	IDENTIFICACIÓN CORRECTA	57%	RIESGO INTOLERABLE
14/08/2024	PREVENCIÓN DE FUGA	67%	RIESGO IMPORTANTE
12/09/2024	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	RIESGO MODERADO
12/09/2024	PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	82%	RIESGO MODERADO
12/09/2024	SEGURIDAD SEXUAL	60%	RIESGO INTOLERABLE
10/10/2024	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	56%	RIESGO INTOLERABLE
10/10/2024	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	63%	RIESGO INTOLERABLE
13/11/2024	COMUNICACIÓN EFECTIVA	80%	RIESGO IMPORTANTE
13/11/2024	HIGIENE DE MANOS	75%	RIESGO IMPORTANTE
12/12/2024	BIOSEGURIDAD	63%	RIESGO INTOLERABLE
12/12/2024	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	RIESGO INTOLERABLE
II SEMESTRE	PROMEDIO	70%	RIESGO INTOLERABLE

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

Descriptivo: describir los resultados registrados en la tabla

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





UPSS	Nivel de atención	Reg. H.C	Seg. UPSS	Ident. Corre.	Prev. Fuga.	Seg. Medic	Prev. Caída	Seg. Sex.	Pre v. UP P	Prev. Suicid .	Com. Efec.	Hig. Man	Bio s	Fun c. Equip	% Total
HOSPITALIZACIÓN	II								67 %	88%	90%	75%	80 %	60%	78%
CENTRO OBSTETRICO	II										90%	86%	88 %	60%	81%
CENTRO QUIRURGICO	II										90%	86%		60%	71%
EMERGENCIA	II	87 %	64%	57%	67%	100%	82%	60%	56 %	63%	80%	75%	63 %	60%	70%

Descriptivo: describir los resultados registrados en la tabla

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

HOSPITALIZACION

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	20	IMPLEMENTAR LA GUIA DE CURACION	EN PROCESO DE IMPLEMENTACION
Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	21	IMPLEMENTAR GUIA DE PREVENCION Y CONTROL DE LAS ULCERAS POR PRESION	EN PROCESO DE IMPLEMENTACION
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.	20	INSENTIVAR ALA PRACTICA DE LA ADHEDENCIA DE HIGIENE DE MANOS.	SE REALIZA IMPLEMENTACIÓN EN SERVICIO
Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	28	IMPLEMENTAR QUE SE DISPNGA DE HISTORIAS CLINICAS	SE REALIZA IMPLEMENTACIÓN EN SERVICIO
Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	6	IMPLENTAR LA PROTOCOLIZACION	EN PROCESO DE IMPLEMENTACION





Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	21	IMPLEMENTAR	SE REALIZA IMPLEMENTACIÓN EN SERVICIO
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.	28	REALIZAR IMPLEMENTACION PROTOCOLAR	EN PROCESO DE IMPLEMENTACION
El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	28	IMPLEMENTAR EL USO DE "CARE BUNDLE"	EN PROCESO DE IMPLEMENTACION
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos).	28	REALIZAR IMPLEMENTACION PROTOCOLAR	EN PROCESO
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.	28	IMPLEMENTAR LA VERIFICACION DE LA EJECUCION DEL PLAN PREVENTIVO DE TODOS SUS EQUIPOS BOMEDICOS	EN PROCESO

CENTRO OBSTETRICO

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	20	IMPLEMENTAR JABON	SE REALIZA IMPLEMENTACIÓN EN SERVICIO
Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	16	SOCIALIZAR CON EL PERSONAL, CONCIENTIZAR	SE REALIZO CON EL SERVICIO
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.	12	REALIZAR E IMPLEMENTAREL PLAN DEMANTENIMIENTO PREVENTIVO DE TODOS SUS EQUIPOS BIOMEDICO	EN PROCESO DE IMPLEMENTACION
Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	28	IMPLENETAR	SE REALIZA IMPLEMENTACIÓN EN SERVICIO
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	28	REALIZAR LA VERIFICACION DE APLICACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS BIOMEDICOS	EN PROCESO DE IMPLEMENTACION





CENTRO QUIRURGICO

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	28	IMPLEMENTAR UN REGISTRO	SE REALIZA IMPLEMENTACIÓN EN SERVICIO
Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	28	REALIZAR E IMPLEMENTAR PROTOCOLO	EN PROCESO
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.	28	IMPLEMENTAR, SOCIALIZAR CON SU PERSONAL.	EN PROCESO DE IMPLEMENTACION
Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	40	IMPLEMENTAR UN AREA	SE REALIZA IMPLEMENTACIÓN EN SERVICIO
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	16	IMPLEMENTAR SOCIALIZAR	SE REALIZA IMPLEMENTACIÓN EN SERVICIO

EMERGENCIA

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	28	SOCIALIZAR CON EL PERSONAL SOBRE DATOS DE FILIACION COMPLETOS	IMPLEMENTADO
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	28	SOCIALIZAR CON EL PERSONAL SOBRE LA HISTORIA CLINICA NT 139 MINSA	PROCESO
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	16	IMPLEMENTAR FORMATO	PROCESO





Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	16	IMPLEMENTAR REGISTRO	PROCESO
En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	16	IMPLEMENTAR REGISTRO	PROCESO
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	28	REALIZAR UN INFOME Y ANALIZAR LA INFORMACION DE EVENTOS ADVERSOS	PROCESO
Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	28	IMPLEMENTAR UN COORDINADOR DE FORMACION A CADEMICA	LOGRADO
Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	28	IMPLEMENTAR	PROCESO
Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	28	IMPLEMENTAR	PROCESO
Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	28	IMPLEMENTAR BRAZALETE	PROCESO
Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	28	IMPLENTAR EL CONTROL DE PERTENENCIAS	IMPLEMENTADO
Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	28	IMPLEMENTAR PROTOCOLO	EN PROCESO
Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	16	IMPLENTAR BRAZALETE	EN POCESO
Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	16	IMPLEMENTAR PROTOCOLO	EN PROCESO
. Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	16	IMPLEMENTAR BRAZALETE	EN PROCESO
Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	28	IMPLEMENTAR VIGILANCIA CON PERSONAL	IMPLEMENTADO
Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	28	IMPLEMENTAR	EN PROCESO
Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	16	IMPLENTAR PRTOCOLO	EN PROCESO
Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	16	IMPLEMENTAR REGISTRO	EN PROCESO





Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos.	28	IMPLEMENTAR GUIAS	EN PROCESO
Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	16	IMPLENTAR PROTOCOLO	EN PROCESO
Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.	28	IMPLEMENTAR UN AMBIENTE	IMPLEMENTADO
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.	16	REALIZAR LA INFORMACION Y COMUNICACIÓN CON LOS FAMILIARES .	IMPLEMENTADO
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.	16	IMPLENETAR PROTOCOLO	EN PROCESO
La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	12	IMPLEMENTAR	IMPLEMENTADO
Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	12	REALIZAR INFORMACION	IMPLENTADO
Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	12	IMPLEMENTAR INSUMOS	IMPLENTADO
Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	12	IMPLENTAR INSUMOS	IMPLENTADO
El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	28	IMPLEMENTAR	IMPLENTADO
Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	28	IMPLENETAR SEÑALIZACION	IMPLENTADO
Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	28	IMPLENETAR LA VIGILANCIA	IMPLENTADO
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	16	IMPLENTAR PLAN	EN PROCESO
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.	16	IMPLENTAR LA EJECUCION DE LOS PLANES	EN PROCESO



Descriptivo: describir los resultados registrados en la tabla

2.1.4 INFORMACIÓN DEL ANÁLISIS DE INDICADORES

N°	INDICADOR	FÓRMULA	TIPO DE INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	EVALUACIÓN DE INDICADORES 2023				
					I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	ANUAL
1	% de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la IPRESS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad programadas}} \times 100$	PROCESO	Trimestral	3/3=100%		3/3		
2	% de Cumplimiento de Buenas Prácticas en la IPRESS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de verificadores conformes}}{\text{N}^\circ \text{ de verificadores evaluados}} \times 100$	RESULTADO	Trimestral		3/3=100%		3/3	12/12=100%
3	% de acciones de mejora implementadas en la IPRESS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de acciones de mejora implementadas}}{\text{N}^\circ \text{ de acciones de mejora propuestas}} \times 100$	PROCESO Y RESULTADO	Trimestral				100%	

Descriptivo: describir los resultados registrados en la tabla

III. CONCLUSIONES

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

IV. RECOMENDACIONES

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

V. ANEXOS



1. **RESULTADOS DE EVALUACIÓN (anexo 02). SERVICIO/UPSS**
2. **ACCIONES DE MEJORA (anexo 06) SERVICIO/UPSS**
3. **MONITOREO DE LAS ACCIONES (anexo 07) SERVICIO/UPSS**



María M. Tuní-Arias
M.C. EN ENFERMERÍA
27-1179 - ESP. REG. 2300E





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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
IPRESS:	ILAVE		
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	FRANK JESUS CHAVEZ COLLANTES		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CESAR AGUSTO BELTRAN RAMOS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. BERTHA P. MENDOZA YUJRA		
FECHA APLICACION:	10/07, 14/08, 12/09, 10/10, 13/11	(dd/mm/aaaa)	
RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GIOVANA GUADALUPE RUELAS GARAVITO		
RESP. DE LA UPSS:	MC. ROBERTO TORRES LERMA		
RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. GIOVANA GUADALUPE RUELAS GARAVITO		
OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	67%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	88%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%
HIGIENE DE MANOS	75%
BIOSEGURIDAD	88%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	78%

