



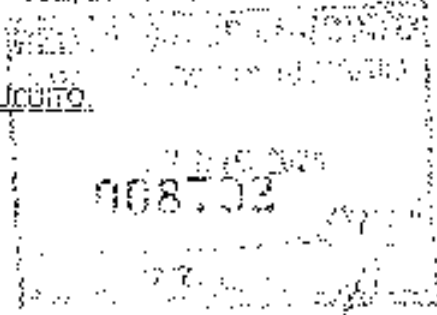


DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO  
 HOSPITAL RAFAEL OROS  
 SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD



MANIFIESTA EL COMPROMISO DE LA GERENCIA REGIONAL EN LA CALIDAD, INNOVACION Y EFICIENCIA, TENDIENDO CUENTA DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS EN LA CALIDAD EN SALUD

JULI, 16 DE DICIEMBRE DEL 2024



OFICIO N° 00122 - 2024-SGCS/EAD/H" R.O.R" RED SALUD CHUCUITO.

SEÑOR:

M.C EMERSON AQUINO CONDORI

DIRECTOR DE LA RED DE SALUD CHUCUITO JULI.

ASUNTO: REMITO INFORME DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL RAFAEL OROS RAVINES JULI.

ATENCION: DIRECCION DE SALUD DE LAS PERSONAS/SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

Mediante el presente tengo el honor de saludarlo cordialmente y al mismo tiempo comunicarle que en el marco del cumplimiento de la Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 042-MINSA/2020 DSAIN directiva sanitaria de rondas de seguridad del paciente, debo comunicarle que se cumple con remitir el INFORME N° 0018 - 2024 SGCS/H ROR-JULI/RED CHUCUITO JULI documento que anexamos el presente.

Agradeciéndole por su atención, y velando por la mejor calidad de atención al paciente al cual nos debemos.

Atentamente,

  
 **Dr. Percy Ramón Carrasco**  
 DIRECTOR  
 DISTRITO DE RAVINES JULI  
 C.P.M. N° 111

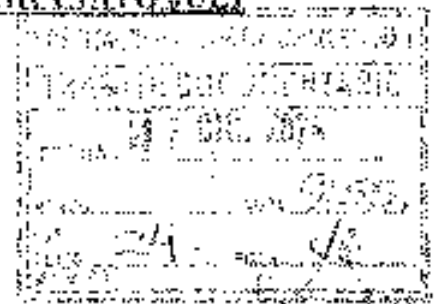
**INFORME N° 0018-2024-SGCS/H - ROR - JULI/REB CHUCUITO JULI**

**A** : M.C. PERCY SARDON COERINA  
DIRECTOR DEL HOSPITAL RAFAEL GUZARAVINDS - HBL

**DE** : LIC. AVELINO COLCA HUMPIRE  
RESPONSABLE DEL SGCS DEL HOSPITAL ROR JULI.

**ASUNTO** : INFORME DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE II SEMESTRE 2024.

**FECHA** : 16/12/2024



**I. ANTECEDENTES:** se considera las siguientes bases legales:

- ✓ Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- ✓ Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica 139-MINSA/2018/DGAIN
- ✓ Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la N.T.S N° 029 MINSA/DIGEPRES V 02, "Norma técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, que aprueba la Norma Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba la "Política Nacional de Calidad en Salud"
- ✓ Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N° 092- MINSA/2020/DGAIN, "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión de riesgo en la atención de Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA " Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".



## **DATOS GENERALES:**

### **1.1 Institucional, departamento y servicio**

**INSTITUCIÓN** Hospital de categoría H-1 denominado "Rafael Ortiz Ravines"- Juli

## **SERVICIOS:**

- C-E SALUD OCULAR
- C-E ADULTO MAYOR
- C-E ADOLESCENTE
- C-E TBC
- C-E MEDICINA
- C-E CIRUGIA

### **1.1 Equipo de Rondas de Seguridad reconocida con Acto Resolutivo**

Equipo de rondas de seguridad del paciente, aprobado con R.D N° 063-2024-D-RR/D-S-CTI/AF-RR.HLL/J de fecha veintiséis de enero del 2024, conformado por:

<b>COMITÉ DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>		
<b>N°</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>CARGO</b>
1	M.C PERCY SARGON CONTRA	DIRECTOR
2	LIC. AVELINO COLCA HUMPIRE	RESPONSABLE DE EPID/SGCS
3	D.F ZENAYDA CRUZ ORTEGA	JEFE DE APOYO AL TRATAMIENTO
4	TERESA JUANA VILLAS GUTIERRES	JEFA DE ENFERMERIAS
5	AURLA TATIANA QUISPE CORNEJO	JEFE DE OBSTETRAS

### **1.2 Cronograma de Rondas de seguridad con Acto Resolutivo, otro documento**

Aprobado con resolución Directoral N° 054-2024-D-RR/D-S-CTI/AF-RR.HLL/J de fecha veintiséis de marzo del 2024, se aprobó el cronograma anual de rondas de seguridad del paciente del Hospital de apoyo H-1 Rafael Ortiz Ravines"- Juli, periodo 2024.

## II.- ANALISIS

### 2.1 RESULTADOS.

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

FECHA	UPSS	% DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS	RESULTADO DE VALORACIÓN DE RIESGO
25/01/2024	C-E SALUD OCULAR	81 %	RIESGO MODERADO
27/02/2024	C-E ADULTO MAYOR	56 %	RIESGO INTOLERABLE
18/03/2024	C-E ADOLESCENTE	44 %	RIESGO INTOLERABLE
23/04/2024	C-E TBC	90 %	RIESGO MODERADO
20/05/2024	C-E MEDICINA	56 %	RIESGO INTOLERABLE
24/06/2024	C-E CIRUGIA	79 %	RIESGO IMPORTANTE
<b>II SEMESTRE</b>	<b>PROMEDIO</b>	<b>67.6 %</b>	<b>RIESGO IMPORTANTE</b>

50% a 65% riesgo intolerable.

66% a 80% riesgo importante.

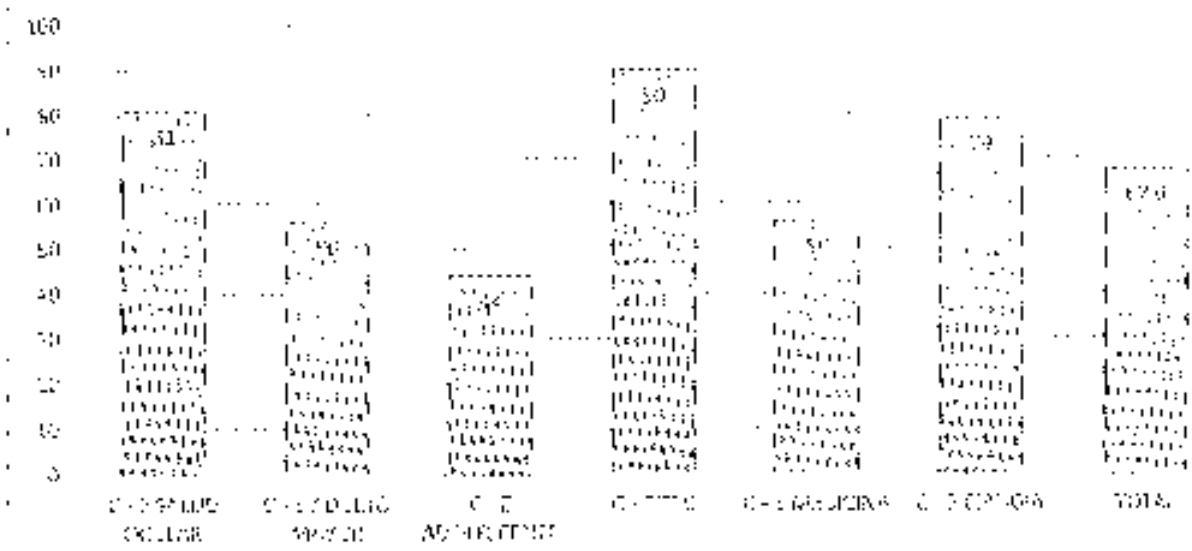
81% a 94% riesgo moderado.

97% a 99% riesgo muy bajo.



Según el cronograma actual de rondas de seguridad, consultorio externo de tuberculosis obtuvo el 90 % de cumplimiento de buenas prácticas obteniendo un valor de riesgo moderado; seguidamente el consultorio externo de salud ocular obtuvo 81 %, riesgo moderado; consultorio externo de cirugía 79 %, riesgo importante; consultorio externo de adulto mayor y medicina 56 %, riesgo intolerable y consultorio externo del adolescente 44 % considerado un riesgo intolerable.

**CUMPLIMIENTO RONDAS DE LAS BUENAS PRÁCTICAS DE LA UPSS  
APLICADAS - 2024**

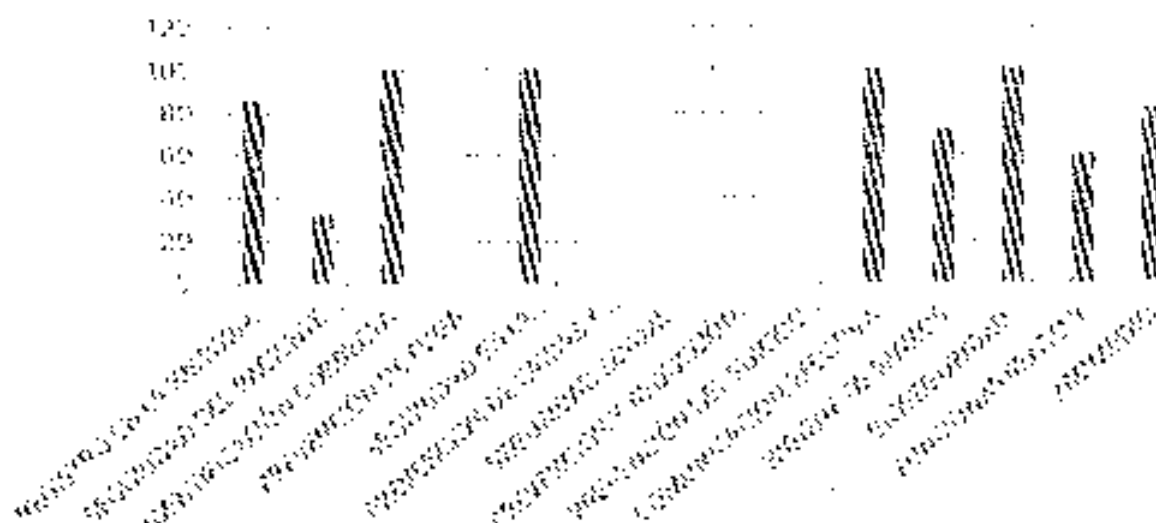


**2.1.2 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR BUENAS PRÁCTICAS APLICACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR UPSS I SEMESTRE 2024.**



