

Punchana, 30 de Julio del 2026

OFICIO N° 2513 - 2026 - GRL - DRS - L/30.50

Señor:

M.C. PERCY SOLANO VARGAS DÁVILA
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD DE LORETO
Presente. -

ASUNTO : REMITO INFORME DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
FICHA N°44, CORRESPONDIENTE AL PRIMER SEMESTRE 2026
ATENCIÓN : OFICINA DE CALIDAD EN SALUD - GERESA

Tengo el agrado de dirigirme a Usted. Para saludarle y al mismo tiempo informarle que en el marco del proceso de cumplimiento de compromisos de mejora establecido en el D.S N° 022-2024, Ficha N° 44, "Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención de salud y la mejora de la calidad mediante la aplicación de rondas de seguridad del paciente" Se realizaron 06 Rondas de Seguridad del paciente de acuerdo al cronograma establecido y aprobado con RD. N° 012- 2026-GRL-DRS-L/30.50, la misma que se detalla a continuación:

1	UPSS Emergencia	30 de Enero 2026
2	UPSS UCI Pediatría	27 de Febrero 2026
3	UPSS Centro Obstétrico	20 de Marzo 2026
4	UPSS Centro Quirúrgico	24 de Abril 2026
5	UPSS Cirugía	22 de Mayo 2026
6	UPSS Ginecología	19 de Junio 2026

Cabe informar que, este documento se publicará en la Web Institucional del Hospital Regional de Loreto. <http://www.hrloreto.gob.pe>

Así mismo, solicitarle, por su intermedio hacer llegar este documento a la Unidad Funcional de Gestión de Calidad - UFGCS del MINSA, dentro del periodo establecido en la Ficha N° 44 y tenga a bien remitir la copia de envío de este documento.

Sin otro particular, me suscribo de usted no sin antes reiterarle las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente;
Dirección Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"
Dr. Jehoshua Rafael López López
CMP: 50534
DIRECTOR GENERAL

Cc
 Archivo
 JRM/LL/RCH/HHC/jprs



Punchana, 24 de julio del 2026

OFICIO N° 174 - 2026 - GRL - DRS - L /30.50.06

Señor:

M.C. Jehoshua Rafael Michelangelo LOPEZ LOPEZ

Director General del Hospital Regional de Loreto

Presente. -**ASUNTO : REMITE INFORME DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
FICHA N°44, CORRESPONDIENTE AL PRIMER SEMESTRE 2026.**

Tengo el agrado de dirigirme a Usted. Para saludarle y al mismo tiempo informarle que en el marco del proceso de cumplimiento de compromisos de mejora establecido en el D.S N° 022-2024, Ficha N° 44, "Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención de salud y la mejora de la calidad mediante la aplicación de rondas de seguridad del paciente" Se realizaron 06 Rondas de Seguridad del paciente de acuerdo al cronograma establecido y aprobado con RD. N° 012- 2026-GRL-DRS-L/30.50, la misma que se detalla a continuación:

1	UPSS Emergencia	30 de Enero 2026
2	UPSS UCI Pediatría	27 de Febrero 2026
3	UPSS Centro Obstétrico	20 de Marzo 2026
4	UPSS Centro Quirúrgico	24 de Abril 2026
5	UPSS Cirugía	22 de Mayo 2026
6	UPSS Ginecología	19 de Junio 2026

Cabe informar que, este documento se publicará en la Web Institucional del Hospital Regional de Loreto. <http://www.hrloreto.gob.pe>

Sin otro particular, me suscribo de usted no sin antes reiterarle las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente;

GERENCIA REGIONAL DE SALUD-LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"



Dra. HAYDEE ALVARADO CORA
Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad
C.F.P. 17203

Cc
Archivo
HAC/jprs

Modelo de Informe Semestral de Rondas de Seguridad del Paciente

A : M.C. JEHOHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ
Director General del Hospital Regional de Loreto

DE : Oficina de Gestión de la Calidad

I. ANTECEDENTES:

La seguridad de los pacientes es un aspecto crítico de la salud pública porque se relaciona con la respuesta organizada que la sociedad da a la población a través de la atención sanitaria. Los determinantes y condicionantes de la seguridad de los pacientes están vinculados con procesos inherentes a la asistencia, como la organización de los servicios y su capacidad para proveer una óptima calidad de atención, cuidar y proteger a los usuarios, anticipar daños y promover ambientes saludables, incluyendo y libres de amenazas a la integridad de las personas.

Las fallas, las deficiencias y errores en la atención de salud pueden tener consecuencias a menudo devastadoras para los usuarios y sus familias debido a las lesiones, daños, enfermedades y muerte por estas causas. El tema se ha constituido en una prioridad en la mayoría de los países y en todos los niveles de atención, especialmente en el ámbito hospitalario.

Con el propósito de contribuir a la promoción y seguimiento de prácticas seguras y en el marco de la iniciativa de la "Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente" Promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se promueve la implementación de las Rondas de Seguridad por una mejor calidad y seguridad de la Atención en salud.

Para ello se viene implementando una serie de medidas para fortalecer la Seguridad del Paciente, como son las Buenas Prácticas de Atención. La Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente, en el Hospital Regional de Loreto, permitirá el monitoreo e incremento del nivel de seguridad del paciente en los servicios y conocer de manera directa los factores que condicionan riesgos para el paciente, así como evitar que los pacientes sufran daños durante el tratamiento y la atención. La Rondas de Seguridad, consiste en realizar visitas planificadas en la que se monitoree 13 aspectos relacionados con la seguridad del paciente a fin de verificar la aplicación de las buenas prácticas durante la atención, tomando como referencia la normatividad vigente.

II. FINALIDAD

Promover la implementación de las prácticas seguras, contribuyendo a reducir los Eventos Adversos y mejorar la Seguridad en la Atención de los pacientes atendidos, a través de la realización de las Rondas de Seguridad, en el Hospital Regional de Loreto.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer las pautas para la implementación y ejecución de las rondas de seguridad del paciente, como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud en el Hospital Regional de Loreto.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar la ocurrencia de prácticas inseguras en los servicios asistenciales del Hospital Regional de Loreto.
2. Capacitar al Personal Profesional y no profesional en relación a las prácticas seguras durante la atención del paciente.
3. Tomar contacto con los pacientes para identificar aspectos relacionados con la seguridad en la atención de salud.
4. Crear compromisos con el personal responsable de la atención del paciente para mejorar su seguridad.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud, señala que las personas tienen derecho a exigir que los servicios que se les prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales.
- RM N° 308 -2010/MINSA, que aprueba la Lista de Verificación de la Cirugía Segura.
- RM N° 163 -2020/MINSA, que aprueba la Directiva sanitaria N° 92-IGSS/V.01: Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención en salud.
- Ley N° 29414 – Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de Salud.

Datos Generales:

- Hospital Regional de Loreto
- Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad reconocido con Acto Resolutivo “**Resolución Directoral N°002-2026-GRL-DRS-L/30.50**”
- Cronograma de Rondas de seguridad con Acto Resolutivo “**Resolución Directoral N°012-2026-GRL-DRS-L/30.50**”
- Planificación y ejecución de la Ronda de Seguridad del paciente

II. ANALISIS Y RESULTADOS:

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS SEGÚN SERVICIO EVALUADO RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE I SEMESTRE

FECHA	UPSS	% DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS	RESULTADO DE VALORACIÓN DE RIESGO (*Escala referencial)
30/01/2026	EMERGENCIA	81%	Riesgo Moderado
27/02/2026	UCI PEDIATRIA	75%	Riesgo Importante
20/03/2026	CENTRO OBSTETRICO	81%	Riesgo Moderado
24/04/2026	CENTRO QUIRÚRGICO	81%	Riesgo Moderado
22/05/2026	CIRUGÍA	76%	Riesgo Importante
19/06/2026	GINECOLOGÍA	75%	Riesgo Importante
I SEMESTRE	PROMEDIO	78.2%	Riesgo Importante

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

Durante el I semestre de 2026, el cumplimiento promedio de las buenas prácticas de seguridad del paciente fue de 78,2 %, clasificándose como riesgo importante. Si bien algunas UPSS alcanzaron un riesgo moderado, los resultados evidencian la necesidad de fortalecer el cumplimiento de las prácticas seguras y el seguimiento de las acciones de mejora para optimizar la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