MINISTERIO DE SALUD
UNIDAD FUNCIONAL DE CALIDAD EN SALUD
Dr. Frank Jesus Chavez Collantes
DIRECTOR

MINISTERIO DE SALUD
UNIDAD FUNCIONAL DE CALIDAD EN SALUD
HOSPITAL II - ILAVE
Dra. E. Mercedes Yujra
UNIDAD DE ENFERMERIA
COP 283009

PROMEDIO 78%

Dr. Cesar Agusto Beltran Ramos
JEFE DE UNIDAD DE ADMINISTRACION
HOSPITAL II - ILAVE

BIOQUIMICO
C.O.F.P. 07940
HEYDER PINEDA ARCE
HOSPITAL II - ILAVE



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

TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
IPRESS:	ILAVE	FECHA APLICACION:	10/07,14/08,12/09,19/10,13/11 (dd/mm/aaaa)
UPSS:	CENTRO OBSTÉTRICO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GIOVANA GUADALUPE RUELAS GARAVITO
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	FRANK JESUS CHAVEZ COLLANTES	RESP. DE LA UPSS:	G.O. WALTER QUIRISPE ARO
RESP. DE ADMINISTRACION:	CESAR AGUSTO BELTRAN RAMOS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. GIOVANA GUADALUPE RUELAS GARAVITO
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. BERTHA P.MENDOZA YUJIRA	OTROS RESPONSABLES:	

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%
HIGIENE DE MANOS	86%
BIOSEGURIDAD	88%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	81%

MINISTERIO DE SALUD
COORDINADORA GENERAL DE CALIDAD EN SALUD
Dr. Paula J. Ojeda Ceballos
DIRECTOR

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO
BIOQUIMICO
C.O.P.R. 07940
HOSPITAL II - I - ILAVE

BOF HEYDER PINEDA ARCE
BIOQUIMICO
C.O.P.R. 07940
HOSPITAL II - I - ILAVE



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	ILAVE	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	CENTRO QUIRÚRGICO	FECHA APLICACIÓN:	10/07, 14/08, 12/09, 12/10, 1 (dómine/asesa)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	FRANK JESUS CHAVES COLLANTES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC ENF. GIOVANA GUADALUPE RUELAS GARAVITO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ING. CESAR AGUSTO BELTRAN RAMOS	RESP. DE LA UPSS:	M.I. MICHEL TUNI MALAGA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC ENF. BERTHA P. MENDOZA YUJRA	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC ENF. GIOVANA GUADALUPE RUELAS GARAVITO		
OTROS RESPONSABLES:					

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%
HIGIENE DE MANOS	85%
BIOSSEGURIDAD	88%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	81%

HOSPITAL REGIONAL DE IQUITOS
 CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA
 Dr. Pablo José Collantes
 CIP 45168
 DIRECTOR

Ana María Yujra
 CIP 45168
 Jefa de Calidad

Jairo L. Cruz
 Jefe de Gestión de Administración
 Hospital El Ilave

Jairo L. Cruz
 Jefe de Gestión de Administración
 Hospital El Ilave

HOSPITAL REGIONAL DE IQUITOS
 CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

 Jairo L. Cruz
 Jefe de Gestión de Administración
 Hospital El Ilave



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

PRESE:	ILAVE	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSE:	EMERGENCIA	FECHA APLICACIÓN:	2024, 14/08, 15/08, 16/08, 17/08 (08:00-10:00 AM)		
TITULAR RESPONSABLE UPSE:	FRANKE JESUS CHAVEZ COLLANTES	RESP EPIDEMIOLOGIA:	LIC. SVP. GIOVANA GUADALUPE RUELAS GARAYTO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	INA. CESAR AUGUSTO BELTRAN RAMOS	RESP. DE LA UPSE:	M.C. RUBEN APOCAYTA ALAVE		
RESP. DE SERVICIO ENFERMERIA:	BERTHA PACSA MENDOZA YUJRA	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. SVP. GIOVANA GUADALUPE RUELAS GARAYTO		
		OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	87%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSE	40%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE FLEBIA	67%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	60%
SEGURIDAD SERIAL	80%
PREVENCIÓN Y ADICIÓN DEL ANÁLISIS DE CALIDAD	100%
PREVENCIÓN DEL SUICIO Y AUTISMO	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
MANEJO DE BIENES	70%
BIENESTAR	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%
PROMEDIO:	70%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

70%



MINISTERIO DE SALUD
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD
HOSPITAL II - 1 - ILAVE
Dr. Frank J. Chavez Collantes
C.P. 85106
DIRECTOR

INA. Cesar Beltrán Ramos
JEFE DE UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN
HOSPITAL II - 1 - ILAVE



Bertha P. Mendoza Yujra
JEFE DE SERVICIO DE ENFERMERIA
CEP 28209

BGA. NEYDER PINEDA ARCE
BIOQUÍMICO
C.Q.F.P. 07940
HOSPITAL II - 1 - ILAVE



Carolina G. Bustos
LIC. ENFERMERIA
CEP. 02833



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

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE	AÑO	2024
FECHA APLICACIÓN:	15/07/2024 (08:30 a 11:30) (DOMINGO)	
RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. GIOVANA GUACALUPE RUIBLAS DAMAYANTO	
RESP. DE LA UPEL:	MC. ROBERTO TORRES LETINA	
RESP. EPIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. GIOVANA NUNDALUPE RUIBLAS DAMAYANTO	
OTROS RESPONSABLES:		

ACTIVIDADES PROPUESTAS

PROBLEMA	BUCLEAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (MESSES)
40	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN	Implementación de guías de manejo de heridas por presión según evidencia.	IMPLEMENTAR LA GUÍA DE MANEJO	EPS DE SERVICIO MEDICAL EPS DE SERVICIOS	07/2024
60	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN	Procesamiento de la guía de evidencia para la prevención y control de heridas por presión.	APLICACIÓN DE LA GUÍA DE MANEJO Y CONTROL DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN	EPS DE SERVICIO PREVENCIÓN EPS DE SERVICIOS DEPARTAMENTO CALIDAD	07/2024
84	MANEJO DE MANOS	Revisión de cumplimiento de 80% del protocolo de lavado de manos de los equipos de salud en la atención de pacientes en unidades asistenciales de atención primaria y especializada de la Unidad de Salud.	IMPLEMENTAR LAS PRÁCTICAS DE LA ADHERENCIA DE MANEJO DE MANOS	EPS DE SERVICIO EPS DE SERVICIOS DEPARTAMENTO CALIDAD	07/2024
10	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Las acciones de salud están a disposición de los profesionales de la salud que se encuentran en proceso de formación.	IMPLEMENTAR LAS PRÁCTICAS DE MANEJO DE HERIDAS CLÍNICAS	EPS DE SERVICIO PREVENCIÓN EPS DE SERVICIOS DEPARTAMENTO CALIDAD	07/2024
30	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN	Revisión de cumplimiento de la evidencia de los problemas con planes de acción, todo en procesos hospitalarios como en unidades especializadas de atención.	IMPLEMENTAR LA PREVENCIÓN	EPS DE SERVICIO MEDICAL EPS DE SERVICIOS RESPONSABLE DE CALIDAD	07/2024
82	MANEJO DE MANOS	Disponibilidad de papel toalla en todas las unidades.	IMPLEMENTAR LAS PRÁCTICAS	EPS DE SERVICIO MEDICAL EPS DE SERVICIOS RESPONSABLE DE CALIDAD	07/2024
30	PREVENCIÓN DEL DÁBITO Y LESIONES	El protocolo de prevención de caídas está actualizado y revisado por expertos, lo implementado en los equipos asistenciales, la capacitación del personal de atención de salud está actualizada, el control de calidad de los datos.	IMPLEMENTAR LAS PRÁCTICAS ADMINISTRATIVAS	EPS DE SERVICIO MEDICAL EPS DE SERVICIOS RESPONSABLE DE CALIDAD	07/2024
84	PREVENCIÓN DEL DÁBITO Y LESIONES	El servicio de implementación de plan de "Cero Eventos" en el Hospital de Infección para la prevención de los salud asociados al cuidado de pacientes.	IMPLEMENTAR EL PLAN DE CERO EVENTOS	EPS DE SERVICIO MEDICAL EPS DE SERVICIOS RESPONSABLE DE CALIDAD	07/2024