UPSS	Unidad	% de cumplimiento	% de cumplimiento	% de cumplimiento	% de cumplimiento	% de cumplimiento	% de cumplimiento	% de cumplimiento	% de cumplimiento	% de cumplimiento	% de cumplimiento	% de cumplimiento	% de cumplimiento	% de cumplimiento	% de cumplimiento
SEGUROSUR	I.	56	33	100	NA	100	NA	NA	NA	NA	100	71	100	60	81
SEGUROSUR	I.	56	17	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100	100	NA	60	56
SEGUROSUR	II.	63	33	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	71	86	NA	60	44
SEGUROSUR	III.	57	33	100	NA	100	NA	NA	100	NA	100	100	100	NA	90
SEGUROSUR	III.	49	33	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100	57	100	60	56
SEGUROSUR	III.	58	33	100	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100	100	100	60	79

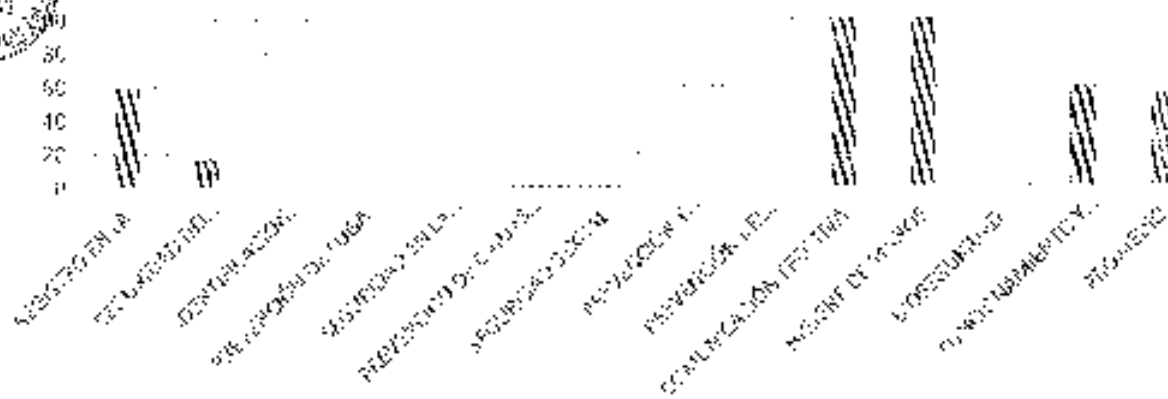
### BUENAS PRACTICAS UPSS C-E SALUD OCULAR



En la **UPSS DE CONSULTA EXTERNA SALUD OCULAR**: se logró 81 % del total de cumplimiento de las buenas practicas, donde el 100% es en el tiempo de identificación correcta, seguridad en la medicación, comunicación efectiva y bioseguridad y con respecto a la buena práctica en lavado manos con un 71% registro de historia clínica 66 % seguridad en la UPSS 33%, y 66% funcionamiento de equipos.

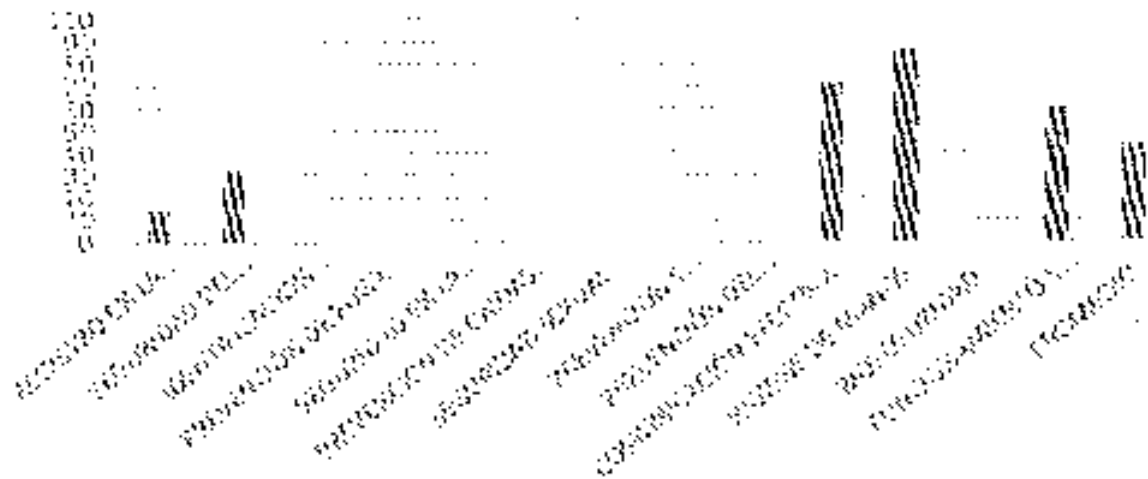


### BUENAS PRACTICAS UPSS C-E ADULTO MAYOR



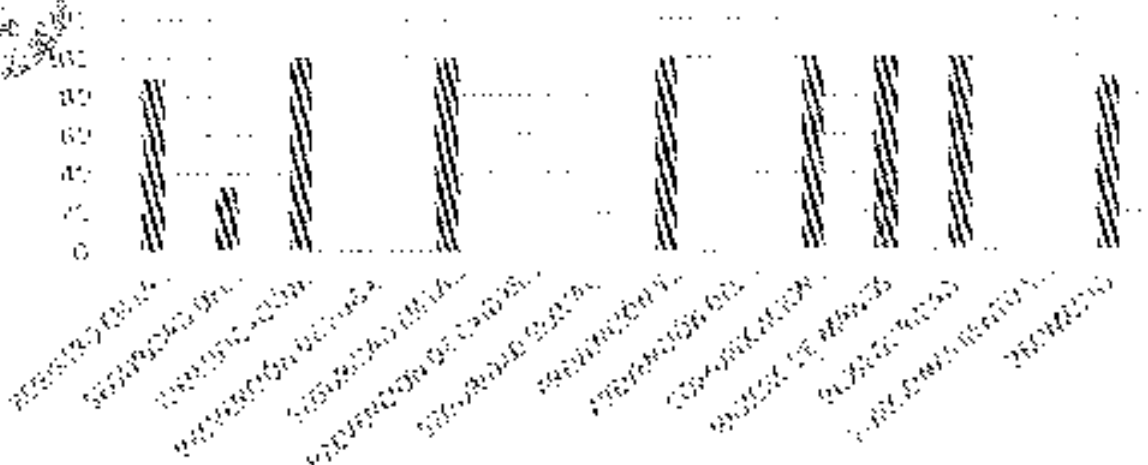
En la **UPSS DE CONSULTA EXTERNA ADULTO MAYOR**: Se obtuvo 56 % del total de cumplimiento de las buenas practicas, donde el 100% de cumplimiento se obtuvo en higiene de manos y comunicación efectiva, 60% en registro en la Historia Clínica, 71%, 60% en funcionamiento de equipos y 17% en seguridad en la UPSS.

### BUENAS PRACTICAS UPSS CONSULTORIO EXTERNO ADOLESCENTE



En la **UPSS DE CONSULTORIO EXTERNO ADOLESCENTE**: Se obtuvo 44 % del total de cumplimiento de las buenas practicas, donde el 100% de cumplimiento se obtuvo en registro de Historias clínica 15%, lavado manos 86%, comunicación efectiva 71% en seguridad del paciente 33% y 60% en funcionamiento de equipos.

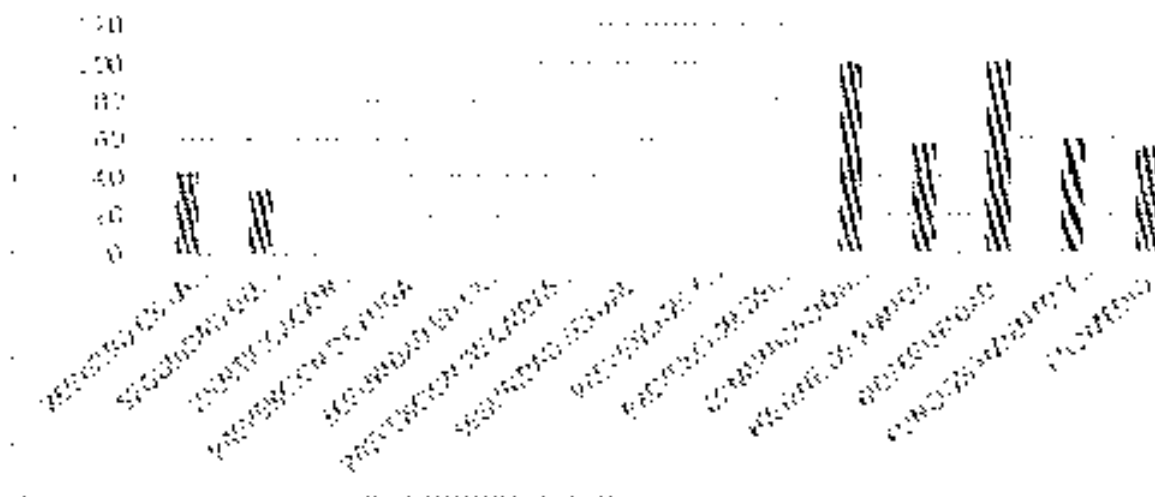
### BUENAS PRACTICAS UPSS CONSULTORIO EXTERNO TBC



En la **UPSS DE CONSULTORIO EXTERNO DE TUBERCULOSIS**: Se obtuvo 90 %, cuyo resultado de valoración de riesgo es moderado correspondiendo el 89% en registro de historia clínica, y 100% en identificación correcta, seguridad en la medicación, prev. UPSS, comunicación efectiva, lavado de manos, 60% en bioseguridad.