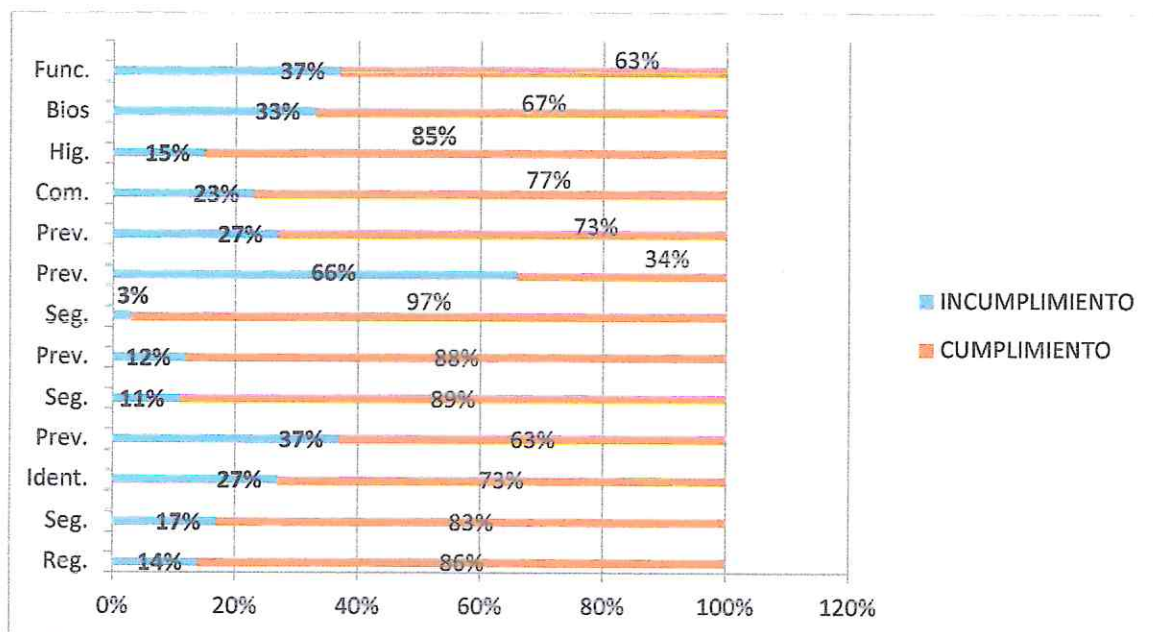
RESULTADOS DE LAS BUENAS PRACTICAS EVALUADAS EN LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR SERVICIO I SEMESTRE

UPSS	MES	Reg. H.C	Seg. UPSS	Ident. Corre.	Prev. Fuga.	Seg. Medi.	Prev. Caída	Seg. Sex.	Prev. UPP	Prev. Suicd.	Com. Efec.	Hig. Man	Bios	Func. Equip	% Total
EMERGENCIA	Enero	91%	86%	57%	50%	100%	82%	100%	50%	50%	100%	100%	75%	80%	81%
UCI PEDIATRIA	Febrero	80%	71%	86%	67%	75%	90%	80%	33%	88%	80%	88%	75%	60%	75%
CENTRO OBSTETRICO	Marzo	100%	80%	100%	83%	80%	67%	100%	-	-	100%	86%	38%	60%	81%
CENTRO QUIRÚRGICO	Abril	86%	95%	25%	100%	100%	100%	100%	-	-	-	86%	63%	60%	81%
CIRUGÍA	Mayo	83%	93%	86%	60%	80%	91%	100%	33%	80%	80%	75%	63%	60%	76%
GINECOLOGÍA	Junio	79%	71%	86%	20%	100%	100%	100%	22%	75%	100%	75%	86%	60%	75%
		86%	83%	73%	63%	89%	88%	97%	34%	73%	77%	85%	67%	63%	
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO															



Durante el I semestre de 2026, el cumplimiento promedio de las buenas prácticas de seguridad del paciente fue de 78,2 %. Los mejores resultados se obtuvieron en la prevención de úlceras por presión (97 %), la seguridad en la medicación (89 %) y el registro de la historia clínica (86 %); mientras que las principales oportunidades de mejora se identificaron en la prevención del suicidio (34 %), la prevención de fugas (63 %), la funcionalidad de equipos (63 %) y la comunicación efectiva (67 %). Estos resultados evidencian la necesidad de fortalecer el cumplimiento de los protocolos de seguridad y el seguimiento de las acciones de mejora para optimizar la calidad de la atención.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I SEMESTRE



Durante el primer semestre, el establecimiento de salud evidenció un nivel de cumplimiento favorable en las buenas prácticas de seguridad del paciente, destacando la prevención de eventos adversos (97 %), la higiene de manos (89 %), las funciones del Comité de Seguridad (85 %), la correcta identificación del paciente (86 %) y la seguridad en la medicación (83 %). No obstante, se identificaron oportunidades de mejora en la comunicación efectiva (66 %), el registro de la información clínica (73 %) y el cumplimiento de las medidas de bioseguridad (77 %), por lo que se recomienda fortalecer las acciones de supervisión, capacitación y monitoreo continuo para consolidar una cultura de seguridad y optimizar la calidad de la atención.

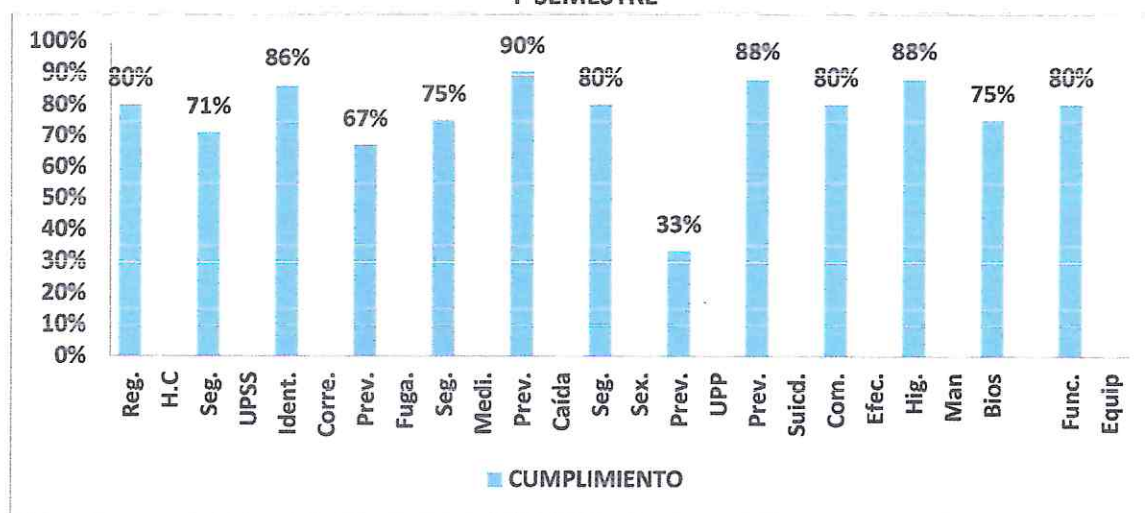


PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA UPSS EMERGENCIA I SEMESTRE



La UPSS Emergencia presentó un adecuado nivel de cumplimiento en las prácticas de seguridad del paciente, destacando el 100 % de cumplimiento en la prevención de caídas, seguridad sexual y prevención de úlceras por presión. Sin embargo, se identificaron oportunidades de mejora en la prevención del suicidio y la comunicación efectiva (50 %), así como en la funcionalidad de equipos y las medidas de bioseguridad (60 %). Estos resultados evidencian la necesidad de reforzar la supervisión, la capacitación del personal y el seguimiento de las acciones de mejora para fortalecer la seguridad de la atención.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA UPSS UCI PEDIATRIA I SEMESTRE



La UPSS UCI Pediatría evidenció un adecuado cumplimiento de las prácticas de seguridad del paciente, destacando la seguridad en la medicación (90 %), la comunicación efectiva y la bioseguridad (88 %). No obstante, se identificaron oportunidades de mejora en la prevención del suicidio (33 %), la prevención de fugas (67 %) y la funcionalidad de equipos (75 %), por lo que se requiere fortalecer el cumplimiento de los protocolos de seguridad, la vigilancia de pacientes y el mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA UPSS CENTRO OBSTETRICO I SEMESTRE