 Lic. En Salud Pública
 Dra. Patricia P. Mendonza Yujra
 C.E.P. 20208
 DIRECTORA


 Lic. En Salud Pública
 Dra. Patricia P. Mendonza Yujra
 C.E.P. 20208
 DIRECTORA


 Lic. En Salud Pública
 Dra. Patricia P. Mendonza Yujra
 C.E.P. 20208
 DIRECTORA


 Lic. En Salud Pública
 Dra. Patricia P. Mendonza Yujra
 C.E.P. 20208
 DIRECTORA


 Lic. En Salud Pública
 Dra. Patricia P. Mendonza Yujra
 C.E.P. 20208
 DIRECTORA


 Lic. En Salud Pública
 Dra. Patricia P. Mendonza Yujra
 C.E.P. 20208
 DIRECTORA


 Lic. En Salud Pública
 Dra. Patricia P. Mendonza Yujra
 C.E.P. 20208
 DIRECTORA


 Lic. En Salud Pública
 Dra. Patricia P. Mendonza Yujra
 C.E.P. 20208
 DIRECTORA


 Lic. En Salud Pública
 Dra. Patricia P. Mendonza Yujra
 C.E.P. 20208
 DIRECTORA


 Lic. En Salud Pública
 Dra. Patricia P. Mendonza Yujra
 C.E.P. 20208
 DIRECTORA


 Lic. En Salud Pública
 Dra. Patricia P. Mendonza Yujra
 C.E.P. 20208
 DIRECTORA

APLICATIVO DE Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud
PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE	TRIMESTRE	ARC	2024
FECHA APLICACIÓN	19/07 - 16/08 - 13/09 - 11/11 (COMERCIALIZADA)		
RESP. EPIDEMIOLOGÍA	L.C. ENF. GIOVANA GUADALUPE RUELAS SARAVITO		
RESP. DE LA UPSE	M.C. ROBERTO TORRES LEYVA		
RESP. OFICINA DE CALIDAD	L.C. ENF. GIOVANA GUADALUPE RUELAS SARAVITO		
OTROS RESPONSABLES			

ACTIVIDADES PLANIFICADAS

PRIOIDAD	BUCLEAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INTERNO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (días/meses)
34.	FUNCIONAMIENTO Y RESULTADO DE EQUIPOS	Verificación de uso y UPSE, según con el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos los equipos médicos de la UPSE.		REALIZAR LA VERIFICACIÓN DE PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE TODOS LOS EQUIPOS MÉDICOS DEL SERVICIO MANTENIMIENTO CALIDAD	SESIONES
34.	FUNCIONAMIENTO Y RESULTADO DE EQUIPOS	Verificación de uso y UPSE, según con el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos los equipos médicos de la UPSE, según con el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos los equipos médicos de la UPSE.		EFECTUAR LA VERIFICACIÓN DE LA ESENCIÓN DEL PLAN PREVENTIVO DE TODOS LOS EQUIPOS MÉDICOS DEL SERVICIO MANTENIMIENTO CALIDAD	SESIONES

[Signature]
 JEFE DE UNIDAD ADMINISTRATIVA
 HOSPITAL II - I - ILLAVE

[Signature]
 B.D.F. HEYDER PINEDA ARCE
 BIOQUÍMICO
 C.O.F.P. 07940
 HOSPITAL II - I - ILLAVE

[Signature]
 L.L. ENFERMERÍA
 C.O.P. 02403

MINISTERIO DE SALUD
 DISEÑO GRÁFICO: M. LUCY VILLO
 DISEÑO: M. LUCY VILLO
 Dr. Pedro Chávez Colaninchi
 C.O.P. 05716
 DIRECTOR





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

PRESE:	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
FECHA APLICACIÓN:	19/07, 14/08, 12/09, 10/10, 12/11, (DOMINGOS)			
RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. EMP. DOMINAMA GUADALUPE RUELAS GARAYTO			
RESP. DE LA UPESE:	S.O. WALTER GÓMEZ ARÍO			
RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. EMP. DOMINAMA GUADALUPE RUELAS GARAYTO			
OTROS RESPONSABLES:				

ACTIVIDADES PROGRAMADAS

PRORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICACIONES INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (MESSES)
33	REVISIÓN DE PLANES	Disponibilidad de documentos con evidencia de agua y gases	Verificación de agua	Jefe de Servicio, UPESE DE INFENFERIA (MANTENIMIENTO CALIDAD)	30/09/2024
33	COMUNICACIÓN INTERNA	Los pacientes y sus familiares están informados sobre cómo acceder a la unidad de la UPESE	SEÑALACION CONEJOS, FORTALECIMIENTO, ORGANIZACIÓN	Jefe de Servicio, UPESE DE INFENFERIA (MANTENIMIENTO CALIDAD)	30/10/2024
34	PROCESAMIENTO Y MUESTRO DE SUELOS	Verificación de que la UPESE cumple con el plan anual de mantenimiento. Presencia de volas en espacios comunes (puertas de baños), revisión de mantenimiento de los recipientes sanitarios	ACTUALIZACIÓN DEL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO. REPARACIÓN DE TUBOS. SUBSISTEMA SANEAMIENTO	Jefe de Servicio, UPESE DE INFENFERIA, UPESE DE EPIDEMIOLOGÍA, UPESE DE ATENCIÓN AL PACIENTE	30/10/2024
34	PROCESAMIENTO	Completamiento de los registros de mantenimiento	IMPRESIONES	Jefe de Servicio	30/11/2024
35	PROCESAMIENTO Y MUESTRO DE SUELOS	Verificación de que la UPESE cumple con el plan anual de mantenimiento. Presencia de volas en espacios comunes (puertas de baños)	SEÑALACION LA REPARACION DE APLICACIONES, MANTENIMIENTO DE CUERPOS ACABADOS	Jefe de Servicio, UPESE	30/12/2024



MINISTERIO DE SALUD
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD
Dr. Piedad Cárdenas Collantes
DIRECTORA

[Signature]
LUCY D. MENDOZA YUTRA
COORDINADORA DE CALIDAD EN SALUD

[Signature]
Jefe de Servicio de Mantenimiento
HOSPITAL II ILAVE

[Signature]
BOG. HEYDER PINEDA ARCE
BIOQUÍMICO
C.O.P.P. 07940
HOSPITAL II - 1 - ILAVE



[Signature]
L. ENFERMERIA
L. CEP-02493



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

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE:	AÑO:	2014
FECHA APLICACIÓN:	1987, 1998, 1999, 1991, 10 (SOMBAWAM)	
RESP. RESPONSABLE:	LIC. INF. GIOVANA GUDALUPE RIBELAS GHIRAMITTO	
RESP. DE LA UNIDAD:	DR. MICHEL TUMBELAI	
RESP. OFIC. AREA DE CALIDAD:	LIC. INF. GIOVANA GUDALUPE RIBELAS GHIRAMITTO	
OTROS RESPONSABLES:		

PLAN DE ACCIÓN

PROBLEMA	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR BARRIDO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (LABOR)	PLAZO (DÍAS/SEMANAS)
36	MANEJO DE RIESGO	Desarrollo de planes de acción con participación de todo el personal de enfermería	IMPLEMENTAR EL REGISTRO	JEFE DE ENFERMERIA	INMEDIATO
38	COMUNICACION EFECTIVA	Los pacientes y sus familiares deben estar informados sobre sus derechos y deberes en la unidad	RESOLVER E IMPLEMENTAR REGISTRO	JEFE DE ENFERMERIA, PERSONAL JEFE DE OFICINA DE ENFERMERIA DE CALIDAD	15-18 DIAS
39	COMUNICACION EFECTIVA	Verificar el plan de acción con el personal de enfermería y personal de salud en general	CONSEGUIR LOS REGISTROS DE ATENCION	PLC. DR. BENEDICTO PARRON, JEFE DE OFICINA DE ENFERMERIA DE CALIDAD	15 DIAS
40	COMUNICACION EFECTIVA	Verificar el plan de acción con el personal de enfermería y personal de salud en general	IMPLEMENTAR COMUNICACION	PLC. DR. BENEDICTO PARRON, JEFE DE OFICINA DE ENFERMERIA DE CALIDAD	15 DIAS



 Juan Carlos Sánchez

 JEFE DE OFICINA DE ENFERMERIA DE CALIDAD

 HOSPITAL II BARRIO



 Juan Carlos Sánchez

 JEFE DE OFICINA DE ENFERMERIA DE CALIDAD

 HOSPITAL II BARRIO



 Juan Carlos Sánchez

 JEFE DE OFICINA DE ENFERMERIA DE CALIDAD

 HOSPITAL II BARRIO



 Juan Carlos Sánchez

 JEFE DE OFICINA DE ENFERMERIA DE CALIDAD

 HOSPITAL II BARRIO



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

PROYECTO	FECHA EJECUCIÓN	TRIMESTRE	AÑO	ROSA
PROYECTO DE CALIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE	1997-2000	1997-2000	1997-2000	1997-2000
RESP. DE LA UNIDAD	RESP. DE LA UNIDAD	RESP. DE LA UNIDAD	RESP. DE LA UNIDAD	RESP. DE LA UNIDAD
RESP. DE LA UNIDAD	RESP. DE LA UNIDAD	RESP. DE LA UNIDAD	RESP. DE LA UNIDAD	RESP. DE LA UNIDAD
RESP. DE LA UNIDAD	RESP. DE LA UNIDAD	RESP. DE LA UNIDAD	RESP. DE LA UNIDAD	RESP. DE LA UNIDAD
RESP. DE LA UNIDAD	RESP. DE LA UNIDAD	RESP. DE LA UNIDAD	RESP. DE LA UNIDAD	RESP. DE LA UNIDAD
RESP. DE LA UNIDAD	RESP. DE LA UNIDAD	RESP. DE LA UNIDAD	RESP. DE LA UNIDAD	RESP. DE LA UNIDAD