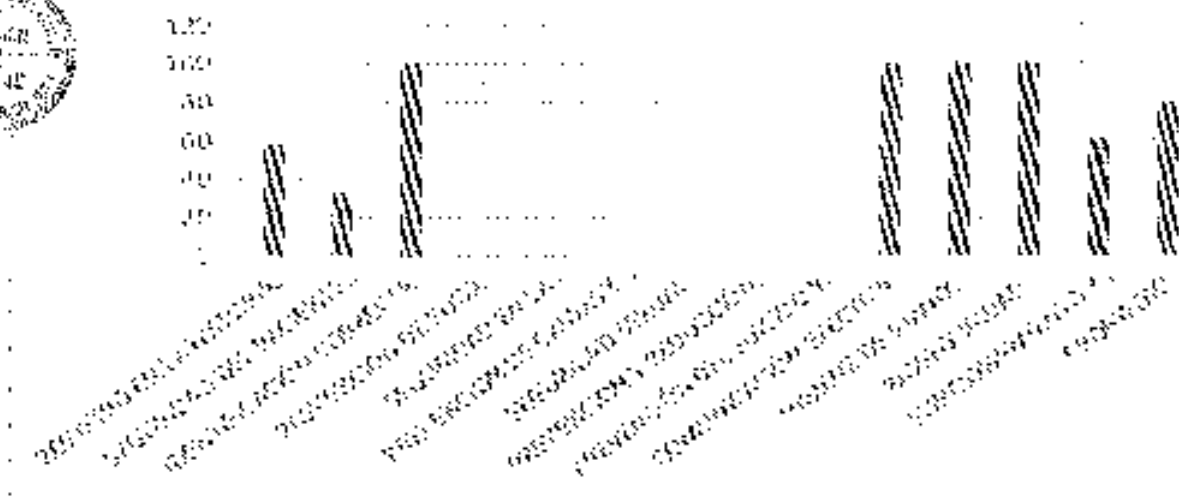
### BUENAS PRACTICAS UPSS CONSULTORIO EXTERNO MEDICINA



En la UPSS DE CONSULTORIO EXTERNO MEDICINA: Se obtuvo 56 %, cuyo resultado de valoración de riesgo intolerable correspondiendo el 100% a comunicación efectiva y bioseguridad, 57 % higiene de manos, 42% registro de historia clínica, 33% seguridad en la UPSS, y 60% en funcionamiento de equipos.



### BUENAS PRACTICAS UPSS CONSULTORIO EXTERNO CIRUGIA



En la UPSS DE CONSULTORIO EXTERNO DE CIRUGIA: Se obtuvo 79%, cuyo resultado de valoración de riesgo es importante correspondiendo el 100% a identificación correcta, comunicación efectiva, higiene de manos y bioseguridad. 50% corresponde a registro en la historia clínica, 33% a seguridad en la UPSS, y 60% funcionamiento de equipos.

2.1.3 INFORMACIÓN SOBRE ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS O EN PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN EN RELACIÓN A LOS VERIFICADORES INSEGUROS POR IPSS.

**UPSS CONSULTORIO EXTERNO - SALUD OCULAR**

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DEL RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/ CORRECTIVAS	CONDICIÓN
En caso de haberse producido un evento adverso este ha sido registrado en el HC de algún modo o registro de los antecedentes del paciente	28	IMPLEMENTACIÓN DE UN REGISTRO DE EVENTO ADVERSO EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA	EN PROCESO
Disponibilidad de papeles (alla en todas las áreas)	35	CAPACITACIÓN EN EL CORRECTO LAVADO DE MANOS CLÍNICO	EN PROCESO
Disponibilidad de papeles (alla en todas las áreas)	35	REQUERIMIENTO PARA DIFUSIÓN DE PAPEL MUESTRAS PARA LA PRACTICA DE LAVADO DE MANOS	EN PROCESO
Avances y plan de mejoración sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	25	SOCIALIZACIÓN CON EL PERSONAL SOBRE LOS INCIDENTES ADVERSOS OCURRIDOS EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA	EN PROCESO
Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos	16	CAPACITACIÓN SOBRE CORRECTO LAVADO DE MANOS Y REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS	EN PROCESO
Registro físico o digital de notificación de incidentes de trabajo de personal asistencial.	35	IMPLEMENTACIÓN CON REGISTRO Y FICHA PARA NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO DEL PERSONAL ASISTENCIAL	EN PROCESO
Registro físico y/o virtual de incidentes y eventos adversos en la UPSS	28	IMPLEMENTACIÓN DE UN REGISTRO DE EVENTO ADVERSO EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA	EN PROCESO
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pesos y tiempo)	28	SOCIALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE DESINFECCIÓN DE MANOS	EN PROCESO
Mención de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos (incluyendo los nuevos)	35	ELABORACIÓN DEL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS	EN PROCESO
Mención de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos (incluyendo los nuevos) mediante la visualización de las respectivas tarjetas	35	IMPLEMENTACIÓN DE TARJETAS PARA MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS	EN PROCESO

De las 13 buenas prácticas, en la **UPSS DE CONSULTA EXTERNA SALUD OCULAR**, se evaluaron 81 de las mismas, obteniendo 16 verificadores inseguros, el cual son calificados con un **valor de riesgo MODERADO**, a la vez propusieron acciones de mejora/ correctivas para su mejoría, así mismo la oficina de gestión de la calidad continuara monitoreando e implementando un registro de notificación de accidentes de trabajo incentivando la practica de manera continua el lavado de manos clínico acorde a los momentos de higiene de manos, se ha realizado coordinación para que se capacite al personal de salud en los relacionado a gestión de historias clínicas según normativa.

## UPSS CONSULTORIO EXTERNO - ADULTO MAYOR

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DEL RIESGO	ACCIONES CORRECTIVAS / CORRECTIVAS	CONDICION
Requisito de los antecedentes de paciente.	4	DESARROLLO DE CARBUJONES EN HISTORIA CLINICA LLENADA DE HISTORIAS CLINICAS	EN PROCESO
Registro de la información actual	35	DESARROLLO DE CARBUJONES EN HISTORIA CLINICA LLENADA DE HISTORIAS CLINICAS	EN PROCESO
Mecanismo de respaldo para cubrir la ausencia de persona programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los usuarios	4	IMPLEMENTACION DE MECANISMOS DE RESPALDO PARA CUBRIR LA AUSENCIA DEL PERSONAL	EN PROCESO
Existencia de hechos o producidos un evento adverso, este ha sido registrado en la HCL o en algún medio de registro evidencial.	10	CARACTERIZACION PARA INICIAR RESPONDER EL EVENTO ADVERSO	EN PROCESO
Registro de la Funciones Designadas según sea el caso, como: de los servicios de salud de enfermería	16	REVISAR PLANIFICACION DE CARGOS EN EL CORRECTOR LLENADO DE LOS CARGOS DESIGNADOS	EN PROCESO
Registro completo del consentimiento informado de acuerdo a la ley de protección de datos	45	IMPLEMENTACION DEL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	EN PROCESO
Registro de la legislación con el personal de enfermería de las dependencias (presencial o definitiva)	35	FORNECER AL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL CORRECTOR LLENADO DE HISTORIAS CLINICAS	EN PROCESO
Personal capacitado al momento de registrar y notificación de incidentes y eventos adversos	16	IMPLEMENTACION PARA EL CONTACTO REGISTRO Y NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSO	EN PROCESO
Requisito técnico y legal de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	16	IMPLEMENTACION CON FORMULARIO DE ACCIDENTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL ASISTENCIAL	EN PROCESO
Disponibilidad de recursos sólidos de acuerdo a las normas.	6	FORNECER AL PERSONAL DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION DE USUARIOS CON LESIONES SOLIDAS	EN PROCESO
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento preventivo de todos sus equipos médicos (incluye los nuevos) mediante la actualización de los manuales técnicos	8	IMPLEMENTACION EN CARRERAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS MEDICOS	EN PROCESO
Registro técnico y/o visual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS	45	CARACTERIZACION EN ACCIDENTOS DEL PERSONAL ASISTENCIAL	EN PROCESO
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos).	7	ELABORACION DEL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS BIOMEDICOS	EN PROCESO
Análisis y plan de intervención ante la ocurrencia de incidentes y eventos adversos.	8	REUNIONES DE ANALISIS E INVESTIGACION DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSO	EN PROCESO

De las 13 buenas prácticas, en la **UPSS DE CONSULTA EXTERNA ADULTO MAYOR**, se evaluaron 81 de las mismas obteniendo 15 verificadores inseguros, el cual son calificados con un **valor de riesgo intolerable**, a la vez se propusieron acciones de mejora correctivas para su mejoría, así mismo la oficina de gestión de la calidad asesora con la elaboración de los planes de mantenimiento preventivo e implementación un registro de notificación de accidentes de trabajo mostrando de la practicar de manera continua acorde a los momentos de higiene de manos, se ha realizado coordinación para que se fortalezca las capacidades al personal de salud en temas relacionados a gestión de historias clínicas según normativa.