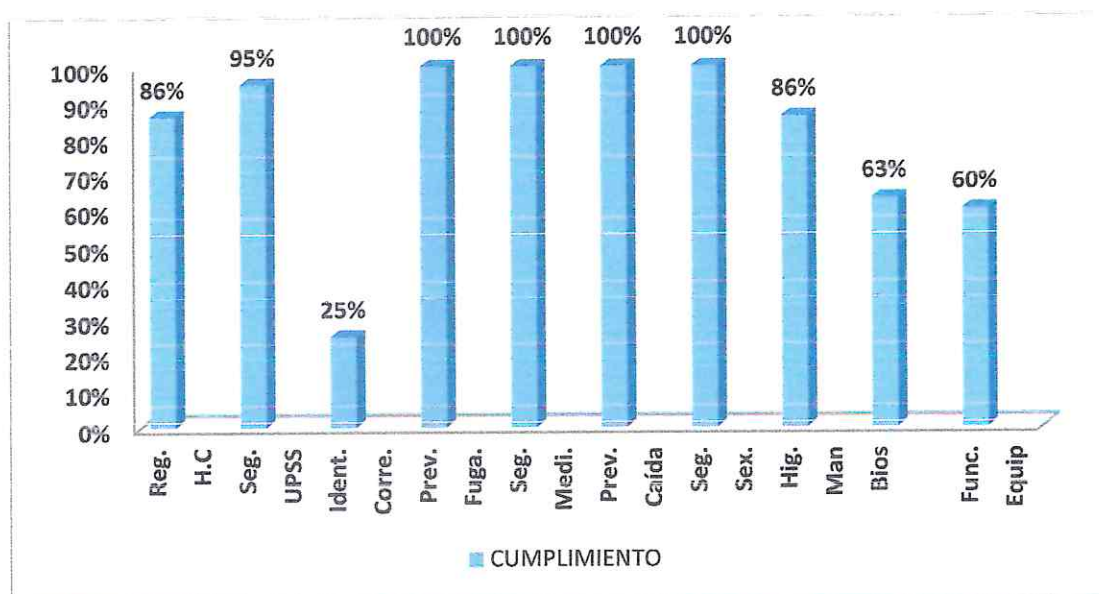
La UPSS Centro Obstétrico evidenció un alto nivel de cumplimiento en las prácticas de seguridad del paciente, alcanzando el 100 % en el registro de la historia clínica, la seguridad de la UPSS, la prevención de caídas y la seguridad sexual. No obstante, se identificaron oportunidades de mejora en la comunicación efectiva (38 %), la funcionalidad de equipos (60 %) y la higiene de manos (67 %), por lo que es necesario fortalecer las estrategias de comunicación, el mantenimiento de los equipos y el cumplimiento de las medidas de prevención y control de infecciones.



PERÚ

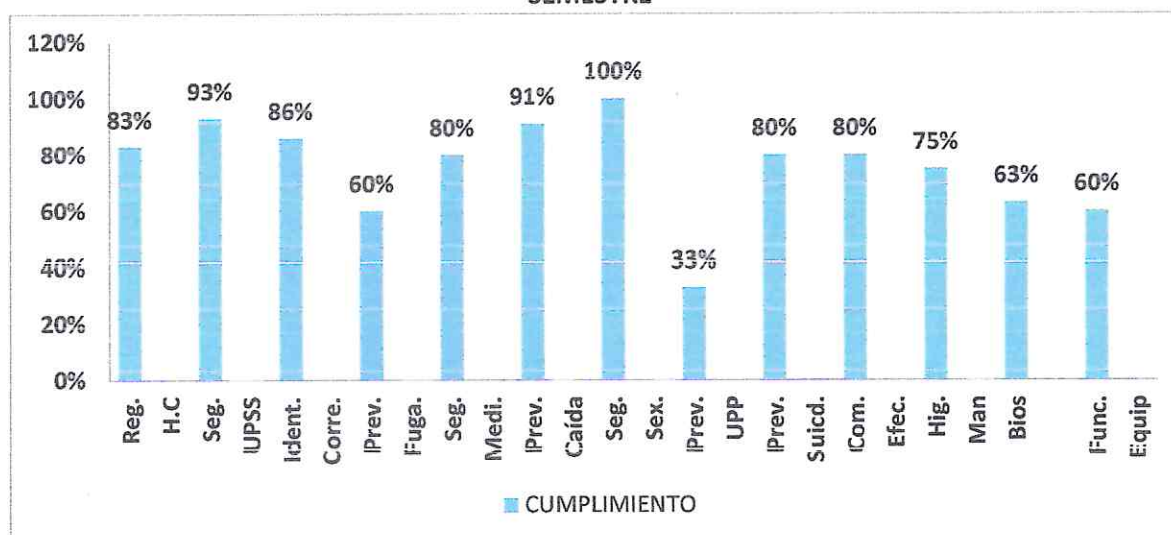
Ministerio
de SaludDespacho Viceministerial de
Prestaciones y Aseguramiento
en Salud

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA UPSS CENTRO QUIRURGICO I SEMESTRE



La UPSS Centro Quirúrgico presentó un alto nivel de cumplimiento en las prácticas de seguridad del paciente, evidenciando una adecuada adherencia a los protocolos institucionales. Sin embargo, se identificaron oportunidades de mejora en la prevención del suicidio (25 %), la bioseguridad (63 %) y la funcionalidad de equipos (60 %), por lo que es necesario fortalecer la supervisión del cumplimiento de las medidas de seguridad, el mantenimiento del equipamiento y el seguimiento de las acciones de mejora.

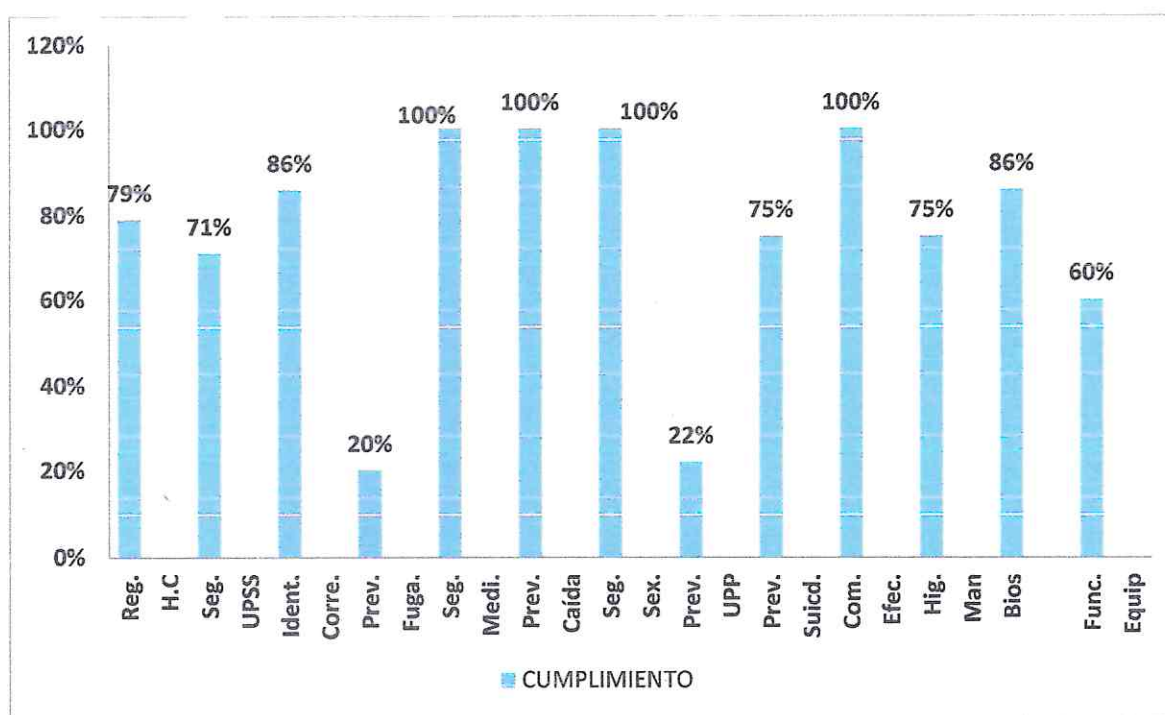
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA UPSS CIRUGIA SEMESTRE