PLAN DE ACCIÓN

PROYECTO	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICACIÓN REQUERIDO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (MESSES)
01	REVISIÓN DE LA UNIDAD	Revisión de la unidad de atención al paciente en la unidad de atención	Revisión de la unidad de atención al paciente en la unidad de atención	DR. DE SERVICIO DE EMERGENCIAS	14-03-2000
02	REVISIÓN DE LA UNIDAD	Revisión de la unidad de atención al paciente en la unidad de atención	Revisión de la unidad de atención al paciente en la unidad de atención	DR. DE SERVICIO DE EMERGENCIAS	14-03-2000
03	REVISIÓN DE LA UNIDAD	Revisión de la unidad de atención al paciente en la unidad de atención	Revisión de la unidad de atención al paciente en la unidad de atención	DR. DE SERVICIO DE EMERGENCIAS	14-03-2000
04	REVISIÓN DE LA UNIDAD	Revisión de la unidad de atención al paciente en la unidad de atención	Revisión de la unidad de atención al paciente en la unidad de atención	DR. DE SERVICIO DE EMERGENCIAS	14-03-2000
05	REVISIÓN DE LA UNIDAD	Revisión de la unidad de atención al paciente en la unidad de atención	Revisión de la unidad de atención al paciente en la unidad de atención	DR. DE SERVICIO DE EMERGENCIAS	14-03-2000
06	REVISIÓN DE LA UNIDAD	Revisión de la unidad de atención al paciente en la unidad de atención	Revisión de la unidad de atención al paciente en la unidad de atención	DR. DE SERVICIO DE EMERGENCIAS	14-03-2000
07	REVISIÓN DE LA UNIDAD	Revisión de la unidad de atención al paciente en la unidad de atención	Revisión de la unidad de atención al paciente en la unidad de atención	DR. DE SERVICIO DE EMERGENCIAS	14-03-2000
08	REVISIÓN DE LA UNIDAD	Revisión de la unidad de atención al paciente en la unidad de atención	Revisión de la unidad de atención al paciente en la unidad de atención	DR. DE SERVICIO DE EMERGENCIAS	14-03-2000
09	REVISIÓN DE LA UNIDAD	Revisión de la unidad de atención al paciente en la unidad de atención	Revisión de la unidad de atención al paciente en la unidad de atención	DR. DE SERVICIO DE EMERGENCIAS	14-03-2000
10	REVISIÓN DE LA UNIDAD	Revisión de la unidad de atención al paciente en la unidad de atención	Revisión de la unidad de atención al paciente en la unidad de atención	DR. DE SERVICIO DE EMERGENCIAS	14-03-2000

DIRECTOR

DR. CARLOS TORRES

BOB NEYER PINEDA ARDE

 BIOQUÍMICO

 C.O.F.P. 07940

DR. CARLOS TORRES



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

SEMESTRE	SEMESTRE	SEMESTRE	SEMESTRE	SEMESTRE
2024	2024	2024	2024	2024
FORMULACIÓN	FORMULACIÓN	FORMULACIÓN	FORMULACIÓN	FORMULACIÓN
DESARROLLO	DESARROLLO	DESARROLLO	DESARROLLO	DESARROLLO
EVALUACIÓN	EVALUACIÓN	EVALUACIÓN	EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
CIERRE	CIERRE	CIERRE	CIERRE	CIERRE

ACTIVIDADES PROPUESTAS

PROPIEDAD	BUNAS PRÁCTICAS	VERIFICACIÓN ESECUIDO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (ORGANO)	PLAZO (FECHAS)
22	PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL HOSPITAL	Se realizó el seguimiento de los incidentes de caídas en el hospital, se realizaron las acciones correctivas y se evaluó el cumplimiento de las mismas.	ANÁLISIS DE INCIDENTES	Jefe de Atención al Ciudadano	01/01/2024 - 31/12/2024
23	PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL HOSPITAL	Se realizó el seguimiento de los incidentes de caídas en el hospital, se realizaron las acciones correctivas y se evaluó el cumplimiento de las mismas.	ANÁLISIS DE INCIDENTES	Jefe de Atención al Ciudadano	01/01/2024 - 31/12/2024
24	PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL HOSPITAL	Se realizó el seguimiento de los incidentes de caídas en el hospital, se realizaron las acciones correctivas y se evaluó el cumplimiento de las mismas.	ANÁLISIS DE INCIDENTES	Jefe de Atención al Ciudadano	01/01/2024 - 31/12/2024
25	PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL HOSPITAL	Se realizó el seguimiento de los incidentes de caídas en el hospital, se realizaron las acciones correctivas y se evaluó el cumplimiento de las mismas.	ANÁLISIS DE INCIDENTES	Jefe de Atención al Ciudadano	01/01/2024 - 31/12/2024
26	PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL HOSPITAL	Se realizó el seguimiento de los incidentes de caídas en el hospital, se realizaron las acciones correctivas y se evaluó el cumplimiento de las mismas.	ANÁLISIS DE INCIDENTES	Jefe de Atención al Ciudadano	01/01/2024 - 31/12/2024
27	PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL HOSPITAL	Se realizó el seguimiento de los incidentes de caídas en el hospital, se realizaron las acciones correctivas y se evaluó el cumplimiento de las mismas.	ANÁLISIS DE INCIDENTES	Jefe de Atención al Ciudadano	01/01/2024 - 31/12/2024
28	PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL HOSPITAL	Se realizó el seguimiento de los incidentes de caídas en el hospital, se realizaron las acciones correctivas y se evaluó el cumplimiento de las mismas.	ANÁLISIS DE INCIDENTES	Jefe de Atención al Ciudadano	01/01/2024 - 31/12/2024
29	PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL HOSPITAL	Se realizó el seguimiento de los incidentes de caídas en el hospital, se realizaron las acciones correctivas y se evaluó el cumplimiento de las mismas.	ANÁLISIS DE INCIDENTES	Jefe de Atención al Ciudadano	01/01/2024 - 31/12/2024
30	PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL HOSPITAL	Se realizó el seguimiento de los incidentes de caídas en el hospital, se realizaron las acciones correctivas y se evaluó el cumplimiento de las mismas.	ANÁLISIS DE INCIDENTES	Jefe de Atención al Ciudadano	01/01/2024 - 31/12/2024
31	PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL HOSPITAL	Se realizó el seguimiento de los incidentes de caídas en el hospital, se realizaron las acciones correctivas y se evaluó el cumplimiento de las mismas.	ANÁLISIS DE INCIDENTES	Jefe de Atención al Ciudadano	01/01/2024 - 31/12/2024
32	PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL HOSPITAL	Se realizó el seguimiento de los incidentes de caídas en el hospital, se realizaron las acciones correctivas y se evaluó el cumplimiento de las mismas.	ANÁLISIS DE INCIDENTES	Jefe de Atención al Ciudadano	01/01/2024 - 31/12/2024
33	PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL HOSPITAL	Se realizó el seguimiento de los incidentes de caídas en el hospital, se realizaron las acciones correctivas y se evaluó el cumplimiento de las mismas.	ANÁLISIS DE INCIDENTES	Jefe de Atención al Ciudadano	01/01/2024 - 31/12/2024
34	PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL HOSPITAL	Se realizó el seguimiento de los incidentes de caídas en el hospital, se realizaron las acciones correctivas y se evaluó el cumplimiento de las mismas.	ANÁLISIS DE INCIDENTES	Jefe de Atención al Ciudadano	01/01/2024 - 31/12/2024
35	PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL HOSPITAL	Se realizó el seguimiento de los incidentes de caídas en el hospital, se realizaron las acciones correctivas y se evaluó el cumplimiento de las mismas.	ANÁLISIS DE INCIDENTES	Jefe de Atención al Ciudadano	01/01/2024 - 31/12/2024
36	PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL HOSPITAL	Se realizó el seguimiento de los incidentes de caídas en el hospital, se realizaron las acciones correctivas y se evaluó el cumplimiento de las mismas.	ANÁLISIS DE INCIDENTES	Jefe de Atención al Ciudadano	01/01/2024 - 31/12/2024
37	PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL HOSPITAL	Se realizó el seguimiento de los incidentes de caídas en el hospital, se realizaron las acciones correctivas y se evaluó el cumplimiento de las mismas.	ANÁLISIS DE INCIDENTES	Jefe de Atención al Ciudadano	01/01/2024 - 31/12/2024
38	PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL HOSPITAL	Se realizó el seguimiento de los incidentes de caídas en el hospital, se realizaron las acciones correctivas y se evaluó el cumplimiento de las mismas.	ANÁLISIS DE INCIDENTES	Jefe de Atención al Ciudadano	01/01/2024 - 31/12/2024
39	PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL HOSPITAL	Se realizó el seguimiento de los incidentes de caídas en el hospital, se realizaron las acciones correctivas y se evaluó el cumplimiento de las mismas.	ANÁLISIS DE INCIDENTES	Jefe de Atención al Ciudadano	01/01/2024 - 31/12/2024
40	PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL HOSPITAL	Se realizó el seguimiento de los incidentes de caídas en el hospital, se realizaron las acciones correctivas y se evaluó el cumplimiento de las mismas.	ANÁLISIS DE INCIDENTES	Jefe de Atención al Ciudadano	01/01/2024 - 31/12/2024



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

PRELIMINAR	FECHA APLICADOR:	TRIMESTRE	AÑO	2014
USPIS	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	III	2014	(CONFORMADA)
TITULAR RESPONSABLE USPIS:	RESP. DE LA USPIS:			
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	RESP. DUEÑO (MAYOR CALIDAD):			
RESP. SUPERVISOR DE EMPRESA:	OTROS RESPONSABLES:			