## UPSS CONSULTORIO EXTERNO - ADOLESCENTE

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DEL RIESGO	ACCIONES DE MEJORA CORRECTIVAS	CONDICION
Registro con pluma de la filiación del paciente. Nombres del PPSA N° de H.C. Nombres y apellidos de	25	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN CORRECTO LLAMADO DE HISTORIAS	EN PROCESO
Registro de la fecha y hora de atención en el Historial Clínico y Registro de Atendidos.	30	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN CORRECTO LLAMADO DE HISTORIAS	EN PROCESO
Registro de evolución del paciente. Fecha y hora de atención, Acreditación, Signos vitales, Apreciación, Diagnóstico, Tratamiento, Data, Intervención de enfermería y comentario terapéutico y Plan de	35	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN CORRECTO LLAMADO DE HISTORIAS CLINICAS	EN PROCESO
Registro de la Funciones Biológicas, apéndice, piel, sueño, ojos y otros datos de los pacientes	25	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN CORRECTO LLAMADO DE HISTORIAS	EN PROCESO
Registro de los antecedentes clínicos	35	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN CORRECTO LLAMADO DE HISTORIAS	EN PROCESO
Registro de los Diagnósticos con el diagnóstico CIF-10 y DSM-5 de acuerdo con el procedimiento	5	CORRECTO LLAMADO DE HISTORIAS	EN PROCESO
Mejora de los antecedentes del paciente	35	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN CORRECTO LLAMADO DE HISTORIAS	EN PROCESO
Consecuencia de la falta de diagnóstico para iniciar el diagnóstico con el plan de trabajo en la última	20	CORRECTO LLAMADO DE HISTORIAS	EN PROCESO
Registro de la evidencia digital de notificación de accidentes de trabajo del personal de enfermería	20	IMPLEMENTAR CON REGISTRO DE NOTIFICACION DE ACCIDENTES DE TRABAJO	EN PROCESO
En caso de haberse producido un accidente de trabajo este ha sido registrado en el H.C. o en algún medio de registro electrónico	5	IMPLEMENTAR CON NORMA Y DE REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS	EN PROCESO
Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos	5	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES PARA REGISTRO Y NOTIFICACION DE EVENTOS	EN PROCESO
Análisis y calidad de información sobre la información de los incidentes y eventos adversos	5	REUNIONES DE SOCIALIZACION DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS	EN PROCESO
Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	5	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN CORRECTO LLAMADO DE HISTORIAS CLINICAS	EN PROCESO
Registro de la historia de los incidentes y eventos adversos en el H.C.	5	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES PARA REGISTRO Y NOTIFICACION DE EVENTOS	EN PROCESO
Mejora de la historia de paciente en todos los niveles de la H.C.	5	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN CORRECTO LLAMADO DE HISTORIAS	EN PROCESO
Las historias clínicas de los pacientes y de los procedimientos de la UPSS se actualizan y se registran la comunicación de la información del paciente	35	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN CORRECTO LLAMADO DE HISTORIAS CLINICAS	EN PROCESO
La historia clínica del paciente o el registro de información de su consulta se transfiere para el paciente o otro servicio o unidad dentro de establecimiento	5	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN CORRECTO LLAMADO DE HISTORIAS CLINICAS	EN PROCESO
Disponibilidad de papel kraft en todos los niveles	20	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN CORRECTO LLAMADO DE HISTORIAS CLINICAS	EN PROCESO
La posición de los dispositivos de acuerdo a los normas	15	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN DISPOSICION DE LOS DISPOSITIVOS	EN PROCESO
Verificación de que la UPSS cumple con el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos médicos (inclusive de nuevos)	20	ELABORACION DE PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS MEDICOS	EN PROCESO
Verificación de que la UPSS cumple con especificar el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos médicos (inclusive de nuevos) mediante la descalificación de los respectivos niveles	20	IMPLEMENTACION DE PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS MEDICOS	EN PROCESO

De las 13 buenas prácticas en la UPSS DE CONSULTORIO EXTERNO ADOLESCENTE, se evaluaron 81 de las mismas, utilizando 21 verificadores inseguros, el cual son calificados con un valor de riesgo INTOLERABLE, a la vez se propusieron acciones de mejora correctivas para su mejora, así como el fortalecimiento de capacidades en el correcto llamado de historias clínicas, implementación de un registro de notificación de accidentes de trabajo, elaboración del plan de mantenimiento de equipos médicos del servicio y otros.

## UPSS CONSULTORIO EXTERNO - TUBERCULOSIS

VERIFICADOR INSUREGRO	VALOR DEL RIESGO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	CONDICIÓN
En caso de hacerse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl en algún medio	16	SENE SILZAR EN LA HISTORIA CLINICA ADVERTIDO EN LA HISTORIA CLINICA	EN PROCESO
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM. Ver cómo codificar (proceder) a	20	CAPACITACIÓN EN GESTIÓN DE HISTORIAS CLINICAS SEGUN NORMAS	EN PROCESO
Análisis y plan de intervención sobre la formación de los incidentes y eventos adversos	70	INSTRUMENTACIÓN DE RECURSOS DE ANALISIS DE INCIDENTES Y EVENTOS	EN PROCESO
Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos	20	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN REGISTRO Y NOTIFICACION DE INCIDENTES Y	EN PROCESO
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo de personal asistencial	70	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN REGISTRO Y NOTIFICACION DE INCIDENTES Y	EN PROCESO
Registro físico o virtual de incidentes y eventos adversos en la UPSS	20	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN REGISTRO Y NOTIFICACION DE INCIDENTES Y	EN PROCESO

De las 13 buenas prácticas en la **UPSS DE CONSULTORIO EXTERNO TUBERCULOSIS**, se evaluaron 81 de las mismas, efectuando 06 verificadores Insuregros, el cual son evaluados con un valor de riesgo **ALTO** (60-80), a la vez se recomendaron acciones de mejora/ correctivas para su mejora, tal como la implementación del registro de eventos adversos, registro de nombres y apellidos en todas las hojas de la historia clínica, fortalecimiento de capacidades en gestión de historias clínicas, implementar con un registro de notificación de accidentes de trabajo, colaboración del plan de mantenimiento de equipos médicos del servicio.



## UPSS CONSULTORIO EXTERNO - MEDICINA

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DEL RIESGO	ACCIONES CORRECTIVAS PROPUESTAS	CONDICION
Registro de los 4 miembros del personal	28	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN MANEJO DE EMERGENCIAS	EN PROCESO
Registro de la enfermedad actual	28	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN MANEJO DE EMERGENCIAS	EN PROCESO
Historia clínica ordenada y completa	28	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN MANEJO DE EMERGENCIAS	EN PROCESO
Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HC	28	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN MANEJO DE EMERGENCIAS	EN PROCESO
Registro de la Evolución Biológica: anécdotas, sustrato, crisis y deposiciones, estado de ánimo.	28	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN MANEJO DE EMERGENCIAS	EN PROCESO
Letra de la Historia Clínica es legible	28	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN MANEJO DE EMERGENCIAS	EN PROCESO
Registro de los Diagnósticos con diagnóstico clínico o DSM IV va corresponden (psicopatología o somáticas)	28	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN MANEJO DE EMERGENCIAS	EN PROCESO
Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos	28	IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS	EN PROCESO
Mensajes y dibujos a la comunidad la adherencia a la higiene de manos realizadas en sitios estratégicos.	28	MANEJO DE EMERGENCIAS EN LA PREVENCIÓN DEL LAVADO DE MANOS	EN PROCESO
Registro físico o digital de notificación de incidentes de trabajo del personal sustituto	28	IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS	EN PROCESO
Comunicación del paciente o familiar responsable sobre el uso de la medida de evolución y pronóstico de la HC al cual debe concordar con el tratamiento	28	IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS	EN PROCESO
Disponibilidad de papel toalla en todos los consultorios	28	IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS	EN PROCESO
Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón	28	IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS	EN PROCESO
Análisis y plan de intervención sobre la notificación de los incidentes y eventos adversos	28	REUNION DE ANÁLISIS Y PLAN DE INTERVENCIÓN	EN PROCESO
Verificar la calidad de los dispositivos con el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos médicos que tiene los registros.	28	ELABORACIÓN DE PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS MÉDICOS	EN PROCESO
Verificar la calidad de los dispositivos con el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos médicos que tiene los registros.	28	CONTROL DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS MÉDICOS	EN PROCESO

De las 13 buenas prácticas, en la **UPSS DE CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICINA**, se evaluaron 81 de las mismas obteniendo 17 de los verificadores inseguros, el cual son calificados con un **valor de riesgo intermedio**, por lo tanto se pasaron acciones de mejora correctivas para su mejora, así como la implementación del registro de eventos adversos y fortalecimiento de capacidades, registro de nombres y apellidos en todas las hojas de la historia clínica, fortalecimiento de capacidades en gestión de historias clínicas, implementar con un registro de notificación de accidentes de trabajo, elaboración del plan de mantenimiento de equipos médicos del consultorio, implementación

del afiche de lavado de manos, implementación de la cartera de servicios, y sensibilización de la importancia del lavado de manos.

### UPSS CONSULTORIO EXTERNO - CANTÓN

VERIFICADOR INSIGNIFICANTE	VALOR DEL RIESGO	ACCIONES DE MEJORA CORRECTIVAS	CONDICIÓN
Registro de la Funciones Ecológicas, apecho, de efectos para departamentos, cuidado de mano	26	Implementación de capacitación en talleres de historias clínicas	EN PROCESO
Registro de los antecedentes de vacunación	26	Implementación de capacitación en talleres de historias clínicas	EN PROCESO
Registro físico y virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS	26	Implementación de capacitación en historias y eventos adversos	EN PROCESO
Registro de la ordenada médica	21	Fortalecimiento de capacidades en historias clínicas	EN PROCESO
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 a DSM-IV de correspondencia (comorbidos o definidos)	26	Fortalecimiento de capacidades en historias clínicas	EN PROCESO
Personal docente de sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos	26	Fortalecimiento de capacidades en historias y eventos adversos	EN PROCESO
Registro del nombre del paciente en todas las hojas de H.C.	26	Fortalecimiento de capacidades en historias clínicas y notas	EN PROCESO
El sistema de atención de atención sobre la formación de los incidentes y eventos adversos	22	Fortalecimiento de capacidades en historias y eventos adversos	EN PROCESO
Verificación de que la UPSS cuenta con equipos de bioseguridad (Plan de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluyendo los nuevos), mediante la realización de los respectivos registros)	28	Implementación de capacitación en los de atención al paciente	EN PROCESO
Registro físico o digital de notificación de incidentes y eventos adversos del personal de atención	28	IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE MANEJO DE EMERGENCIAS Y PLAN DE CONTINGENCIA EN LA UPSS	EN PROCESO
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluyendo los nuevos)	12	IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE MANEJO DE EMERGENCIAS Y PLAN DE CONTINGENCIA EN LA UPSS	EN PROCESO
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluyendo los nuevos)	28	IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE MANEJO DE EMERGENCIAS Y PLAN DE CONTINGENCIA EN LA UPSS	EN PROCESO

De las 13 buenas prácticas, en la UPSS DE CONSULTORIO EXTERNO DE PEDIATRÍA, se evaluaron 51 items de las mismas, obteniendo 12 verificadores incumplidos, el cual son calificados con un valor de riesgo (aportando a la vez se propusieron acciones de mejora/ correctivas para su mayoría, así como el fortalecimiento de capacidades en gestión de historias clínicas, la implementación de registro de eventos adversos y fortalecimiento de capacidades, registro de nombres y apellidos en todas las hojas de la historia clínica, implementar con un registro de eventos adversos de accidentes de trabajo, elaboración del plan de mantenimiento de equipos médicos del servicio, implementación del afiche de lavado de manos, implementación de la cartera de servicios, y sensibilización de la importancia del lavado de manos.