La UPSS Cirugía presentó un adecuado cumplimiento de las prácticas de seguridad del paciente, destacando la prevención de úlceras por presión (100 %), la seguridad en la medicación (93 %) y la prevención de caídas (91 %). No obstante, se identificaron oportunidades de mejora en la prevención del suicidio (33 %), la bioseguridad (63 %) y la funcionalidad de equipos (60 %), por lo que se requiere fortalecer el cumplimiento de los protocolos de seguridad, la supervisión continua y el seguimiento de las acciones de mejora.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA UPSS GINECOLOGÍA SEMESTRE



La UPSS Ginecología presentó un adecuado cumplimiento de las prácticas de seguridad del paciente, destacando la prevención de caídas, la seguridad sexual y la prevención de úlceras por presión (100 %), así como la seguridad en la medicación (86 %). No obstante, se identificaron oportunidades de mejora en la prevención del suicidio (20 %), la comunicación efectiva (22 %) y la funcionalidad de equipos (60 %), por lo que es necesario fortalecer el cumplimiento de los protocolos de seguridad, la comunicación asistencial y el seguimiento de las acciones de mejora.

CUMPLIMIENTO DE ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS AL I SEMESTRE

N° RONDA	FECHA	UPSSS	% DE CUMPLIMIENTO DE ACCIONES IMPLEMENTADAS
1	27/02/2026	EMERGENCIA	89%
2	27/03/2026	UCI PEDIATRIA	86%
3	20/04/2026	CENTRO OBSTETRICO	88%
4	25/05/2026	CENTRO QUIRÚRGICO	85%
5	15/06/2026	CIRUGÍA	81%
6	25/06/2026	GINECOLOGÍA	81%

El seguimiento de las acciones de mejora implementadas durante el primer semestre evidenció un cumplimiento favorable, con resultados entre 81 % y 89 %, destacando la UPSS Emergencia (89 %), seguida del Centro Obstétrico (88 %) y la UCI Pediatría (86 %). No obstante, se identifican oportunidades de mejora en las demás UPSS, por lo que se recomienda fortalecer el seguimiento, la supervisión y la evaluación continua de las acciones implementadas, con el fin de consolidar una cultura de seguridad del paciente y alcanzar niveles de cumplimiento superiores al 90 %.

INFORMACIÓN SOBRE ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS EN RELACIÓN A LOS VERIFICADORES INSEGUROS. SERVICIO (EMERGENCIA)

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	PROPUESTAS DE ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS	IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA	Porcentaje de cumplimiento
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	21%	Memorando al personal asistencial para el registros de procedimientos realizados al usuario y realizar un buen llenado de las Historias clínicas, en forma legible ordenada y limpia	Memo N° 008 GRL-DRS-L/30.50.18	100%
Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCl, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	35%	Memorando al personal asistencial para el registros de procedimientos realizados al usuario y realizar un buen llenado de las Historias clínicas, en forma legible ordenada y limpia	Memo N° 008 GRL-DRS-L/30.50.18	100%



Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	14%	Implementar sistema de semaforización en cartel donde se identifique el riesgo de caídas	NO SE IMPLEMENTO	0%
Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	28%	Solicitar a Farmacia los brazaletes de identificación para el usuario y registrar los datos correctos y completos.	Memo N°009-GRL-DRS-L/30.50.18.	100%
Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	28%	Realizar un rol para el personal de reemplazo, con el fin de garantizar la atención ante cualquier eventualidad.	Oficio N° 141 - GRL- DRS-L /30.50.18	100%
Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	28%	Socializar con el personal sobre la importancia de la verificación de identidad, medida permite dar seguridad en la atención ante los procesos asistenciales (Administración de medicamentos, Procedimientos y otros)	Memo N°009-GRL-DRS-L/30.50.18.	100%
Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	14%	Solicitar a sus áreas correspondientes el rol del personal que se encuentra en formación, así mismo la presentación del tutor de enseñanza.	Oficio N° 141 - GRL- DRS-L /30.50.18	100%
Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	28%	Solicitar a Dirección la implementación de ropa de cama y paciente hospitalizado.	Oficio N° 141 - GRL- DRS-L /30.50.18	100%
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.	28%	Implementar un tríptico de información sobre elementos punzocortantes con el fin de prevenir el suicidio y lesiones.	Oficio N° *143-GRL-DRS-L.30.50.18	100%
Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	7%	Implementación de protocolo de prevención de caídas y contención mecánica	NO SE IMPLEMENTO	0%
Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción	28%	Implementación de un registro de pacientes con sujeción mecánica y	Oficio N° *143-GRL-DRS-L.30.50.18	100%



mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.		cumplir con las evaluaciones periódicamente.		
Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	28%	Implementación de un sistema de identificación ante los riesgos de suicidio.	Oficio N° 143-GRL-DRS-L/30.50.18	100%
Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	28%	Implementación de un protocolo ante la prevención de la fuga de paciente	Oficio N° 144-GRL-GRS-L/30.50.18	100%
Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	28%	Implementación de un sistema de identificación ante los riesgos de suicidio.	Oficio N° 143-GRL-DRS-L/30.50.18	100%
Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	28%	Implementación de un protocolo ante la prevención de la fuga de paciente	Oficio N° 144-GRL-GRS-L/30.50.18	100%
La entrega como la retirada de las comidas, el personal responsable procederán al recuento de las piezas de vajilla y cubiertos. Si se detecta la desaparición de alguna de ellas, se procederá al registro.	28%	Implementación de registro ante eventualidades en conteo de piezas de vajillas y cubiertos ante la prevención de suicidio y lesiones .	Oficio N° 143-GRL-DRS-L/30.50.18	100%
Se observa si se encuentran señalizadas las zonas rígidas y semirrígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	28%	Realizará un plan de mejora continua de las zonas rígidas y semirrígidas en el servicio de emergencia.	Oficio N° 145-GRS-DRS-L/30.50.18	100%
Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirrígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	28%	Realizará un plan de mejora continua de las zonas rígidas y semirrígidas en el servicio de emergencia.	Oficio N° 145-GRS-DRS-L/30.50.18	100%
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	28%	Solicitar a la oficina de mantenimiento y servicios generales el Plan de Mantenimiento Preventivo de los equipos biomédicos.	Oficio N° 146-GRS-DRS-L/30.50.18	100%



respectivas tarjetas.				
-----------------------	--	--	--	--

IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA Porcentaje de cumplimiento: 89 %

INFORMACIÓN SOBRE ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS EN RELACIÓN A LOS VERIFICADORES INSEGUROS. SERVICIO UCI PEDIATRIA

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	PROPUESTAS DE ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS	IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA	Porcentaje de cumplimiento
Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	14	Memorando al personal asistencial para registros de procedimientos realizados al usuario y realizar un buen llenado de las historias clínicas forma legible ordenada y limpia, registrar los diagnósticos CIE - 10, en Hcl.	Oficio N° 010 -GRL- DRS-L /30.50.15	100%
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos ó definitivos)	21	Memorando al personal asistencial para registros de procedimientos realizados al usuario y realizar un buen llenado de las historias clínicas forma legible ordenada y limpia, registrar los diagnósticos CIE - 10, en Hcl.	Oficio N° 010 -GRL- DRS-L /30.50.15	100%
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	35	Solicitar a la oficina de Docencia e Investigación la implementación del consentimiento informado para actividad de docencia en historias clínicas.	Oficio N° 010 -GRL- DRS-L /30.50.15	100%
Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	28	Socializar el formato y el buen llenado del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos	Oficio N° 018- GRL-DRS-L /30.50.15	100%
La letra de la Historia Clínica es legible	21	Memorando al personal asistencial para registros de procedimientos realizados al usuario y realizar un buen llenado de las historias clínicas forma legible ordenada y limpia, registrar los diagnósticos CIE - 10, en Hcl.	Oficio N° 010 -GRL- DRS-L /30.50.15	100%
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	21	Conformación de los Equipos de gestión de incidentes y Eventos Adversos Hospital Regional de Loreto, con el fin de realizar el plan de intervención, registrar, notificar y analizar.	Oficio N° 018- GRL-DRS-L /30.50.15	100%
Historia clínica	28	Memorando al personal asistencial para registros de procedimientos	Oficio N° 010 -GRL- DRS-L /30.50.15	100%