ACTIVIDAD PROGRAMADA

PROPIEDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR (REQUERIDO)	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (SEMESTRALES)
04	DEFINICIÓN DE RIESGOS DEL PACIENTE	Identificación de riesgos de calidad en el hospital para el paciente que se está cuidando	REVISIÓN DE RIESGOS	DR. DE SALUD: DR. DE ADMINISTRACIÓN	01/2014
05	DEFINICIÓN DE LA PLAN DE RIESGOS	Aplicar criterios de jerarquización de los problemas y de elegir una solución o un tratamiento de acuerdo a las prioridades del paciente	REVISIÓN DE RIESGOS	DR. DE SALUD: DR. DE ADMINISTRACIÓN	01/2014
06	PREVENCIÓN DEL RIESGO DE RIESGOS Y COMPLICACIONES	Realizar un análisis de riesgo de calidad, evaluando causas potenciales, probables consecuencias y la gravedad de la lesión de los pacientes	REVISIÓN DE RIESGOS	DR. DE SALUD: DR. DE ADMINISTRACIÓN	01/2014
07	DEFINICIÓN DE RIESGOS DEL PACIENTE	Realizar un análisis de riesgo de calidad y los datos según sea el caso de cada caso	REVISIÓN DE RIESGOS	DR. DE SALUD: DR. DE ADMINISTRACIÓN	01/2014
08	PREVENCIÓN DEL RIESGO DE RIESGOS	Definir los riesgos potenciales y el nivel de riesgo de cada caso de acuerdo a la gravedad	REVISIÓN DE RIESGOS	DR. DE SALUD: DR. DE ADMINISTRACIÓN	01/2014
09	DEFINICIÓN DE RIESGOS DEL PACIENTE	Realizar un análisis de riesgo de calidad y los datos según sea el caso de cada caso	REVISIÓN DE RIESGOS	DR. DE SALUD: DR. DE ADMINISTRACIÓN	01/2014
10	DEFINICIÓN DE RIESGOS DEL PACIENTE	Realizar un análisis de riesgo de calidad y los datos según sea el caso de cada caso	REVISIÓN DE RIESGOS	DR. DE SALUD: DR. DE ADMINISTRACIÓN	01/2014
11	DEFINICIÓN DE RIESGOS DEL PACIENTE	Realizar un análisis de riesgo de calidad y los datos según sea el caso de cada caso	REVISIÓN DE RIESGOS	DR. DE SALUD: DR. DE ADMINISTRACIÓN	01/2014
12	DEFINICIÓN DE RIESGOS DEL PACIENTE	Realizar un análisis de riesgo de calidad y los datos según sea el caso de cada caso	REVISIÓN DE RIESGOS	DR. DE SALUD: DR. DE ADMINISTRACIÓN	01/2014
13	DEFINICIÓN DE RIESGOS DEL PACIENTE	Realizar un análisis de riesgo de calidad y los datos según sea el caso de cada caso	REVISIÓN DE RIESGOS	DR. DE SALUD: DR. DE ADMINISTRACIÓN	01/2014
14	DEFINICIÓN DE RIESGOS DEL PACIENTE	Realizar un análisis de riesgo de calidad y los datos según sea el caso de cada caso	REVISIÓN DE RIESGOS	DR. DE SALUD: DR. DE ADMINISTRACIÓN	01/2014
15	DEFINICIÓN DE RIESGOS DEL PACIENTE	Realizar un análisis de riesgo de calidad y los datos según sea el caso de cada caso	REVISIÓN DE RIESGOS	DR. DE SALUD: DR. DE ADMINISTRACIÓN	01/2014
16	DEFINICIÓN DE RIESGOS DEL PACIENTE	Realizar un análisis de riesgo de calidad y los datos según sea el caso de cada caso	REVISIÓN DE RIESGOS	DR. DE SALUD: DR. DE ADMINISTRACIÓN	01/2014
17	DEFINICIÓN DE RIESGOS DEL PACIENTE	Realizar un análisis de riesgo de calidad y los datos según sea el caso de cada caso	REVISIÓN DE RIESGOS	DR. DE SALUD: DR. DE ADMINISTRACIÓN	01/2014
18	DEFINICIÓN DE RIESGOS DEL PACIENTE	Realizar un análisis de riesgo de calidad y los datos según sea el caso de cada caso	REVISIÓN DE RIESGOS	DR. DE SALUD: DR. DE ADMINISTRACIÓN	01/2014



SECRETARÍA DE SALUD
D. 010-010-0000



SECRETARÍA DE SALUD
D. 010-010-0000



DR. JOSÉ ANTONIO GARCÍA SOTO
DIRECTOR GENERAL



DR. JOSÉ ANTONIO GARCÍA SOTO
DIRECTOR DE CALIDAD



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

PROBLEMA	FECHA APLICACIÓN	Nº TRIMESTRE	AÑO	REGIÓN
RIESGO	09/07/2023	0002	2023	COMERCIAL
RESP. RESPONSABLE PROBLEMA	RESP. OPERACIONAL	ASD. ENF. GERMÁN GUADALUPE BUELAS GARRIBATO		
RESP. DE ASISTENCIA	RESP. DE LA UPEL	M. C. RUBÉN APOINOS YCA RUIZ		
RESP. DE ATENCIÓN AL PACIENTE	RESP. DE CALIDAD	LUCY SOFÍA GUADALUPE BUELAS GARRIBATO		
OTROS RESPONSABLES				

RESUMEN DE ACCIONES

PROBLEMA	BUCENAS PRÁCTICAS	VERIFICACION REQUERIDO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (DÍAS)
01	PROBANDOS Y MANEJO DE EQUIPOS	Indicador de que el 100% de los equipos de diagnóstico (respiradores de alta y baja capacidad) se encuentran en óptimo estado.	Implementar PLAN	ASD DE ENFERMERIA, ASA DE OPERACIONES (GUADALUPE BUELAS GARRIBATO)	10-15/23
02	FUNDAMENTOS Y MANEJO DE EQUIPOS	Indicador de que el 100% de los equipos de diagnóstico (respiradores de alta y baja capacidad) se encuentran en óptimo estado.	Implementar LA SECCIÓN DE PLAN DE MANEJO	ASD DE ENFERMERIA, ASA DE OPERACIONES (GUADALUPE BUELAS GARRIBATO)	01/2024



Gerente de Atención al Paciente
Gerente de Calidad

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

FICHA DE MONITOREO

PROBLEMA:	INDICADOR:	UNIDAD:	ÁREA:
INCIDENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	INCIDENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	UNIDAD DE SALUD	UNIDAD DE SALUD
RESPONSABLES:	RESPONSABLES:	RESPONSABLES:	RESPONSABLES:
DR. ALBERTO ALVARADO	DR. ALBERTO ALVARADO	DR. ALBERTO ALVARADO	DR. ALBERTO ALVARADO
DR. GABRIEL ALVAREZ	DR. GABRIEL ALVAREZ	DR. GABRIEL ALVAREZ	DR. GABRIEL ALVAREZ
DR. ANDRÉS BARRERA	DR. ANDRÉS BARRERA	DR. ANDRÉS BARRERA	DR. ANDRÉS BARRERA
DR. ROBERTO TORRES	DR. ROBERTO TORRES	DR. ROBERTO TORRES	DR. ROBERTO TORRES
DR. ROSARIO TORRES	DR. ROSARIO TORRES	DR. ROSARIO TORRES	DR. ROSARIO TORRES
DR. ROSARIO TORRES	DR. ROSARIO TORRES	DR. ROSARIO TORRES	DR. ROSARIO TORRES
DR. ROSARIO TORRES	DR. ROSARIO TORRES	DR. ROSARIO TORRES	DR. ROSARIO TORRES
DR. ROSARIO TORRES	DR. ROSARIO TORRES	DR. ROSARIO TORRES	DR. ROSARIO TORRES

INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
FORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN							
100%							
ACCIONES DE MEJORA CONTINUA							
<p>1. INCIDENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</p> <p>Se han identificado los factores de riesgo que generan los incidentos de seguridad del paciente en la atención de salud, se han establecido los mecanismos de control y se han implementado las acciones de mejora para prevenir la ocurrencia de incidentos de seguridad del paciente.</p>							
<p>2. INCIDENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</p> <p>Se han identificado los factores de riesgo que generan los incidentos de seguridad del paciente en la atención de salud, se han establecido los mecanismos de control y se han implementado las acciones de mejora para prevenir la ocurrencia de incidentos de seguridad del paciente.</p>							
<p>3. INCIDENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</p> <p>Se han identificado los factores de riesgo que generan los incidentos de seguridad del paciente en la atención de salud, se han establecido los mecanismos de control y se han implementado las acciones de mejora para prevenir la ocurrencia de incidentos de seguridad del paciente.</p>							
<p>4. INCIDENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</p> <p>Se han identificado los factores de riesgo que generan los incidentos de seguridad del paciente en la atención de salud, se han establecido los mecanismos de control y se han implementado las acciones de mejora para prevenir la ocurrencia de incidentos de seguridad del paciente.</p>							
<p>5. INCIDENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</p> <p>Se han identificado los factores de riesgo que generan los incidentos de seguridad del paciente en la atención de salud, se han establecido los mecanismos de control y se han implementado las acciones de mejora para prevenir la ocurrencia de incidentos de seguridad del paciente.</p>							
<p>6. INCIDENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</p> <p>Se han identificado los factores de riesgo que generan los incidentos de seguridad del paciente en la atención de salud, se han establecido los mecanismos de control y se han implementado las acciones de mejora para prevenir la ocurrencia de incidentos de seguridad del paciente.</p>							
<p>7. INCIDENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</p> <p>Se han identificado los factores de riesgo que generan los incidentos de seguridad del paciente en la atención de salud, se han establecido los mecanismos de control y se han implementado las acciones de mejora para prevenir la ocurrencia de incidentos de seguridad del paciente.</p>							
<p>8. INCIDENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</p> <p>Se han identificado los factores de riesgo que generan los incidentos de seguridad del paciente en la atención de salud, se han establecido los mecanismos de control y se han implementado las acciones de mejora para prevenir la ocurrencia de incidentos de seguridad del paciente.</p>							
<p>9. INCIDENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</p> <p>Se han identificado los factores de riesgo que generan los incidentos de seguridad del paciente en la atención de salud, se han establecido los mecanismos de control y se han implementado las acciones de mejora para prevenir la ocurrencia de incidentos de seguridad del paciente.</p>							
<p>10. INCIDENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</p> <p>Se han identificado los factores de riesgo que generan los incidentos de seguridad del paciente en la atención de salud, se han establecido los mecanismos de control y se han implementado las acciones de mejora para prevenir la ocurrencia de incidentos de seguridad del paciente.</p>							

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

COORDINADOR GENERAL

DR. ALBERTO ALVARADO

FECHA: 2018/05/01

ALBERTO ALVARADO

MINISTERIO DE SALUD

COORDINADOR GENERAL

DR. ALBERTO ALVARADO

FECHA: 2018/05/01

FICHA DE MONITOREO

PROYECTO	LA VE	MEMBRADO	8 FEBRERO	2024
UNIDAD	CEMHO DISTRITO	REGIA APLICACION	REGIA APLICACION	REGIA APLICACION
TITULO RESPONSABLE E INGRESO	FRANCISCA GONZALEZ COLLANTES	REGIA EPIDEMIOLOGIA	LIC. DR. GIOVANNI GUZMÁN RIVERA GARAYOTA	REGIA EPIDEMIOLOGIA
REGIA DE ADMINISTRACIÓN	OSCAR ALBERTO DE JESUS BARRERA	REGIA DE LA UNDA	DR. WALTER GUERRA JARA	REGIA DE LA UNDA
REGIA DE ADMINISTRACIÓN	LIC. SARA YERMINA PARRAS YUCCA	REGIA DE ATENCIÓN CALIDAD	LIC. DR. GIOVANNI GUZMÁN RIVERA GARAYOTA	REGIA DE ATENCIÓN CALIDAD
		OTROS RESPONSABLES		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PROBLEMA	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICACIONES OBSERVADAS	ACCIONES DE MEJORA (CORRECTIVAS)	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO ESTIMADO	MONITOREO (FRECUENCIA)	SEÑALADO
			100%				
1	SEÑAL DE ALARMA	Señales de alarma por problemas de seguridad	Actualización de procedimientos	DR. DE SERVICIO DE EMERGENCIAS	SEMANA	SEMANA	SEÑALADO
2	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Señales de alarma por problemas de comunicación	Actualización de procedimientos	DR. DE SERVICIO DE EMERGENCIAS	SEMANA	SEMANA	SEÑALADO
3	PROCESAMIENTO Y MONITOREO DE DATOS	Señales de alarma por problemas de procesamiento de datos	Actualización de procedimientos	DR. DE SERVICIO DE EMERGENCIAS	SEMANA	SEMANA	SEÑALADO
4	SEÑAL DE ALARMA	Señales de alarma por problemas de seguridad	Actualización de procedimientos	DR. DE SERVICIO DE EMERGENCIAS	SEMANA	SEMANA	SEÑALADO
5	PROCESAMIENTO Y MONITOREO DE DATOS	Señales de alarma por problemas de procesamiento de datos	Actualización de procedimientos	DR. DE SERVICIO DE EMERGENCIAS	SEMANA	SEMANA	SEÑALADO



DIRECTOR

JEFE DE UNIDAD

JEFE DE UNIDAD

JEFE DE UNIDAD



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

FICHA DE MONITOREO

PRESENTE:	SEJUR	IN FURBETRE	AUGO	2018
UBICACIÓN:	SAN FRANCISCO	DEPARTAMENTO DE MANABÍ	ESTACIÓN DE PASAJES	COMPLEJO
TÍTULO/RESPONSABLE DEL PROCESO:	MANABÍ	COORDINADOR GENERAL DE CALIDAD	DR. JUAN CARLOS GARCÍA	
FECHA DE ADOPTACIÓN:	15/08/2018	COORDINADOR GENERAL DE CALIDAD	DR. JUAN CARLOS GARCÍA	
FECHA DE ADOPTACIÓN:	15/08/2018	COORDINADOR GENERAL DE CALIDAD	DR. JUAN CARLOS GARCÍA	
FECHA DE ADOPTACIÓN:	15/08/2018	COORDINADOR GENERAL DE CALIDAD	DR. JUAN CARLOS GARCÍA	
FECHA DE ADOPTACIÓN:	15/08/2018	COORDINADOR GENERAL DE CALIDAD	DR. JUAN CARLOS GARCÍA	

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

100%

PROCESO	INDICADOR	VERIFICACIÓN	ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLE	FECHA DE VERIFICACIÓN	FECHA DE SIGUIENTE VERIFICACIÓN	ESTADO
1	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO	Se realiza el seguimiento de la calidad del servicio de atención al paciente en el Hospital de San Francisco de Manabí.	Se realiza el seguimiento de la calidad del servicio de atención al paciente en el Hospital de San Francisco de Manabí.	DR. JUAN CARLOS GARCÍA	15/08/2018	15/09/2018	SEGUIMIENTO
2	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO	Se realiza el seguimiento de la calidad del servicio de atención al paciente en el Hospital de San Francisco de Manabí.	Se realiza el seguimiento de la calidad del servicio de atención al paciente en el Hospital de San Francisco de Manabí.	DR. JUAN CARLOS GARCÍA	15/08/2018	15/09/2018	SEGUIMIENTO
3	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO	Se realiza el seguimiento de la calidad del servicio de atención al paciente en el Hospital de San Francisco de Manabí.	Se realiza el seguimiento de la calidad del servicio de atención al paciente en el Hospital de San Francisco de Manabí.	DR. JUAN CARLOS GARCÍA	15/08/2018	15/09/2018	SEGUIMIENTO
4	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO	Se realiza el seguimiento de la calidad del servicio de atención al paciente en el Hospital de San Francisco de Manabí.	Se realiza el seguimiento de la calidad del servicio de atención al paciente en el Hospital de San Francisco de Manabí.	DR. JUAN CARLOS GARCÍA	15/08/2018	15/09/2018	SEGUIMIENTO
5	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO	Se realiza el seguimiento de la calidad del servicio de atención al paciente en el Hospital de San Francisco de Manabí.	Se realiza el seguimiento de la calidad del servicio de atención al paciente en el Hospital de San Francisco de Manabí.	DR. JUAN CARLOS GARCÍA	15/08/2018	15/09/2018	SEGUIMIENTO
6	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO	Se realiza el seguimiento de la calidad del servicio de atención al paciente en el Hospital de San Francisco de Manabí.	Se realiza el seguimiento de la calidad del servicio de atención al paciente en el Hospital de San Francisco de Manabí.	DR. JUAN CARLOS GARCÍA	15/08/2018	15/09/2018	SEGUIMIENTO
7	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO	Se realiza el seguimiento de la calidad del servicio de atención al paciente en el Hospital de San Francisco de Manabí.	Se realiza el seguimiento de la calidad del servicio de atención al paciente en el Hospital de San Francisco de Manabí.	DR. JUAN CARLOS GARCÍA	15/08/2018	15/09/2018	SEGUIMIENTO
8	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO	Se realiza el seguimiento de la calidad del servicio de atención al paciente en el Hospital de San Francisco de Manabí.	Se realiza el seguimiento de la calidad del servicio de atención al paciente en el Hospital de San Francisco de Manabí.	DR. JUAN CARLOS GARCÍA	15/08/2018	15/09/2018	SEGUIMIENTO
9	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO	Se realiza el seguimiento de la calidad del servicio de atención al paciente en el Hospital de San Francisco de Manabí.	Se realiza el seguimiento de la calidad del servicio de atención al paciente en el Hospital de San Francisco de Manabí.	DR. JUAN CARLOS GARCÍA	15/08/2018	15/09/2018	SEGUIMIENTO
10	SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO	Se realiza el seguimiento de la calidad del servicio de atención al paciente en el Hospital de San Francisco de Manabí.	Se realiza el seguimiento de la calidad del servicio de atención al paciente en el Hospital de San Francisco de Manabí.	DR. JUAN CARLOS GARCÍA	15/08/2018	15/09/2018	SEGUIMIENTO