## 2.1.4 INFORMACIÓN DEL ANÁLISIS DE INDICADORES

N°	INDICADOR	DESCRIPCIÓN	TIPO DE INDICADOR	METODOLOGÍA DE MEDICIÓN	CUMPLIMIENTO DE INDICADORES 2024				
					PLAN	ACTUAL	PROG.	PROG.	ACTUAL
1	Nº de Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas en U.P.B.S.	Nº de Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas en el Centro de Seguridad del Paciente en general - 2024	PROG.	Indicador	100%	100%	100%	100%	100%
2	Cumplimiento de las Prácticas Buena Práctica	Nº de verificaciones conformes / Nº de verificaciones totales - 2024	ACTUAL	Indicador	83%	83%	83%	83%	83%
3	Implementación de acciones de mejora en U.P.B.S.	Nº de acciones de mejora propuestas / Nº de acciones de mejora implementadas - 2024	PROG.	Indicador	100%	100%	100%	100%	100%

En el cuadro anterior se está analizando la evaluación de indicadores en el periodo 2024, se logró el 100% en la ejecución de las 12 rondas de seguridad del paciente, informada al semestre oportunamente en este II semestre se aplica a las U.P.B.S. Consultorio Externo de salud ocular, Consultorio Externo de adulto mayor, Consultorio Externo adolescente, Consultorio Externo Tuberculosis, Consultorio Externo maternidad, Consultorio Externo de Urgencias durante el II semestre.

Asimismo, se logró el 100 % de la ejecución de rondas de seguridad del paciente en el Hospital de Categoría II - I "Rafael Ortiz Ravines" programadas según el cronograma anual, y aprobada bajo resolución, además se obtuvo el 83% de cumplimiento de buenas prácticas y con respecto a las acciones de mejora aún están en proceso.

### I. RECOMENDACIONES

- ✓ Garantizar el respecto a sus derechos y la seguridad en la atención asistencial para reducir y prevenir los actos inseguros dentro del sistema de salud a través de las buenas prácticas en la población usuaria de los servicios de salud.
- ✓ Implementar espacios de fortalecimiento de especialistas y consultorios para el personal asistencial de las diferentes unidades, unidades de atención de salud a fin de brindar una adecuada atención al paciente en regularidad de asistencia.
- ✓ Las Juntas de la U.P.B.S. y servicios deben de reunir los resultados y distribuirse las actividades de los resultados de cumplimiento de buenas prácticas de atención en salud a todo el personal asistencial a su cargo.
- ✓ Cumplir con la implementación de las acciones de mejora que se han propuesto en cada U.P.B.S., a fin de contribuir una situación asistencial positiva para el paciente.



Dr. [Nombre]



Tanya J. Villas Galarraga  
ENCARGADA EN SU FALTA



Dr. [Nombre]



ANEXOS

I.- RESULTADOS DE EVALUACIÓN



*[Handwritten signature]*  
Dr. Fco. Sánchez Corrales  
Director General  
Instituto Tecnológico de Costa Rica  
C.R. 15000



*[Handwritten signature]*  
YARESS J. VILLAGUERRA  
LICENCIADA EN INGENIERIA  
M.Sc. 1994

**RESULTADOS DE EVALUACION**

INDICADOR	VALOR	INDICADOR	VALOR
USO	CONSULTA INTERNA	TEST TECNICO	100%
TITULO RESPONSABLE PRUEBA	PERMANENTE INTERNA	CONSULTA PRUEBA	100%
FORMA DE VERIFICACION	CONSEJO SUPERIOR DE SALUD	FORMA DE VERIFICACION	100%
FORMA DE VERIFICACION INTERNA	CONSEJO SUPERIOR DE SALUD	FORMA DE VERIFICACION	100%

BUENAS PRACTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
1. IDENTIFICACION DEL PACIENTE	100%
2. HISTORIA CLINICA	100%
3. EXAMEN FISICO	100%
4. EXAMEN DE LABORATORIO	100%
5. EXAMEN DE RADIOLOGIA	100%
6. EXAMEN DE PATOLOGIA	100%
7. EXAMEN DE SEROTIPIA	100%
8. EXAMEN DE SEROTIPIA	100%
9. EXAMEN DE SEROTIPIA	100%
10. EXAMEN DE SEROTIPIA	100%

PROGRESO DE CUMPLIMIENTO



*[Handwritten signature]*  
 Dr. Jerry Sandoz Cortina  
 DIRECTOR GENERAL  
 INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS



*[Handwritten signature]*  
 Teresa J. Vilas Brito  
 ENCARGADA EN DELEGACION  
 INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS



APLICATIVO DE MONITOREO DE EFECTIVIDAD DEL PAGAMENTO POR LA ACCIÓN DEL SECTOR EN LA ATENCIÓN DEL SALUD

ACTIVIDADES DE ASesorIA

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR OBJETIVO	VALOR REAL
IMPORTE	MONEDA NACIONAL	1000000000	1000000000
USOS	COMODIDAD INTERNA	1000000000	1000000000
VALOR RESPONSABLE IMPORTE	PERCY CAROL GUERRA	1000000000	1000000000
ALIAS DE ADMONICION	VALOR CONTADO DEL VALOR	1000000000	1000000000
MONITOREO DE EFECTIVIDAD	MONITOREO DE EFECTIVIDAD	1000000000	1000000000

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
ACCESIBILIDAD	100
ATENCION AL PACIENTE	100
COMUNICACION	100
CONTINUIDAD	100
EFECTIVIDAD	100
EFICIENCIA	100
EFICACIA	100
SEGURIDAD	100
TRANSACCIONES	100
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

PROBLEMA DE CUMPLIMIENTO: 0% (0/100)



Dr. Percy Guerra  
 Director de Asesoría  
 Unidad de Asesoría



Dr. Percy Guerra  
 Director de Asesoría  
 Unidad de Asesoría



**AFIRMACIÓN DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL SERVICIO EN LA CANTINA DE SALUD**

**RESULTADOS DE EVALUACIÓN**

INDICADOR	CUMPLIMIENTO	FECHA DE EVALUACIÓN	FECHA DE REEVALUACIÓN
PLANEACIÓN	ALTO	FECHA DE EVALUACIÓN	FECHA DE REEVALUACIÓN
PERSONAL	COMPLETO	RECIBIR DE ALIMENTOS	COMPLETAR SECCIONES
INSTALACIONES Y EQUIPAMIENTO	TIENE SECCIONES COMPLETAS	SECCIONES COMPLETAS	SECCIONES COMPLETAS
SEGURIDAD ALIMENTARIA	CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS	SEGURIDAD ALIMENTARIA	SEGURIDAD ALIMENTARIA
MONITOREO Y EVALUACIÓN	SECCIONES COMPLETAS	SECCIONES COMPLETAS	SECCIONES COMPLETAS

BIENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
SEGURIDAD ALIMENTARIA	100
SEGURIDAD DEL AMBIENTE	100
COMUNICACIÓN	100
PLANEACIÓN	100
PERSONAL	100
INSTALACIONES Y EQUIPAMIENTO	100
MONITOREO Y EVALUACIÓN	100
<b>PROMEDIO</b>	<b>100%</b>



*Handwritten signature*  
**Dr. Aracely Saavedra Corral**  
 DIRECTORA GENERAL  
 C.A. S.A.



*Handwritten signature*  
**Yenny E. Wilton Gutierrez**  
 LICENCIADA EN INGENIERÍA  
 C.P. 72004



APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE ACTIVIDADES DEL TALENTO HUMANO EN LA GESTIÓN DEL SERVIDOR EN LA ATENCIÓN DE SALUD

REGISTROS DE EVALUACIÓN

PROBLEMA	CATEGORÍA	INDICADOR	DEFINICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
PROB.	DESEMPEÑO	DESEMPEÑO	DESEMPEÑO	DESEMPEÑO
PROB.	DESEMPEÑO	DESEMPEÑO	DESEMPEÑO	DESEMPEÑO
PROB.	DESEMPEÑO	DESEMPEÑO	DESEMPEÑO	DESEMPEÑO

BUENAS PRÁCTICAS OBSERVADAS	% CUMPLIMIENTO
... ..	100
... ..	100
... ..	100
... ..	100
... ..	100
... ..	100
... ..	100
... ..	100
... ..	100
... ..	100
... ..	100
... ..	100
... ..	100
... ..	100
... ..	100
... ..	100
... ..	100
... ..	100
... ..	100
... ..	100
... ..	100
... ..	100
... ..	100
... ..	100
... ..	100

PROCEDIMIENTOS DE MONITORING 100%



  
  
 Dr. Perry Santos Medina  
 DIRECTOR  
 HOSPITAL GENERAL SAN JOSE DE LOS CABALLEROS  
 S.A. E. S. 1962



  
 Teresa E. Villas Sola  
 LICENCIADA EN COMERCIO  
 OCT. 1962



## RELACION DE FONDOS DE DEBENDECE DEL PRIMER CASO A CARGO DEL CENTRO DE LA COMUNIDAD DEL SALUD RESULTADOS LA EVALUACION

PROYECTO	UBICACION	INDICADOR	CR MEDIO	AÑO	EST.
PROYECTO DE COMUNITARIO	PRINCIPAL	INDICADOR DE DEBENDECE	PROYECTO DE COMUNITARIO	2023	COMUNITARIO
PROYECTO DE COMUNITARIO	PRINCIPAL	PROYECTO DE COMUNITARIO	DR. JUAN CARLOS GONZALEZ		
PROYECTO DE COMUNITARIO	PRINCIPAL	PROYECTO DE COMUNITARIO	DR. JUAN CARLOS GONZALEZ		
PROYECTO DE COMUNITARIO	PRINCIPAL	PROYECTO DE COMUNITARIO	DR. JUAN CARLOS GONZALEZ		
PROYECTO DE COMUNITARIO	PRINCIPAL	PROYECTO DE COMUNITARIO	DR. JUAN CARLOS GONZALEZ		

BUENAS PRACTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
PROYECTO DE COMUNITARIO	100%
PROYECTO DE COMUNITARIO	100%
PROYECTO DE COMUNITARIO	100%
PROYECTO DE COMUNITARIO	100%
PROYECTO DE COMUNITARIO	100%
PROYECTO DE COMUNITARIO	100%
PROYECTO DE COMUNITARIO	100%
PROYECTO DE COMUNITARIO	100%
PROYECTO DE COMUNITARIO	100%
PROYECTO DE COMUNITARIO	100%
PROYECTO DE COMUNITARIO	100%
PROYECTO DE COMUNITARIO	100%

PROYECTO DE COMUNITARIO      SEC



Dr. Percy Saldon Corona  
DIRECTOR  
CENTRO DE LA COMUNIDAD DEL SALUD  
C.M.