ordenada y limpia.		realizados al usuario y realizar un buen llenado de las historias clínicas forma legible ordenada y limpia, registrar los diagnósticos CIE - 10, en Hcl.		
Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	35	Implementación del sistema de llamado cerca de los pacientes y este operativo.	NO SE IMPLEMENTO	
Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	28	Implementar el protocolo de reevaluación del riesgo de úlceras por presión	Oficio n° 11 GRLDRS-L/30.50.15	100%
Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	28	Implementación de semaforización de medicamentos para control de fecha de vencimiento y caducidad	NO SE IMPLEMENTO	
Existencia de un registro de medicamentos controlados.	28	Implementación de semaforización de medicamentos para control de fecha de vencimiento y caducidad	NO SE IMPLEMENTO	
Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	28	Implementar un flujograma de atención ante los casos de sospecha y acto sexual consumadas en el Hospital Regional de Loreto.	NO SE IMPLEMENTO	
Conocimiento del paciente o familiar responsable sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico del mismo, el cual debe concordar con la información registrada en la historia clínica.	28	Implementar el sistema de información a los pacientes y familiares.	Oficio N° 019-GRL-DRS-L/30.50.15	100%
Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los	28	Implementación de revaloración diaria de los pacientes sometidos a personas con déficit neurológico, cognitivos y Drogodependientes.	Oficio N° 019-GRL-DRS-L/30.50.15	100%



drogo dependientes y las personas con déficits neurológicos cognitivos.				
Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	28	Implementación y control de pertenencias de familiares para evitar el uso de objetos potencialmente peligrosos.	Oficio N° 019-GRL-DRS-L/30.50.15	100%
Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	28	Implementación de protocolo de atención ante e control y prevención de las úlceras por presión.	Oficio N° 019-GRL-DRS-L/30.50.15	100%
Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	28	Implementación de protocolo de atención ante e control y prevención de las úlceras por presión.	Oficio N° 019-GRL-DRS-L/30.50.15	100%
Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	28	Implementación de un registro diario de notificación y evaluación del programa educativo a cuidador y familia.	Oficio N° 019-GRL-DRS-L/30.50.15	100%
Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	28	Implementación de protocolo de guía de atención ante el control de las úlceras por presión.	Oficio n° 11 GRL.DRS-L/30.50.15	100%
Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados	28	Implementación de protocolo de atención ante e control y prevención de las úlceras por presión.	Oficio n° 11 GRL.DRS-L/30.50.15	100%





como en aquellos atendidos en domicilio				
El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.	28	El personal de enfermería deberá custodiar y almacenar los medicamentos bajo llave.	Oficio N° 018- GRL-DRS-L /30.50.15	100%
La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	28	Implementación de trípticos informativos de los servicios, horarios de atención de proceso de atención.	Oficio N°020 GRL-DRS-L/30.50.15	100%
Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	28	Implementación de trípticos informativos de los servicios, horarios de atención de proceso de atención .	Oficio N°020 GRL-DRS-L/30.50.15	100%
Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	28	Implementación de mensajes y dibujos que promueven la adherencia de monitoreo de higiene de manos colocados estratégicamente en el servicio.	Oficio N° 021- GRL-DRS-L /30.50.15	100%
Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirrígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	28	Implementación de mensajes y dibujos que promueven la adherencia de monitoreo de higiene de manos colocados estratégicamente en el servicio.	Oficio N° 021- GRL-DRS-L /30.50.15	100%
Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirrígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	28	Implementación de señalización de las zonas rígidas y semirrígidas en el servicio.	Oficio N° 022-GRL- DRS-L/ L/30.50.15	100%
Equipos biomédicos	28	Solicitar a la oficina de mantenimiento el plan anual de mantenimiento	Oficio N° 022-GRL- DRS-L/30.50.15	100%



operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad		preventivo de equipos biomédicos del servicio con su respectiva tarjeta de control.		
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	28	Solicitar a la oficina de mantenimiento el plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos del servicio con su respectiva tarjeta de control.	Oficio N° 022-GRL- DRS-L/30.50.15	100%

IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA Porcentaje de cumplimiento 86%

INFORMACIÓN SOBRE ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS EN RELACIÓN A LOS VERIFICADORES INSEGUROS. SERVICIO CENTRO OBSTÉTRICO

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	PROPUESTAS DE ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS	IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA	Porcentaje de cumplimiento
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	21	Socializar el formato y el buen llenado del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos	Oficio N° 118- 226-GRL-GRS-L/30.50.14	100%
Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	14	Implementación de un sistema de reemplazo ante alguna ausencia del personal del servicio a fin de garantizar la atención.	Oficio N° 119-2026-GRL-DRS-L/30.50.14	100%
Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	28	Implementación de revaloración diaria de los pacientes sometidos a personas con déficit neurológicos, cognitivos y drogodependientes.	No se implementó	0%
Paciente conoce los efectos	28	Solicitar información especializada de orientación sobre los efectos	Oficio N° 125- 2026-GRL-DRS-L/30.50.14	100%



secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.		secundarios del uso de fármacos.		
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	28	Solicitar a la oficina de Docencia e Investigación la implementación del consentimiento informado para actividad de docencia en historias clínicas.	Oficio N° 129-2026 GRL-DRS-L/30.50.14	100%
Existencia de un registro de medicamentos controlados.	28	Implementación de semaforización de medicamentos para control de fecha de vencimiento y caducidad	Oficio N° 125- 2026-GRL-DRS-L/30.50.14	100%
Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	28	Implementación sobre el procedimiento ante el caso de fuga del paciente	Oficio N° 095 -2026 GRL-GRS-L/30.50.14	100%
Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	28	Implementación de protocolo de atención sobre sujeción mecánica ante medidas preventivas.	No se implementó	0%
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	28	Solicitar a la oficina de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos e implementar la tarjeta de control en los equipos.	Oficio N° 095 -2026 GRL-GRS-L/30.50.14	100%
El servicio ha implementado el uso de 'Care Bundle' o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	28	Implementación de "Care Bundle" de los servicios, ante la prevención de las IAAS.	Oficio N°130- 2026 -GRL-GRS-L/30.50.14	100%



Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	28	Implementación de actividades de vigilancia epidemiológica en el servicio.	Oficio N°130- 2026 -GRL-GRS-L/30.50.14	100%
Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	28	Coordinar con la oficina de epidemiología señalización de zonas rígidas y semirígidas de la unidad Productora de Servicio .	Oficio N°130- 2026 -GRL-GRS-L/30.50.14	100%
Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	28	Implementación de mensajes y dibujos pegatinas sobre la adherencia sobre higiene de manos y adherencia de los 5 momentos.	Oficio N° 128-2026 GRL-GRS-L/30.50.14	100%
Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	28	Coordinar con la oficina de epidemiología la señalización de zonas rígidas y semirígidas en los servicios.	Oficio N° 130-2026 GRL-GRS-L/30.50.14	100%
Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	28	Implementación de "Care Bundle" de los servicios, ante la prevención de las IAAS.	Oficio N° 130-2026 GRL-GRS-L/30.50.14	100%
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	Solicitar a la oficina de mantenimiento el plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos del servicio con su respectiva tarjeta de control	Oficio N° 131-2026 GRL-GRS-L/30.50.14	100%

IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA Porcentaje de cumplimiento 88%

FORMACIÓN SOBRE ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS EN RELACIÓN A LOS VERIFICADORES INSEGUROS. SERVICIO CENTRO QUIRÚRGICO