DR. JUAN CARLOS GARCÍA
 COORDINADOR GENERAL DE CALIDAD

DR. JUAN CARLOS GARCÍA
 COORDINADOR GENERAL DE CALIDAD

DR. JUAN CARLOS GARCÍA
 COORDINADOR GENERAL DE CALIDAD

DR. JUAN CARLOS GARCÍA
 COORDINADOR GENERAL DE CALIDAD

DR. JUAN CARLOS GARCÍA
 COORDINADOR GENERAL DE CALIDAD

DR. JUAN CARLOS GARCÍA
 COORDINADOR GENERAL DE CALIDAD



PERÚ

Ministerio de Salud

Red de Salud
el Cusco

Calidad
en Salud



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024



PERÚ

Ministerio
de Salud

Red de Salud
el Cofre

Combate
en Salud



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024



PERÚ

Ministerio
de Salud

Red de Salud
el Collao

Calidad
en Salud




María M. Tumi Arias
María M. Tumi Arias
LIC. EN ENFERMERIA
REG. PROF. - ESP. REG. 23696



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024



LISTA DE CHEQUEO PARA EVALUAR LA HIGIENE DE MANOS

IPRESS: **HOSPITAL ILAVE**

Servicio: **EMERGENCIA** Fecha: **14 07 2024**

Personal Médico (), Enfermera (X), Tec. de Enfermería (), Otros (). Especificar: **EDICIA HUMANO ADARZA**

Tipo de Higiene con: Agua y Jabón (X), Alcohol gel ()

MARCAR SEGUN CORRESPONDA:

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

[Firma]
 Giovanna Guadalupe Ramos Garavito
 LICENCIADA EN ENFERMERIA
 C.E.P. 62463

[Firma]
 BOF. HEYDER PINEDA ARCE
 BIOQUÍMICO
 C.Q.F.P. 07940
 HOSPITAL II - I - ILAVE



LISTA DE CHEQUEO PARA EVALUAR LA HIGIENE DE MANOS

IPRESS: HOSPITAL ICAUC 4-1			
Servicio: RECEN NACIDO		Fecha: 17-07-24	
Personal Médico (), Enfermera (<input checked="" type="checkbox"/>), Tec. de Enfermería (), Otros (). Especificar: ELIZABETH FERNANDEZ CRUZ			
Tipo de Higiene con: Agua y Jabón (<input checked="" type="checkbox"/>), Alcohol gel ()			
MARCAR SEGUN CORRESPONDA:			
CONSIDERACIONES			
Se observa uñas cortas y limpias	SI	NO	NO Aplica
Se observa uñas pintadas	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se observa manos libres de accesorios (reloj, anillos, pulseras, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se observa las mangas arriba de los codos	<input checked="" type="checkbox"/>		
TECNICA DEL LAVADO DE MANOS			
0. Se observa mojar sus manos y muñecas	<input checked="" type="checkbox"/>		
1. Se observa aplicar el jabón en cantidad suficiente	<input checked="" type="checkbox"/>		
2. Se observa friccionar las palmas de manos entre sí	<input checked="" type="checkbox"/>		
3. Se observa friccionar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa	<input checked="" type="checkbox"/>		
4. Se observa friccionar las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados	<input checked="" type="checkbox"/>		
5. Se observa friccionar el dorso de los dedos de una mano y viceversa	<input checked="" type="checkbox"/>		
6. Se observa friccionar el pulgar con movimientos de rotación de una mano atrapando con la palma de la mano derecha y viceversa	<input checked="" type="checkbox"/>		
7. Se observa friccionar pulpejo de los dedos contra la palma y viceversa	<input checked="" type="checkbox"/>		
8. Se observa enjuagar con abundante agua desde la yema de los dedos	<input checked="" type="checkbox"/>		
9. Se observa que inicia el secado de las manos desde la yema y la palma de los dedos, con papel toalla (sin regresar)	<input checked="" type="checkbox"/>		
10. Se observa que dividió el papel toalla para cerrar el grifo	<input checked="" type="checkbox"/>		
11. Se observa desechar el papel toalla al tacho en bolsa negra	<input checked="" type="checkbox"/>		
Tiempo del Procedimiento del lavado clínico (40 - 60 segundos)	<input checked="" type="checkbox"/>		
LOS CINCO MOMENTOS DEL LAVADO DE MANOS			
Se observa que se lavó las manos antes de atender al paciente	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se observa que se lavó las manos después de atender al paciente	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se observa que se lavó las manos antes de realizar procedimientos con técnicas asépticas	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se observa que se lavó las manos después de una exposición o contacto con fluidos corporales	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se observa que se lavó las manos después de un contacto la unidad del paciente	<input checked="" type="checkbox"/>		
INSUMOS			
¿Hay jabón en el dispensador?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Hay papel toalla en el dispensador?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Funcionan correctamente los dispensadores?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Esta visible el afiche de la técnica correcta del lavado de manos?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Cuenta con tachos con bolsa negra?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Cuenta con dispensador de jabón?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Cuenta con dispensador de papel toalla?	<input checked="" type="checkbox"/>		

Elizbeth Fernandez Cruz
 Giovanna Elizabeth Fernandez Cruz
 LICENCIADA EN ENFERMERIA
 C.E.P. 62463



LISTA DE CHEQUEO PARA EVALUAR LA HIGIENE DE MANOS

IPRESS: HOSPITAL DE - I EL DUE
 Servicio: EMERGENCIA / OBSERVACION Fecha: 4-08-24
 Personal Médico (), Enfermera (), Tec. de Enfermería (), Otros (). Especificar:
TOP GUTTERAN UNICA UNICA
 Tipo de Higiene con: Agua y Jabón (), Alcohol gel ()

MARCAR SEGÚN CORRESPONDA:

CONSIDERACIONES

	SI	NO	No Aplica
Se observa uñas cortas y limpias	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se observa uñas pintadas	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se observa manos libres de accesorios (reloj, anillos, pulseras, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se observa las mangas arriba de los codos	<input checked="" type="checkbox"/>		

TECNICA DEL LAVADO DE MANOS

0 Se observa mojar sus manos y muñecas	<input checked="" type="checkbox"/>		
1 Se observa aplicar el jabón en cantidad suficiente	<input checked="" type="checkbox"/>		
2 Se observa friccionar las palmas de manos entre si	<input checked="" type="checkbox"/>		
3 Se observa friccionar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa	<input checked="" type="checkbox"/>		
4 Se observa friccionar las palmas de las manos entre si, con los dedos entrelazados	<input checked="" type="checkbox"/>		
5 Se observa friccionar el dorso de los dedos de una mano y viceversa		<input checked="" type="checkbox"/>	
6 Se observa friccionar el pulgar con movimientos de rotación de una mano atrapando con la palma de la mano derecha y viceversa		<input checked="" type="checkbox"/>	
7 Se observa friccionar pulpejo de los dedos contra la palma y viceversa		<input checked="" type="checkbox"/>	
8 Se observa enjuagar con abundante agua desde la yema de los dedos	<input checked="" type="checkbox"/>		
9 Se observa que inicia el secado de las manos desde la yema y la palma de los dedos, con papel toalla (sin regresar)	<input checked="" type="checkbox"/>		
10 Se observa que dividió el papel toalla para cerrar el grifo	<input checked="" type="checkbox"/>		
11 Se observa desechar el papel toalla al tacho en bolsa negra	<input checked="" type="checkbox"/>		
Tiempo del Procedimiento del lavado clínico (40 - 60 segundos)	<input checked="" type="checkbox"/>		

LOS CINCO MOMENTOS DEL LAVADO DE MANOS

Se observa que se lavo las manos antes de atender al paciente	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se observa que se lavo las manos después de atender al paciente	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se observa que se lavó las manos antes de realizar procedimientos con técnicas asépticas	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se observa que se lavó las manos después de una exposición o contacto con fluidos corporales	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se observa que se lavó las manos después de un contacto la unidad del paciente	<input checked="" type="checkbox"/>		

INSUMOS

¿Hay jabón en el dispensador?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Hay papel toalla en el dispensador?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Funcionan correctamente los dispensadores?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Esta visible el afiche de la técnica correcta del lavado de manos?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Cuenta con tachos con bolsa negra?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Cuenta con dispensador de jabón?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Cuenta con dispensador de papel toalla?	<input checked="" type="checkbox"/>		

[Signature]
 Giovana Guadalupe Ruelas Caravita
 LICENCIADA EN ENFERMERIA
 C.E.P. 82463



LISTA DE CHEQUEO PARA EVALUAR LA HIGIENE DE MANOS

IPRESS: HOSPITAL II - 1 - TLAVE
 Servicio: HOSPITALIZACIÓN Fecha: 08-08-24
 Personal Médico (), Enfermera (x), Tec. de Enfermería (), Otros (). Especificar: CHU LITALEY ESTACIONARIA TIGANUCO??
 Tipo de Higiene con: Agua y Jabón (x), Alcohol gel ()

MARCAR SEGUN CORRESPONDA:

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

Guadalupe Ruelas
 Guadalupe Ruelas Guzmán
 LICENCIADA EN ENFERMERIA
 C.E.P. 62463

Heyder Pineda Arce
 BQF HEYDER PINEDA ARCE
 BIOQUÍMICO
 C.Q.F.P. 07940
 HOSPITAL II - 1 - TLAVE