Yvonne L. Villar Gutierrez  
ENCARGADA EN ENFERMERIA  
C.M. 23405



APLICATIVO DE FONDOS DE SOLIDARIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL SERVICIO DE LA ATENCIÓN DE SALUD  
**RESULTADOS DE EVALUACIÓN**

PROCESO	UBI	DEPARTAMENTO	INSTITUCIÓN	UBI	UBI
OPCS	00001	GUAYAMA	HOSPITAL GENERAL	00001	00001
OPCS	00001	GUAYAMA	HOSPITAL GENERAL	00001	00001
OPCS	00001	GUAYAMA	HOSPITAL GENERAL	00001	00001
OPCS	00001	GUAYAMA	HOSPITAL GENERAL	00001	00001
OPCS	00001	GUAYAMA	HOSPITAL GENERAL	00001	00001
OPCS	00001	GUAYAMA	HOSPITAL GENERAL	00001	00001

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN	100%
PROCESOS DE ATENCIÓN	100%
RECURSOS HUMANOS	100%
RECURSOS MATERIALES	100%
RECURSOS FINANCIEROS	100%
RECURSOS TECNOLÓGICOS	100%
RECURSOS LEGALES	100%
RECURSOS ORGANIZACIONALES	100%
<b>PROMEDIO</b>	<b>100%</b>
<b>INDICADOR DE CALIDAD</b>	<b>100%</b>



**Dra. Bertha Sandoval Guevara**  
 COORDINADORA  
 DE ATENCIÓN AL PACIENTE  
 C.O.P. 20025



**Tomás J. Vilas Guevara**  
 LICENCIADO EN ENFERMERÍA  
 C.O.P. 23004

1041-R (REV. 12-13-78)

DECLARATION OF THE PRESENTING PARTY TO THE BOARD OF DIRECTORS OF THE CORPORATION

STATE OF CALIFORNIA

I, the undersigned, being duly qualified by law to act as a member of the Board of Directors of the Corporation, do hereby certify that the information furnished in the attached Schedule K-1 is true and correct to the best of my knowledge and belief, and that I am a resident of the State of California.

DECLARATION OF THE PRESENTING PARTY TO THE BOARD OF DIRECTORS OF THE CORPORATION

I, the undersigned, being duly qualified by law to act as a member of the Board of Directors of the Corporation, do hereby certify that the information furnished in the attached Schedule K-1 is true and correct to the best of my knowledge and belief, and that I am a resident of the State of California.

NAME	ADDRESS	CITY	COUNTY	STATE	ZIP





COMISION NACIONAL DE INVESTIGACIONES PARA LA GESTION DEL AREA DE LA ATENCION DE SALUD

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que el personal de la Comision Nacional de Investigaciones para la Gestion del Area de la Atencion de Salud, se mantenga informado de las actividades de la Comision y de los resultados de las investigaciones que se realizan.	1. Se recomienda que el personal de la Comision Nacional de Investigaciones para la Gestion del Area de la Atencion de Salud, se mantenga informado de las actividades de la Comision y de los resultados de las investigaciones que se realizan.
---	---

FORO NACIONAL DE IMPLEMENTACION

ITEM	DESCRIPCION	INDICADORES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ESTADO
1	Elaboracion de un plan de trabajo para el foro nacional de implementacion.	Elaboracion de un plan de trabajo para el foro nacional de implementacion.	1980	1980	COMPLETADO
2	Elaboracion de un plan de trabajo para el foro nacional de implementacion.	Elaboracion de un plan de trabajo para el foro nacional de implementacion.	1980	1980	COMPLETADO
3	Elaboracion de un plan de trabajo para el foro nacional de implementacion.	Elaboracion de un plan de trabajo para el foro nacional de implementacion.	1980	1980	COMPLETADO
4	Elaboracion de un plan de trabajo para el foro nacional de implementacion.	Elaboracion de un plan de trabajo para el foro nacional de implementacion.	1980	1980	COMPLETADO
5	Elaboracion de un plan de trabajo para el foro nacional de implementacion.	Elaboracion de un plan de trabajo para el foro nacional de implementacion.	1980	1980	COMPLETADO

Dr. Percy Sardon Caution  
DIRECTOR  
COMISION NACIONAL DE INVESTIGACIONES PARA LA GESTION DEL AREA DE LA ATENCION DE SALUD

SECRET  
COMISION NACIONAL DE INVESTIGACIONES PARA LA GESTION DEL AREA DE LA ATENCION DE SALUD  
1980



APLICATIVO DE MONITOREO DE RESULTADOS INCORPORANDO LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FORMA DE MONITOREO

INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_  
 UNIDAD: \_\_\_\_\_  
 FECHA: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL MONITOREADO: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL MONITOREADOR: \_\_\_\_\_  
 CARGO DEL MONITOREADOR: \_\_\_\_\_  
 CARGO DEL MONITOREADO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
 DISTRITO: \_\_\_\_\_  
 PROVINCIA: \_\_\_\_\_  
 DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

PORCENTAJE DE IMPLANTACIÓN

INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR OBJETIVO	VALOR REAL	VALOR PORCENTAJE	COMENTARIOS
1	Existencia de un plan de contingencia de emergencia	Existencia	100%	100%	100%	
2	Existencia de un protocolo de actuación de emergencia	Existencia	100%	100%	100%	
3	Existencia de un plan de contingencia de emergencia	Existencia	100%	100%	100%	
4	Existencia de un protocolo de actuación de emergencia	Existencia	100%	100%	100%	
5	Existencia de un plan de contingencia de emergencia	Existencia	100%	100%	100%	
6	Existencia de un protocolo de actuación de emergencia	Existencia	100%	100%	100%	
7	Existencia de un plan de contingencia de emergencia	Existencia	100%	100%	100%	
8	Existencia de un protocolo de actuación de emergencia	Existencia	100%	100%	100%	
9	Existencia de un plan de contingencia de emergencia	Existencia	100%	100%	100%	
10	Existencia de un protocolo de actuación de emergencia	Existencia	100%	100%	100%	

Dr. Percy Saldón Cejudo  
 DIRECTOR  
 GERENCIA DE SALUD DE LA PROVINCIA DE TACNA

Dr. Percy Saldón Cejudo  
 DIRECTOR  
 GERENCIA DE SALUD DE LA PROVINCIA DE TACNA







ANEXO DEL PLAN DE ACCIONES DE EMERGENCIAS PARA LA DEFENSA DEL RIESGO EN LA ATENCION DE SALUD

PLAN DE ACCION

AREA	UNIDAD	PERSONAL	FUNCIONES	FECHA	ESTADO	COMENTARIOS
REG. DE EMERGENCIAS	UNIDAD DE EMERGENCIAS	PERSONAL DE EMERGENCIAS	REVISAR Y ACTUALIZAR EL PLAN DE EMERGENCIAS			
REG. DE EMERGENCIAS	UNIDAD DE EMERGENCIAS	PERSONAL DE EMERGENCIAS	REVISAR Y ACTUALIZAR EL PLAN DE EMERGENCIAS			
REG. DE EMERGENCIAS	UNIDAD DE EMERGENCIAS	PERSONAL DE EMERGENCIAS	REVISAR Y ACTUALIZAR EL PLAN DE EMERGENCIAS			

UNIDAD	UNIDAD	PERSONAL	FUNCIONES	FECHA	ESTADO	COMENTARIOS
REG. DE EMERGENCIAS	UNIDAD DE EMERGENCIAS	PERSONAL DE EMERGENCIAS	REVISAR Y ACTUALIZAR EL PLAN DE EMERGENCIAS			
REG. DE EMERGENCIAS	UNIDAD DE EMERGENCIAS	PERSONAL DE EMERGENCIAS	REVISAR Y ACTUALIZAR EL PLAN DE EMERGENCIAS			
REG. DE EMERGENCIAS	UNIDAD DE EMERGENCIAS	PERSONAL DE EMERGENCIAS	REVISAR Y ACTUALIZAR EL PLAN DE EMERGENCIAS			


  
 Dr. Perry Serrano Calina
   
 DIRECTORA
   
 Unidad de Emergencias
   
 U.S.P. 45173


  
 Dr. Perry Serrano Calina
   
 DIRECTORA
   
 Unidad de Emergencias
   
 U.S.P. 45173





ALICATORIO DE RENDIMIENTO DEL PERSONAL PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN

**UNIDAD:** \_\_\_\_\_ **TRANSFIRTE:** \_\_\_\_\_ **UNIDAD:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_  
**UBI:** \_\_\_\_\_ **PROYECTO:** \_\_\_\_\_  
**COORDINADOR:** \_\_\_\_\_ **COORDINADORA:** \_\_\_\_\_  
**PROYECTO:** \_\_\_\_\_ **PROYECTO:** \_\_\_\_\_  
**PROYECTO:** \_\_\_\_\_ **PROYECTO:** \_\_\_\_\_  
**PROYECTO:** \_\_\_\_\_ **PROYECTO:** \_\_\_\_\_

INDICADOR	INDICADOR PROBLEMA	INDICADOR PROBLEMA	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	PLAZO
70	...	...	...	...	...
71	...	...	...	...	...
72	...	...	...	...	...
73	...	...	...	...	...
74	...	...	...	...	...



Dr. Percy Sandoval Oyariza  
 Ex-Libit C.T.O.R.  
 RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN



Dr. Percy Sandoval Oyariza  
 Ex-Libit C.T.O.R.  
 RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN



SECRETARIA DE SEGURIDAD PUBLICA, DIRECCION DE SEGURIDAD INTERNA Y DEFENSA CIVIL

APLICATIVO DE MONITORIO DE SEGURIDAD DEL PUEBLO PARA LA OPCIÓN DE RIESGO EN LA ATENCIÓN DEL CASO

MONITOREO

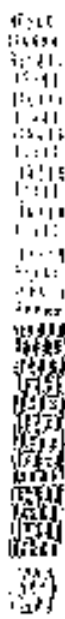
ASIGNADO	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE VIGENCIA	FECHA DE VENCIMIENTO
SECRETARIA DE SEGURIDAD PUBLICA, DIRECCION DE SEGURIDAD INTERNA Y DEFENSA CIVIL	11/03/2020	11/03/2020	11/03/2020
ASIGNADO	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE VIGENCIA	FECHA DE VENCIMIENTO
SECRETARIA DE SEGURIDAD PUBLICA, DIRECCION DE SEGURIDAD INTERNA Y DEFENSA CIVIL	11/03/2020	11/03/2020	11/03/2020

ORDEN	DESCRIPCIÓN DEL CASO	UBICACIÓN DEL CASO	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE VIGENCIA	FECHA DE VENCIMIENTO	ESTADO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	FECHA DE REVISIÓN	FECHA DE CANCELACIÓN
1	...	...	...	...	...	...	...	...	...
2	...	...	...	...	...	...	...	...	...
3	...	...	...	...	...	...	...	...	...
4	...	...	...	...	...	...	...	...	...
5	...	...	...	...	...	...	...	...	...