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	PROPUESTAS DE ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS	IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA	Porcentaje de cumplimiento
La letra de la Historia Clínica es legible	21	Memorando para a el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	MEMO (M) N° 010-2026 GRL-DRS-L/30.50.19	100%
Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	14	Memorando para a el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	MEMO(M) N° 010-2026 GRL-DRS-L/30.50.19	100%
Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	28	Implementación del sistema de identificación correcta de cada paciente implica cartel con datos completos del paciente.	MEMO N° 011- 2026-GRL-DRS-L/30.50.19	100%
Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	35	Implementación del sistema de identificación correcta de cada paciente implica cartel con datos completos del paciente.	MEMO N° 011- 2026-GRL-DRS-L/30.50.19	100%
Historia clínica ordenada y limpia.	35	Memorando para a el personal, sobre el llenado correcto de las hsitorias, ordenada y limpia.	MEMO(M) N° 010-2026 GRL-DRS-L/30.50.19	100%
Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	14	Implementación del sistema de identificación correcta de cada paciente implica cartel con datos completos del paciente.	MEMO N° 011- 2026-GRL-DRS-L/30.50.19	
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	35	Implementación del sistema de identificación correcta de cada paciente implica cartel con datos completos del paciente.	MEMO N° 011- 2026-GRL-DRS-L/30.50.19	100%
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	28	.Capacitación al personal asistencial al cumplimiento de desinfección de los 8 pasos de higiene de manos.	No se implementó	0%



VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	PROPUESTAS DE ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS	IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA	Porcentaje de cumplimiento
Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	28	.Implementación del sistema de señalización de las zonas rígidas y semirígida.	No se implementó	0%
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	28	.Solicitar a la unidad de mantenimiento el plan anual y cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos e implementados con su respectiva tarjeta de control.	Oficio N°121-B-2026-GRL-GRL-GRS-L/30.50.19	100%
Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	28	Socialización al personal de la salud sobre en cumplimiento de los 10 correctos.	Oficio N°123-2026-GRL-DRS.L/30.50.19	100%
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	Solicitar a la unidad de mantenimiento el plan anual y cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos e implementados con su respectiva tarjeta de control.	Oficio N°121-B-2026-GRL-GRL-GRS-L/30.50.19	100%
. Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	28	Implementación del sistema de señalización de las zonas rígidas y semirígida.	Oficio N°123-2026-GRL-DRS.L/30.50.19	100%

IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA Porcentaje de cumplimiento 85%

INFORMACIÓN SOBRE ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS EN RELACIÓN A LOS VERIFICADORES INSEGUROS. SERVICIO CIRUGÍA

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	PROPUESTAS DE ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS	IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA	%
Registro de la Hoja de Balance hidro - electrolítico actualizado.	21	Memorando para a el personal, sobre el llenado correcto de las hsitorias, ordenada y limpia.	Memo N° 013 -2026 GRL-DRS-L/30.50.19	100%
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	14	Memorando para a el personal, sobre el llenado correcto de las hsitorias, ordenada y limpia.	Memo N° 013 -2026 GRL-DRS-L/30.50.19	100%
Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	28	Implementación del sistema de identificación correcta de cada paciente implica cartel con datos completos del paciente.	Memo °014 -2026-GRL-DRS-L/30.50.19	100%
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	35	Solicitar a la Oficina de docencia e investigación la implementación del formato de actividades de docencia dentro de las historias clínicas.	Memo °014 -2026-GRL-DRS-L/30.50.19	100%
La letra de la Historia Clínica es legible	35	Memorando para a el personal, sobre el llenado correcto de las hsitorias, ordenada y limpia.	Memo N° 013 -2026 GRL-DRS-L/30.50.19	100%
Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	14	Implementación del sistema de identificación correcta de cada paciente implica cartel con datos completos del paciente.	Memo N° 124-2026 GRL-DRS-L/30.50.19	100%
Historia clínica ordenada y limpia.	35	Memorando para a el personal, sobre el llenado correcto de las hsitorias, ordenada y limpia.	Memo N° 013 -2026 GRL-DRS-L/30.50.19	100%
Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	28	Implementación del protocolo que se active en caso de fuga	No se implementó	0%



PERÚ

Ministerio
de SaludDespacho Viceministerial de
Prestaciones y Aseguramiento
en Salud

Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	28	Implementación de protocolo de guía de atención ante el control de las úlceras por presión.	No se implementó	0%
Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	28	Implementación de revaloración diaria de los pacientes sometidos a personas con déficit neurológico, cognitivos y Drogodependientes.	Oficio N° 123 GRL-GRS-L/30.50.19	100%
Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	28	Implementación de protocolo de guía de atención ante el control de las úlceras por presión.	No se implementó	0%
Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	28	Implementación de un registro diario de notificación y evaluación del programa educativo a cuidador y familia.	Oficio N° 123 GRL-GRS-L/30.50.19	100%
Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	28	Socialización al personal de la salud sobre en cumplimiento de los 10 correctos.	Oficio N° 125 GRL-GRS-L/30.50.19	100%
Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	28	Solicitar a la unidad de mantenimiento el plan anual y cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos e implementados con su respectiva tarjeta de control.	Oficio N° 126 GRL-GRS-L/30.50.19	100%



Existencia de un registro de medicamentos controlados.	28	Implementación del sistema de señalización de las zonas rígidas y semirrígidas.	Oficio N° 130 GRL-DRS-L/30.50.19	100%
Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	28	Implementación de protocolo de guía de atención ante el control de las úlceras por presión.	En proceso	50%
Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	28	Implementación de protocolo de guía de atención ante el control de las úlceras por presión.	No se implementó	0%
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	Implementación de un protocolo de prevención de conductas suicidas (control y registro de cualquier incidente).	No se implementó	0%
Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales médicos al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	28	Capacitación sobre el fortalecimiento de la comunicación efectiva y clima laboral favorable de los profesionales asistenciales en el servicio.	Oficio N° 127 GRL-GRS-L/30.50.19	100%
Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales	28	Capacitación sobre el fortalecimiento de la comunicación efectiva y clima laboral favorable de los profesionales asistenciales en el servicio.	Oficio N° 127 GRL-GRS-L/30.50.19	100%



encargados del cuidado del paciente al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.				
Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	28	Coordinar con el departamento de farmacia la adquisición y / o compra de alcohol gel para implementar todos las UPSS	Oficio N° 128-2026-GRL-DRS-L/30.50.19	100%
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	28	Capacitación al personal asistencial al cumplimiento de desinfección de los 8 pasos de higiene de manos.	Oficio N° 128-2026-GRL-DRS-L/30.50.19	100%
Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	28	Capacitar al personal asistencial sobre manejo de catéteres periféricos, con el fin de garantizar el cuidado del paciente.	Oficio N° 128-2026-GRL-DRS-L/30.50.19	100%
Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	28	Capacitar al personal asistencial sobre vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de las IAAS, en el servicio.	Oficio N° 129-2026-GRL-DRS-L/30.50.19	100%
Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	28	Implementación del sistema de señalización de las zonas rígidas y semirígida.	En proceso	50%
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	28	Solicitar a la unidad de mantenimiento el plan anual y cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos e implementados con su respectiva tarjeta de control.	Oficio N° 126 GRL-GRS-L/30.50.19	100%



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	Solicitar a la unidad de mantenimiento el plan anual y cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos e implementados con su respectiva tarjeta de control.	Oficio N° 126 GRL-GRS-L/30.50.19	100%
---	----	--	----------------------------------	------

IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA Porcentaje de cumplimiento 81%

INFORMACIÓN SOBRE ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS EN RELACIÓN A LOS VERIFICADORES INSEGUROS. SERVICIO GINECOLOGÍA

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	PROPUESTAS DE ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS	IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA	Porcentaje de cumplimiento
Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, terapéutica y Plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable.	28	Memorando para el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	Memo N° 001 GRL-DRS-L/30.50.17	100%
Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de ánimo.	21	Memorando para el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	Memo N° 001 GRL-DRS-L/30.50.17	100%
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	28	Solicitar a la Oficina de docencia e investigación la implementación del formato de actividades de docencia dentro de las historias clínicas.	Oficio N° 150 - 2026- GRL-DRL- 30.50.19	100%
Historia clínica ordenada y limpia.	35	Memorando para el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	Memo N° 001 GRL-DRS-L/30.50.17	100%