LISTA DE CHEQUEO PARA EVALUAR LA HIGIENE DE MANOS

IPRESS:			
Servicio: <u>BINECO OBSTETRICIA</u>	Fecha: <u>18-09-24</u>		
Personal Médico () , Enfermera (<input checked="" type="checkbox"/>), Tec. de Enfermería () , Otros () . Especificar: <u>LIC. DELGADO ROSA ANITES</u>			
Tipo de Higiene con: Agua y Jabón () , Alcohol gel ()			
MARCAR SEGÚN CORRESPONDA:			
CONSIDERACIONES	SI	NO	No Aplica
Se observa uñas cortas y limpias	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se observa uñas pintadas		<input checked="" type="checkbox"/>	
Se observa manos libres de accesorios (reloj, anillos, pulseras, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se observa las mangas arriba de los codos	<input checked="" type="checkbox"/>		
TECNICA DEL LAVADO DE MANOS			
0. Se observa mojar sus manos y muñecas	<input checked="" type="checkbox"/>		
1. Se observa aplicar el jabón en cantidad suficiente	<input checked="" type="checkbox"/>		
2. Se observa friccionar las palmas de manos entre si	<input checked="" type="checkbox"/>		
3. Se observa friccionar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa	<input checked="" type="checkbox"/>		
4. Se observa friccionar las palmas de las manos entre si, con los dedos entrelazados	<input checked="" type="checkbox"/>		
5. Se observa friccionar el dorso de los dedos de una mano y viceversa		<input checked="" type="checkbox"/>	
6. Se observa friccionar el pulgar con movimientos de rotación de una mano atrapando con la palma de la mano derecha y viceversa	<input checked="" type="checkbox"/>		
7. Se observa friccionar pulpejo de los dedos contra la palma y viceversa	<input checked="" type="checkbox"/>		
8. Se observa enjuagar con abundante agua desde la yema de los dedos	<input checked="" type="checkbox"/>		
9. Se observa que inicia el secado de las manos desde la yema y la palma de los dedos, con papel toalla (sin regresar)	<input checked="" type="checkbox"/>		
10. Se observa que dividió el papel toalla para cerrar el grifo		<input checked="" type="checkbox"/>	
11. Se observa desechar el papel toalla al tacho en bolsa negra	<input checked="" type="checkbox"/>		
Tiempo del Procedimiento del lavado clínico (40 - 60 segundos)	<input checked="" type="checkbox"/>		
LOS CINCO MOMENTOS DEL LAVADO DE MANOS			
Se observa que se lavo las manos antes de atender al paciente	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se observa que se lavo las manos después de atender al paciente	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se observa que se lavó las manos antes de realizar procedimientos con técnicas asépticas	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se observa que se lavó las manos después de una exposición o contacto con fluidos corporales	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se observa que se lavó las manos después de un contacto la unidad del paciente	<input checked="" type="checkbox"/>		
INSUMOS			
¿Hay jabón en el dispensador?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Hay papel toalla en el dispensador?		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Funcionan correctamente los dispensadores?		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Esta visible el afiche de la técnica correcta del lavado de manos?		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Cuenta con tachos con bolsa negra?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Cuenta con dispensador de jabón?		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Cuenta con dispensador de papel toalla?		<input checked="" type="checkbox"/>	

LISTA DE CHEQUEO PARA EVALUAR LA HIGIENE DE MANOS

IPRESS: <u>HOSPITAL TIAVE II-1</u>			
Servicio: <u>EXTERGENIA</u>	Fecha: <u>18-10-2024</u>		
Personal Médico (), Enfermera (<input checked="" type="checkbox"/>), Tec. de Enfermería (), Otros (). Especificar: <u>Tec. Higiene</u>			
Tipo de Higiene con: Agua y Jabón (<input checked="" type="checkbox"/>), Alcohol gel (<input checked="" type="checkbox"/>)			
MARCAR SEGUN CORRESPONDA:			
CONSIDERACIONES	SI	NO	No Aplica
Se observa uñas cortas y limpias	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se observa uñas pintadas		<input checked="" type="checkbox"/>	
Se observa manos libres de accesorios (reloj, anillos, pulseras, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se observa las mangas arriba de los codos	<input checked="" type="checkbox"/>		
TECNICA DEL LAVADO DE MANOS			
0. Se observa mojar sus manos y muñecas	<input checked="" type="checkbox"/>		
1. Se observa aplicar el jabón en cantidad suficiente	<input checked="" type="checkbox"/>		
2. Se observa friccionar las palmas de manos entre si	<input checked="" type="checkbox"/>		
3. Se observa friccionar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa		<input checked="" type="checkbox"/>	
4. Se observa friccionar las palmas de las manos entre si, con los dedos entrelazados	<input checked="" type="checkbox"/>		
5. Se observa friccionar el dorso de los dedos de una mano y viceversa	<input checked="" type="checkbox"/>		
6. Se observa friccionar el pulgar con movimientos de rotación de una mano atrapando con la palma de la mano derecha y viceversa	<input checked="" type="checkbox"/>		
7. Se observa friccionar pulpejo de los dedos contra la palma y viceversa	<input checked="" type="checkbox"/>		
8. Se observa enjuagar con abundante agua desde la yema de los dedos	<input checked="" type="checkbox"/>		
9. Se observa que inicia el secado de las manos desde la yema y la palma de los dedos, con papel toalla (sin regresar)	<input checked="" type="checkbox"/>		
10. Se observa que dividió el papel toalla para cerrar el grifo	<input checked="" type="checkbox"/>		
11. Se observa desechar el papel toalla al tacho en bolsa negra	<input checked="" type="checkbox"/>		
Tiempo del Procedimiento del lavado clínico (40 - 60 segundos)	<input checked="" type="checkbox"/>		
LOS CINCO MOMENTOS DEL LAVADO DE MANOS			
Se observa que se lavo las manos antes de atender al paciente	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se observa que se lavo las manos después de atender al paciente	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se observa que se lavó las manos antes de realizar procedimientos con técnicas asépticas	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se observa que se lavó las manos después de una exposición o contacto con fluidos corporales	<input checked="" type="checkbox"/>		
Se observa que se lavó las manos después de un contacto la unidad del paciente	<input checked="" type="checkbox"/>		
INSUMOS			
¿Hay jabón en el dispensador?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Hay papel toalla en el dispensador?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Funcionan correctamente los dispensadores?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Esta visible el afiche de la técnica correcta del lavado de manos?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Cuenta con tachos con bolsa negra?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Cuenta con dispensador de jabón?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Cuenta con dispensador de papel toalla?	<input checked="" type="checkbox"/>		


 Giovanna Condalipe Huerta Garayota
 LICENCIADA EN ENFERMERIA
 C.E.P. 82483



LISTA DE CHEQUEO PARA EVALUAR LA HIGIENE DE MANOS

IPRESS: <u>HOSPITAL FLAVE II - 1</u>			
Servicio: <u>NOSEPTALIZACION</u>			
Personal Médico ()		Enfermera (x), Tec. de Enfermería (), Otros (). Especificar: <u>MAQUILAS MANOS (AUTOM)</u>	
Fecha: <u>30-11-24</u>			
Tipo de Higiene con: Agua y Jabón (x), Alcohol gel ()			
MARCAR SEGÚN CORRESPONDA:			
CONSIDERACIONES			
Se observa uñas cortas y limpias	SI	NO	No Aplica
Se observa uñas pintadas	✓		
Se observa manos libres de accesorios (reloj, anillos, pulseras, etc.)	✓		
Se observa las mangas arriba de los codos	✓		
TECNICA DEL LAVADO DE MANOS			
0. Se observa mojar sus manos y muñecas			
1. Se observa aplicar el jabón en cantidad suficiente	✓		
2. Se observa friccionar las palmas de manos entre sí	✓		
3. Se observa friccionar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa	✓		
4. Se observa friccionar las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados	✓		
5. Se observa friccionar el dorso de los dedos de una mano y viceversa	✓		
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	✓		
8. Se observa enjuagar con abundante agua desde la yema de los dedos	✓		
9. Se observa que inicia el secado de las manos desde la yema y la palma de los dedos, con papel toalla (sin regresar)	✓		
10. Se observa que dividió el papel toalla para cerrar el grifo			
11. Se observa desechar el papel toalla al tacho en bolsa negra	✓	✓	
Tiempo del Procedimiento del lavado clínico (40 - 60 segundos)	✓		
LOS CINCO MOMENTOS DEL LAVADO DE MANOS			
Se observa que se lavo las manos antes de atender al paciente	✓		
Se observa que se lavo las manos después de atender al paciente	✓		
Se observa que se lavó las manos antes de realizar procedimientos con técnicas asépticas	✓		
Se observa que se lavó las manos después de una exposición o contacto con fluidos corporales	✓		
Se observa que se lavó las manos después de un contacto la unidad del paciente	✓		
INSUMOS			
¿Hay jabón en el dispensador?	✓		
¿Hay papel toalla en el dispensador?	✓		
¿Funcionan correctamente los dispensadores?	✓		
¿Esta visible el afiche de la técnica correcta del lavado de manos?	✓		
¿Cuenta con tachos con bolsa negra?	✓		
¿Cuenta con dispensador de jabón?	✓		
¿Cuenta con dispensador de papel toalla?	✓		

Madal
Gloria Guadalupe Rosales Garavito
 LICENCIADA EN ENFERMERIA
 C.E.P. 62463

Heider
BQF. HEYDER PINEDA ARCE
 BIOQUÍMICO
 C.Q.F.P. 07940
 HOSPITAL II - 1 - FLAVE