SECRETARIA DE SEGURIDAD PUBLICA, DIRECCION DE SEGURIDAD INTERNA Y DEFENSA CIVIL

Dr. Percy Sandoval Cordero  
DIRECTOR  
Calle 10 de Agosto No. 1000  
C.A. 100000000





APLICATIVO DE SOLICITUD DE FIANZA PARA LA GESTION DEL RIESGO EN LA FUNDACION SALUD

PLAN DE ACCION

INDICADOR	DESCRIPCION	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN
1	ACTIVACION DEL PLAN DE ACCION	15/03/2024	30/03/2024
2	ANALISIS DE RIESGO	01/04/2024	30/04/2024
3	DESARROLLO DE PLAN DE ACCION	01/05/2024	30/06/2024
4	MONITORIO Y EVALUACION DEL PLAN DE ACCION	01/07/2024	30/09/2024
5	REVISION DEL PLAN DE ACCION	01/10/2024	30/11/2024



PROBLEMA	DESCRIPCION DEL PROBLEMA	CAUSA	EFFECTOS	RIESGO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN
1	Falta de recursos humanos para la gestión del riesgo	Falta de presupuesto	Retraso en la implementación del plan de acción	Alto	Contratación de personal externo	Administración	15/03/2024	30/03/2024
2	Falta de capacitación del personal	Falta de presupuesto	Retraso en la implementación del plan de acción	Alto	Contratación de cursos de capacitación	Administración	01/04/2024	30/04/2024
3	Falta de comunicación entre el personal	Falta de presupuesto	Retraso en la implementación del plan de acción	Alto	Contratación de cursos de capacitación	Administración	01/05/2024	30/06/2024
4	Falta de seguimiento del plan de acción	Falta de presupuesto	Retraso en la implementación del plan de acción	Alto	Contratación de cursos de capacitación	Administración	01/07/2024	30/09/2024
5	Falta de revisión del plan de acción	Falta de presupuesto	Retraso en la implementación del plan de acción	Alto	Contratación de cursos de capacitación	Administración	01/10/2024	30/11/2024

Partido Acción Ciudadana  
 DIRECCIÓN  
 BOGOTÁ, COLOMBIA  
 C. 999.999.999

Partido Acción Ciudadana  
 DIRECCIÓN  
 BOGOTÁ, COLOMBIA  
 C. 999.999.999



ANEXO CATORCE DE NOMAS REGULADORAS DEL MANEJO DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN

PROCESO	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
1. PLANIFICACIÓN	1.1. PLAN DE ATENCIÓN DE SALUD	1.2. PLAN DE ATENCIÓN DE SALUD	1.3. PLAN DE ATENCIÓN DE SALUD	1.4. PLAN DE ATENCIÓN DE SALUD
2. EJECUCIÓN	2.1. EJECUCIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD	2.2. EJECUCIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD	2.3. EJECUCIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD	2.4. EJECUCIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD
3. EVALUACIÓN	3.1. EVALUACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD	3.2. EVALUACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD	3.3. EVALUACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD	3.4. EVALUACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD

PROCESO	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
1. PLANIFICACIÓN	1.1. PLAN DE ATENCIÓN DE SALUD	1.2. PLAN DE ATENCIÓN DE SALUD	1.3. PLAN DE ATENCIÓN DE SALUD	1.4. PLAN DE ATENCIÓN DE SALUD	1.5. PLAN DE ATENCIÓN DE SALUD	1.6. PLAN DE ATENCIÓN DE SALUD
2. EJECUCIÓN	2.1. EJECUCIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD	2.2. EJECUCIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD	2.3. EJECUCIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD	2.4. EJECUCIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD	2.5. EJECUCIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD	2.6. EJECUCIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD
3. EVALUACIÓN	3.1. EVALUACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD	3.2. EVALUACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD	3.3. EVALUACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD	3.4. EVALUACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD	3.5. EVALUACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD	3.6. EVALUACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD

Dr. Percy Sandoval Córdova  
 Director General de Atención Primaria  
 Ministerio de Salud Pública y Seguridad Social  
 Lima, Perú - 2015





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

PLAN DE ACCION

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE LA SALUD EN SAO PAULO		HISTORIA DEL PACIENTE		EVALUACION DE RIESGO		PLAN DE ACCION	
UNIDAD	NUMERO DE RIESGO	PROBLEMA	ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA	ESTADO	FECHA
UVA		PROBLEMA	ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA	ESTADO	FECHA
CONSULTA		PROBLEMA	ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA	ESTADO	FECHA
PROBLEMA		PROBLEMA	ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA	ESTADO	FECHA
PROBLEMA		PROBLEMA	ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA	ESTADO	FECHA
PROBLEMA		PROBLEMA	ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA	ESTADO	FECHA
PROBLEMA		PROBLEMA	ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA	ESTADO	FECHA
PROBLEMA		PROBLEMA	ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA	ESTADO	FECHA
PROBLEMA		PROBLEMA	ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA	ESTADO	FECHA
PROBLEMA		PROBLEMA	ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA	ESTADO	FECHA
PROBLEMA		PROBLEMA	ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA	ESTADO	FECHA
PROBLEMA		PROBLEMA	ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA	ESTADO	FECHA

COMENTARIO

Dr. Frey Sardenha Coelho  
 CRM: 24250  
 RQE: 1234567890  
 C.R.O. nº 1234

Dr. Frey Sardenha Coelho  
 CRM: 24250  
 RQE: 1234567890  
 C.R.O. nº 1234


ANEXO I DEL REGISTRO DE SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE EVALUACION DEL RENDIMIENTO EN LA OPERACION DE LAS UNIDADES

PLAN DE EJECUCION

FECHA:	15/05/2018	Y TERMINA:	30/05/2018
DE:	COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS	PARA:	COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS
ASUNTO:	PLAN DE EJECUCION DEL PROCESO DE EVALUACION DEL RENDIMIENTO EN LA OPERACION DE LAS UNIDADES	DE:	COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS
OBJETIVO:	Elaborar el Plan de Ejecucion del Proceso de Evaluacion del Rendimiento en la Operacion de las Unidades	DE:	COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS
TEMAS:	1. ORGANIZACION DEL PROCESO DE EVALUACION DEL RENDIMIENTO EN LA OPERACION DE LAS UNIDADES	DE:	COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS

ORDEN	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCION	FECHA DE CUMPLIMIENTO
1	Elaboracion del Plan de Ejecucion del Proceso de Evaluacion del Rendimiento en la Operacion de las Unidades	COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS	15/05/2018	30/05/2018
2	Elaboracion del Plan de Ejecucion del Proceso de Evaluacion del Rendimiento en la Operacion de las Unidades	COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS	15/05/2018	30/05/2018
3	Elaboracion del Plan de Ejecucion del Proceso de Evaluacion del Rendimiento en la Operacion de las Unidades	COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS	15/05/2018	30/05/2018
4	Elaboracion del Plan de Ejecucion del Proceso de Evaluacion del Rendimiento en la Operacion de las Unidades	COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS	15/05/2018	30/05/2018
5	Elaboracion del Plan de Ejecucion del Proceso de Evaluacion del Rendimiento en la Operacion de las Unidades	COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS	15/05/2018	30/05/2018


  
 Sr. Jefe de la Oficina de Asesoramiento
   
 DIRECTOR
   
 SECRETARIA DE DEFENSA Y FUERZAS ARMADAS


  
 Sr. Jefe de la Oficina de Asesoramiento
   
 DIRECTOR
   
 SECRETARIA DE DEFENSA Y FUERZAS ARMADAS

APLICATIVO DE RUNWAY DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA SESIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD  
PLAN DE ACCIÓN

FECHA:	TIPO DE:	ACTIVIDAD:	FECHA:
01/07/2019	PLAN DE ACCIÓN	1400	01/07/2019
PROB:	FECHA INICIACIÓN:	LUGAR DE EJECUCIÓN:	
01/07/2019	01/07/2019	LOS ANGELES COLLEGE HOSPITAL	
01/07/2019	01/07/2019	RUE JAMES I KING BLVD	
01/07/2019	01/07/2019	LOS ANGELES COLLEGE HOSPITAL	
01/07/2019	01/07/2019	LOS ANGELES COLLEGE HOSPITAL	
01/07/2019	01/07/2019	LOS ANGELES COLLEGE HOSPITAL	

PRIORIDAD	SITUACIÓN PROBLEMA	VERIFICACIÓN INICIAL	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (PERSONA)	FECHA DE EJECUCIÓN	FECHA DE CANCELACIÓN
01	OTITIS MEDIA	Verificar el diagnóstico	Verificar el diagnóstico	DR. JUAN CARLOS GONZALEZ	01/07/2019	01/07/2019
02	HEMIPARISIS	Verificar el diagnóstico	Verificar el diagnóstico	DR. JUAN CARLOS GONZALEZ	01/07/2019	01/07/2019
03	DIAGNÓSTICO	Verificar el diagnóstico	Verificar el diagnóstico	DR. JUAN CARLOS GONZALEZ	01/07/2019	01/07/2019
04	DIAGNÓSTICO	Verificar el diagnóstico	Verificar el diagnóstico	DR. JUAN CARLOS GONZALEZ	01/07/2019	01/07/2019
05	DIAGNÓSTICO	Verificar el diagnóstico	Verificar el diagnóstico	DR. JUAN CARLOS GONZALEZ	01/07/2019	01/07/2019
06	DIAGNÓSTICO	Verificar el diagnóstico	Verificar el diagnóstico	DR. JUAN CARLOS GONZALEZ	01/07/2019	01/07/2019
07	DIAGNÓSTICO	Verificar el diagnóstico	Verificar el diagnóstico	DR. JUAN CARLOS GONZALEZ	01/07/2019	01/07/2019

Los Angeles College Hospital  
1400  
RUE JAMES I KING BLVD  
LOS ANGELES, CA 90045

Dr. Juan Carlos Gonzalez  
M.D.  
1400  
RUE JAMES I KING BLVD  
LOS ANGELES, CA 90045

DECLARATIVO DE RENDIDAS DE SERVIDOR PUBLICO PARA LA CUENTA DEL BIENIO EN LA FUNCION DE SALUD  
 PARA EL EJERCICIO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_ N.º DE IDENTIFICACION: \_\_\_\_\_  
 DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_  
 CATEGORIA DE EMPLEADO: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_  
 DIRECCION DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_  
 DIRECCION DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

PROYECTO	DESCRIPCION DE LA RENDIDA	MONTO DE LA RENDIDA	FECHA DE RECEPCION	FECHA DE PAGAMENTO	FECHA DE DEPOSITO	FECHA DE CANCELACION
01	RENTAS DE TERRENO	...	...	...	...	...
02	RENTAS DE SERVICIOS	...	...	...	...	...
03	RENTAS DE BIENES	...	...	...	...	...
04	RENTAS DE SERVICIOS	...	...	...	...	...
05	RENTAS DE BIENES	...	...	...	...	...
06	RENTAS DE BIENES	...	...	...	...	...
07	RENTAS DE BIENES	...	...	...	...	...
08	RENTAS DE BIENES	...	...	...	...	...
09	RENTAS DE BIENES	...	...	...	...	...
10	RENTAS DE BIENES	...	...	...	...	...