Registro y gráfico actualizado de la Funciones Vitales.	28	Memorando para el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	Memo N° 001 GRL-DRS-L/30.50.17	100%
Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	28	Memorando para el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	Memo N° 001 GRL-DRS-L/30.50.17	100%
La letra de la Historia Clínica es legible	20	Memorando para el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	Memo N° 001 GRL-DRS-L/30.50.17	100%
Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	28	Implementación del sistema de llamado (timbre) en el servicio	Oficio N° 031 - 2006- GRL-DRS-L/30.50.17	100%
Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	28	Implementación de protocolo de guía de atención ante el control de las úlceras por presión,	Oficio N° 031 - 2006- GRL-DRS-L/30.50.17	100%
Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	40	Implementación de ropa de cama para pacientes hospitalizados y que sean fácilmente identificables.	Oficio N° 032-2026-GRL-DRS-L/30.50.17	100%
Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	28	Implementar un sistema de control de ingreso y egreso del área de hospitalización y mantener un entorno seguro.	Oficio N° 032-2026-GRL-DRS-L/30.50.17	100%
Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	28	Implementación del protocolo que se active en caso de fuga	Oficio N°033-2026-GRL-DRS-L/30.50.17	100%
Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	28	Implementar en los servicios el uso de camas con baranda , con el fin de garantizar la seguridad del paciente 8 riesgos).	Oficio N° 034 - 2026- GRL-DRL- 30.50.17	100%
Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de	28	Implementación del protocolo que se active en caso de fuga	Oficio N° 035-2026-GRL-DRS-L/30.50.17	100%



supervisión oportunas.				
Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	28	Implementación del sistema de identificación correcta de cada paciente implica cartel con datos completos del paciente.	En proceso	50%
Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	28	Implementación de protocolo de guía de atención ante el control de las úlceras por presión.	No se implementó	0%
Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	28	Implementación de protocolo de guía de atención ante el control de las úlceras por presión.	No se implementó	0%
Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	28	Implementación de protocolo de guía de atención ante el control de las úlceras por presión.	No se implementó	0%
Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	28	Implementación de protocolo de guía de atención ante el control de las úlceras por presión.	No se implementó	0%
Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos.	28	Implementación de protocolo de guía de atención ante el control de las úlceras por presión.	No se implementó	0%
Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	28	Implementación de protocolo de guía de atención ante el control de las úlceras por presión.	No se implementó	0%
El protocolo de prevención de conductas suicidas	28	Implementación de un protocolo de prevención de conductas suicidas (control y registro de cualquier	Oficio N°037-2026-GRL-DRS-L/30.50.17	100%



PERÚ

Ministerio
de SaludDespacho Viceministerial de
Prestaciones y Aseguramiento
en Salud

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.		incidentes.		
Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	28	Solicitar la implementación de los dispensadores de papel multifoliado y papel megarollo	Oficio N° 036-2026-GRL-DRS-L/30.50.17	100%
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	28	Capacitación al personal asistencial al cumplimiento de desinfección de los 8 pasos de higiene de manos.	Oficio N° 036-2026-GRL-DRS-L/30.50.17	100%
Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	28	Capacitar al personal asistencial sobre manejo de catéteres periféricos, con el fin de garantizar el cuidado del paciente.	Oficio N° 038-2026-GRL-DRS-L/30.50.17	100%
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	28	Solicitar a la unidad de mantenimiento el plan anual y cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos e implementados con su respectiva tarjeta de control.	Oficio N° 039- 2026-GRL-DRS-L/30.50.17	100%
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	Solicitar a la unidad de mantenimiento el plan anual y cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos e implementados con su respectiva tarjeta de control.	Oficio N° 039- 2026-GRL-DRS-L/30.50.17	100%

IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA Porcentaje de cumplimiento 81%

EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD I SEMESTRE 2026.

N°	INDICADOR	FORMULA	TIPO DE INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	% I SEMESTRE
1	% de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la IPRESS	$\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas} / \text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad programadas} \times 100$	PROCESO	Mensual	Se realizó 6 procesos de Rondas de Seguridad durante el I Semestre. (6/6 = 100%)
2	% de Cumplimiento de Buenas Prácticas en la IPRESS	$\text{N}^\circ \text{ de verificadores conformes} / \text{N}^\circ \text{ de verificadores evaluados} \times 100$	RESULTADO	Mensual	78.2% (Riesgo Importante)
3	% de acciones de mejora implementadas en la IPRESS	$\text{N}^\circ \text{ de acciones de mejora implementadas} / \text{N}^\circ \text{ de acciones de mejora propuestas} \times 100$	PROCESO Y RESULTADO	Mensual	85%

Durante el I semestre de 2026 se ejecutó el 100 % de las Rondas de Seguridad programadas, evidenciando el cumplimiento de la planificación institucional. El cumplimiento de las buenas prácticas alcanzó el 78,2 %, clasificándose como riesgo importante, mientras que la implementación de las acciones de mejora fue del 85 %. Estos resultados reflejan un adecuado seguimiento de los hallazgos, aunque es necesario fortalecer el monitoreo y la ejecución de las acciones de mejora para consolidar la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

III. CONCLUSIONES

- Se cumplió de manera efectiva con la ejecución del 100% de las Rondas de Seguridad del Paciente programadas para este I Semestre.
- Las UPSS evaluadas fueron los Servicios de
- El porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas evaluadas durante las RSP realizadas en el semestre fueron Emergencia 81%, UCI Pediatría 71%, Centro Obstétrico 81%, Centro Quirúrgico 81%, Cirugía 76%, Ginecología 75%.
- Los verificadores con mayor índice de incumplimiento se concentraron principalmente en los componentes de Buenas prácticas, ejemplo ej. Higiene de manos / Bioseguridad)



- Se evidencia el cumplimiento del plan de acción en un 89 % Emergencia, UCI Pediatría en 86% en Centro Obstétrico 88% en Centro Quirúrgico 85 % , Cirugía 81, Ginecología 81%

IV. RECOMENDACIONES

- Elevar formalmente al MINSA el informe semestral de cumplimiento de aplicación de rondas de seguridad
- Continuar con el cumplimiento estricto del cronograma aprobado.
- Disponer que los jefes de departamento implementen de forma obligatoria las acciones de mejora asignadas por el equipo de RSP en sus respectivas áreas.
- Registrar y resguardar los sustentos y evidencias que demuestren la ejecución de las mejoras dentro de los plazos fijados en el plan de acción
- Priorizar el seguimiento continuo y las asistencias técnicas en las UPSS que registraron los niveles de cumplimiento más bajos o riesgos intolerables.
- Establecer un mecanismo de reconocimiento institucional para la UPSS que haya obtenido el mejor desempeño en seguridad del paciente durante el semestre

V. ANEXOS SUBIDOS AL ENLACE DRIVE MINSA (OBLIGATORIO)

Se deja Constancia de que los anexos detallados a continuación no se adjuntan en formato físico o de manera individual a este informe, ya que han sido cargados de forma obligatoria en la matriz del enlace Drive MINSA provisto en la sección



PERÚ

Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

SERVICIO DE EMERGENCIA





PERÚ

Ministerio
de SaludDespacho Viceministerial de
Prestaciones y Aseguramiento
en Salud