Dr. Perry Sandoval  
 DIRECTOR  
 SECRETARIA DE SALUD CALIFORNIA  
 C. P. 94175





MINISTERIO DE SALUD - INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

PLAN DE ACCIÓN

INSTITUCIÓN: INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS  
 DEPARTAMENTO: DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS  
 PROYECTO: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA  
 ACTIVIDADES: ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA  
 FECHA: 01/01/2010

ORDEN	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	FECHA DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE	ESTADO	COMENTARIOS
01	REVISIÓN DE LA PLANIFICACIÓN ANUAL	01/01/2010	DR. PEDRO SANCHEZ	COMPLETADA	
02	REVISIÓN DE LA PLANIFICACIÓN SEMESTRAL	01/01/2010	DR. PEDRO SANCHEZ	COMPLETADA	
03	REVISIÓN DE LA PLANIFICACIÓN TRIMESTRAL	01/01/2010	DR. PEDRO SANCHEZ	COMPLETADA	
04	REVISIÓN DE LA PLANIFICACIÓN MENSUAL	01/01/2010	DR. PEDRO SANCHEZ	COMPLETADA	
05	REVISIÓN DE LA PLANIFICACIÓN QUINCENAL	01/01/2010	DR. PEDRO SANCHEZ	COMPLETADA	
06	REVISIÓN DE LA PLANIFICACIÓN SEMANAL	01/01/2010	DR. PEDRO SANCHEZ	COMPLETADA	
07	REVISIÓN DE LA PLANIFICACIÓN DIARIA	01/01/2010	DR. PEDRO SANCHEZ	COMPLETADA	

Dr. Pedro Sánchez  
 DIRECTOR GENERAL  
 INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS  
 C.M. P. 45174







APPLICATIVO DE PRODUÇÃO DE DOCUMENTOS DE RESPONSABILIDADE INDIVIDUAL

DECLARAÇÃO

DECLARO, sob as penas da lei, que sou o titular do nome de guerra e que não sou obrigado a cumprir o serviço militar obrigatório...

Assinatura

Table with 4 columns and 4 rows for data entry, including fields for name, date, and other personal information.





UNIDAD DEL BIENESTAR RURAL DE LA ORGANIZACIÓN DE MUJERAS RURALES DEL SUR Y DEL COMITÉ COORDINADOR DE LAS MUJERAS RURALES DEL SUR Y AYACUCHO

INFORME N° 005-2024-ACAPIH-ROR-JULI-RED-S-CH

PARA : M.C. Percy SARDÓN COYRIMA,  
DIRECTOR DEL HOSPITAL ROR JULI.

ATENCION : SECRETARIA TECNICA RED DE SALUD CHUCHITO - JULI

DE : RESP. AREA DE CONTROL DE ASISTENCIA HOSPITAL ROR JULI  
TAP. CHALCO MALDONADO Abad Silverio.

ASUNTO : Informe sobre Abandono e Insistencias injustificadas: TAP. CORREA QUISPE JUAN.

FECHA : Juli, 16 de Diciembre del 2024.

Momento el presente me dirijo a Uri, con la finalidad de poner de su conocimiento e siguiente informa, sobre las insistencias injustificadas y/o Abandono de puesto de trabajo de TAP: CORREA QUISPE JUAN TEOFILO, siendo el siguiente el detalle:

1º.- El Servidor Nominado: CORREA QUISPE JUAN TEOFILO en el mes de Diciembre del 2024 se encuentra Programado realizar su Rol de Turnos en el Servicio de Admisión, pero resulta que desde el 02 de Diciembre del 2024, no asistió ni ASISTE a cumplir con su Rol de trabajo, tal como no se sabe nada sobre su situación Laboral, luego comunico sobre esta insustancia situación, por lo que ha infringido el inciso c) de art. 21º del Decreto Legislativo N° 276, en la que enfatiza: Concurrir puntualmente y Observar los horarios establecidos, cosa que no lo está realizando.

2º.- El TAP CORREA QUISPE JUAN TEOFILO, ha infringido el inciso k) del D.L. N° 276, en la que expresa: Las Ausencias Injustificadas por más de tres (3) días consecutivos en un periodo calendario de 30 días se considerará ABANDONO, la cual debe ser sancionada de acuerdo a las normas del PAD- Ley N° 30057, Ley del Procedimiento Sancionador del SERVIR. Y esto es a favor del mencionado Servidor.

3º.- El reiterado Abandono de su Puesto de trabajo y/o Servicio hizo de que incurriera en falta de carácter disciplinario contemplado en el Reglamento Interno de Control de Asistencia Y PERMANENCIA: Artículo 17º.- EL TAP. Que, ABANDONE INJUSTIFICADAMENTE su Puesto de trabajo y/o la Dependencia en la que labora en horas de trabajo y/o turno, incurra en Falta de Carácter Disciplinario y será sancionado de acuerdo a lo previsto en los artículos 75º, 76º del Decreto Legislativo N° 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y considerado el citado día como "FALTA INJUSTIFICADA", (abandono del puesto de trabajo y/o de Servicio), aplicándose el descuento de sus Remuneraciones, así como el computo de faltas por Abandono de Servicio, para la calificación previsto en los incisos k), j) del artículo 28º del Decreto Legislativo N° 276 y su Reglamento D.S.N° 005-90-PC/II.

4º.- En esa Linea Señor Director, de acuerdo a la Décima Disposición Complementaria Transitoria de la Ley N° 30057, Ley del Servicio Civil, a partir de la entrada en vigencia de su Régimen Disciplinario, a las Faltas o Infracciones al Código de Ética cometidas por los Servidores, es de aplicación el Procedimiento Disciplinario de la Ley del Servicio Civil, cuyo trámite e investigaciones son de competencia de la SECRETARIA TECNICA, la cual depende de la Unidad de Recursos Humanos (O.R.H.) de la Entidad, quienes tienen que tomar las acciones pertinentes del caso, en vista de que existe mucha pasividad, por parte de la Unidad de RR.HH. pareciera que Secretaría Técnica se hace la vista gorda, porque son varios informes que están cayendo en saco roto y esto deja mucho que desear, así como crea desconfianza y suspicacia.

5º.- En ese entender el sub numeral 14.2 del numeral 14 LAS SANCIONES principales que pueden imponerse a los Servidores Civiles por la comisión de una Falta son: amonestación, suspensión entre uno (1) y trescientos sesenta y cinco (365) días y Destitución, según lo dispuesto en la Directiva N° 02-2015-SERVIR/PGSC, Régimen Disciplinario y Procedimiento Sancionador de la Ley N° 30057, Ley del Servicio Civil.

Finalmente, el Jefe del Servicio de Admisión: Vicenta QUISPE ZAPANA, mediante informe N° 005-2024-SA-H-ROR-CHUCHITO.

Es cuanto se informa para los fines pertinentes.

Atentamente,

  
TAP. CHALCO MALDONADO  
Abad Silverio



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO  
 RED DE SALUD CHUCUITO JULI  
 HOSPITAL "RAFAEL ORTIZ RAYINER" - JULI  
 ADMISION



AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE COMMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO

INFORME N° 005-2024-SA-H- "R.O.R." CH/JULI.

SEÑOR : Dr. Percy, SARDON COTRINA,  
 DIRECTOR DEL HOSPITAL "R.O.R." CHUCUITO JULI.

DE : Vicente, QUISPE ZAPANA  
 JEFE (e) SERVICIO DE ADMISION.

ASUNTO : INFORME SITUACION DEL PERSONAL.

FECHA : Juli, 10 de Diciembre del 2024.

Me es grato dirigirme a Ud., y saludarla muy cordialmente y así mismo informarle lo siguiente:

1. Que el TAP: Juan Teófilo CORREA QUISPE, cumpliendo funciones en Servicio de Admisión. Viene ausentándose desde el día 02/12/2024, a la fecha, según el rol programado en el mes de Diciembre del 2024.
2. En fecha 02/12/2024, Dicho trabajador me comunica verbalmente que solicitará su cambio del Servicio, pero a la fecha no cursa ningún tipo de documento que amerita su cambio de área y/o servicio. Se desconoce la situación de su ausencia y desindar toda responsabilidad a justificar su Inasistencia.
3. Es cuanto informo para su conocimiento y fines pertinentes.

Sin otro particular hago propicia la ocasión para reiterarle las consideraciones de mi estima personal.

Atentamente,



Cc: C Asist. Hospital.

Arch.

*[Handwritten signature]*  
 VICENTE QUISPE ZAPANA  
 JEFE (e) SERVICIO DE ADMISION



DEPENDENCIA: HOSPITAL OFICINA: ADMISION. MES: DICIEMBRE AÑO : 2024

DÍAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
NOMBRES Y APELLIDOS	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M
VICENTE QUISEP ZAPANA		M	M	MT		M			M		M	MT	M			M	MT	M	M	MT		M	M	M	M	MT			M	M	
JUAN T. CORREA QUISEP		M	MT		MT	M			M	MT		M	M			MT	M	MT	M	M		M	M	M	M	M			M	M	
GERMAN ORTEGA CHIQUE		MT	M	M	M	M			M	M	MT		MT			M	M	M	MT				M	M	M	MT			M	M	

LEYENDA:

- M : Mañana 8:00 AM HASTA 14:00PM.
- MT : Mañana Tarde 8:00 AM. HASTA 18:00PM.

Juili, Diciembre del 2024

*[Handwritten signature]*  
 VICENTE QUISEP ZAPANA

*[Handwritten signature]*  
 GERMAN ORTEGA CHIQUE