SERVICIO DE UCI PEDIATRIA

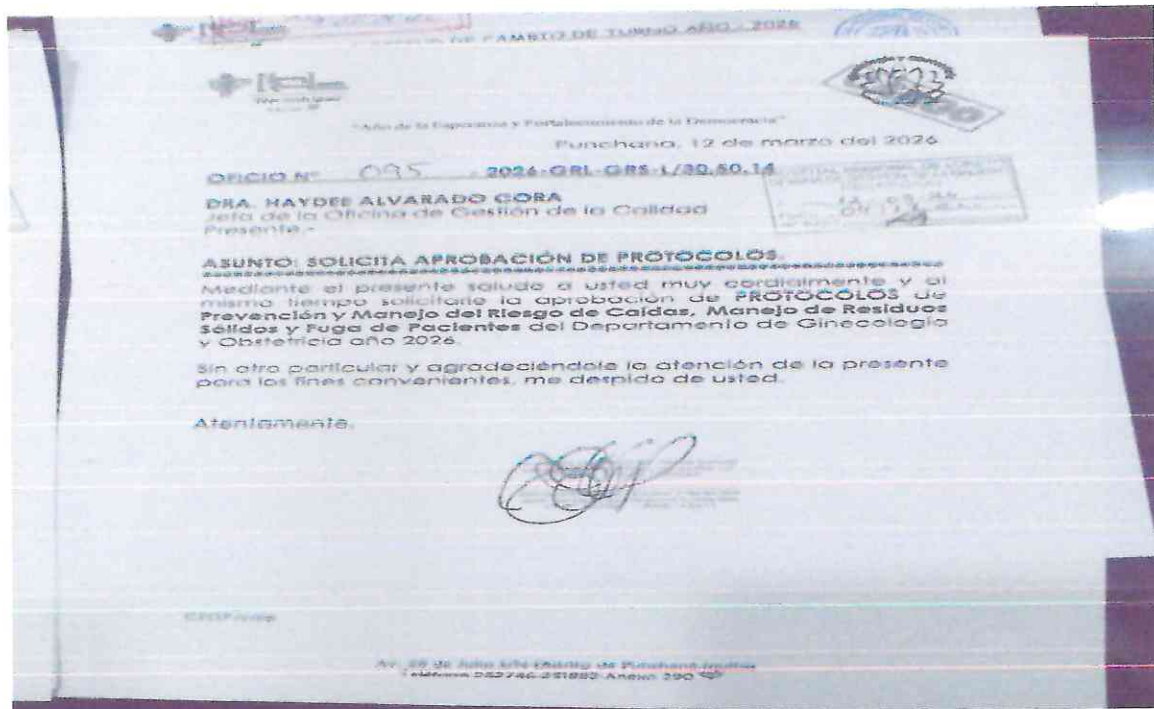




PERÚ

Ministerio
de SaludDespacho Viceministerial de
Prestaciones y Aseguramiento
en Salud

SERVICIO DE CENTRO OBSTETRICO





PERÚ

Ministerio
de SaludDespacho Viceministerial de
Prestaciones y Aseguramiento
en SaludSERVICIO CENTRO QUIRÚRGICO



PERÚ

Ministerio
de SaludDespacho Viceministerial de
Prestaciones y Aseguramiento
en Salud**SERVICIO DE CIRUGÍA**BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024



PERÚ

Ministerio
de SaludDespacho Viceministerial de
Prestaciones y Aseguramiento
en SaludServicio de GinecologíaBICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 • 2024

EMERGENCIA

30/01/2026

ANEXO N° 03

RESULTADOS

EVALUACIÓN



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2026
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	FECHA APLICACION:	30/01/2026	(dd/mm/aaaa)	
UPSS:	EMERGENCIA	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. SARA DE PIEDAD MAFALDO RICOPA		
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JEHOASHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. MIGUEL GRANDEZ VELA	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	Lic. Enf. HAYDEE ALVARADO CORA, Dra.		
RESP. DPTO. SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. MARITZA ROSSANA SILVA VÁSQUEZ	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RÍOS SALINAS		

Dr. Jehoshua Rafael López
CMP: 50534

DIRECTOR GENERAL
Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. Jorge Luis Baldeón Ríos
Médico Internista
CMP: 26449 - RNE: 14472
Jefe del Dpto. de Medicina

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RÍOS SALINAS
Jefa de Unidad de Garantía de la Calidad
C.E.P. 48181

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Lic. Enf. SARA DEL PIEDAD MAFALDO RICOPA
Jefe de la Oficina de
Epidemiología y Salud Pública

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
SEGURIDAD EN LA HISTORIA CLÍNICA	91%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	86%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	57%
PREVENCIÓN DE FUGA	50%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	92%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	50%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	100%
BIOSEGURIDAD	75%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%
PROMEDIO	81%

PROMEDIO 81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

81%

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. Julio Alfredo Canelo Torres
CMP: 288916
JEFE DEL DPTO. DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dr. Luis Ernesto Arteaga Mendoza
Médico Hematólogo
Jefe del Dpto. de Ortopedia
CMP: 44020

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. CESAR JOHNNY RAMAL ASAYAG
CMP: 26491 - RNE: 28076
Jefe del Dpto. de Enfermedades Infecciosas y Tropicales

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

LIC. ENF. GREISI ELENA CURICO HUANCI
Jefa de Unidad de Auditoría de la Calidad
de la Atención de Salud
C.E.P. 93228

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
FELIPE S. ARRIOLA IGLESIAS

MANUEL GUERRA VALLES
C.M.P. 62878

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA
CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. Sergio Ruiz Tello
CMP: 28194 - RNE: 15836
Jefe del Departamento de Pediatría

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dr. Sergio Rodríguez Benavides
CMP: 50468 - RNE: 22727
Jefe de Centro Quirúrgico

HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"
Departamento de Cirugía

Dr. EDYNN FLORES PEZO
Jefe del Departamento de Cirugía
Médico Traumatólogo
CMP: 28510 - RNE: 22358

ECOL ANA VICTORIA...
JEFE DE UNIDAD DE SALUD AMBIENTAL

CPC MIGUEL GRANDEZ VELA

ANEXO N° 06

PLAN DE ACCIÓN

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

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2026
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	30/01/2026 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JEHOSHUA RAFAEL M. LÓPEZ	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. SARA DE PIEDAD MAFALDO RICOPIA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC. MIGUEL GRANDEZ VELA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. HAYDEE ALVARADO CORA, Dra.		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
105	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DDMIV de correspondencia (presuntivos o definitivos)	Memorando al personal asistencial para el registros de procedimientos realizados al usuario y realizar un buen llenado de las Historias clínicas, en forma legible ordenada y limpia.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2026
63	HISTORIA CLINICA	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCl, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	Memorando al personal asistencial para el registros de procedimientos realizados al usuario y realizar un buen llenado de las Historias clínicas, en forma legible ordenada y limpia.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2026
42	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.			
84	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.			
42	SEGURIDAD EN LA UPSS	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	Implementar sistema de semi-fortificación en cartel donde se identifique el riesgo de caídas	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2026
84	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Solicitar a Farmacia los brazaletes de identificación para el usuario y registrar los datos correctos y completos.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2026
84	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	Realizar un rol para el personal de reemplazo, con el fin de garantizar la atención ante cualquier eventualidad.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2026
84	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	Socializar con el personal sobre la importancia de la verificación de identidad, medida permitiendo dar seguridad en la atención ante los procesos asistenciales (Administración de medicamentos, Procedimientos y otros)	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2026
84	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	Solicitar a sus áreas correspondientes el rol del personal que se encuentra en formación, así mismo la prevención del tutor de enfermería	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2026
			Solicitar a Dirección la implementación de ropa de cama y paciente hospitalizado.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2026
			Implementar un típico de información sobre elementos purzocortantes con el fin de prevenir el suicidio y lesiones.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2026

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

TRIMESTRE:		I TRIMESTRE	AÑO:	2026
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	30/01/2026		
UPSS:	EMERGENCIA	LIC. INF. SARA DE PIEDAD MAFALDO RICOPIA		
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JEHOSHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	OPC. MIGUEL GRANDEZ VELA	LIC. INF. HAYDEE ALVARADO CIRA, Dra.		
RESP. DPTO. SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. INF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ	LIC. INF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
84	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Protocolo que establece posturas, objetivos, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	Implementación de protocolo de prevención de caídas y contención mecánica	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2026
84	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	Implementación de un registro de pacientes con sujeción mecánica y cumplir con las evaluaciones periódicamente.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2026
84	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	Implementación de un sistema de identificación ante los riesgos de suicidio	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2026
84	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	Implementación de un protocolo ante la prevención de la fuga de paciente	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2026
56	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autodestructiva, insatisfechos con la atención, conductas suicidas en el entorno cercano.	Implementación de un sistema de identificación ante los riesgos de suicidio.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2026
21	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Implementación de un protocolo ante la prevención de la fuga de paciente	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2026
84	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	La entrega como la retirada de las camas, el personal responsable procederán al recuento de las piezas de vajilla y cubiertos. Si se detecta la desaparición de alguna de ellas, se procederá al registro.	Implementación de registro ante eventualidades en contra de piezas de vajillas y cubiertos ante la prevención de suicidio y lesiones.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2026
84	BIOSEGURIDAD	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Realizar un plan de mejora continua de las zonas rígidas y semirígidas en el servicio de emergencia.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2026
84	BIOSEGURIDAD	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Realizar un plan de mejora continua de las zonas rígidas y semirígidas en el servicio de emergencia.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2026
84	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con anexo su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluyendo los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Organizar a la clínica de mantenimiento y servicios generales el Plan de Mantenimiento Preventivo de los equipos biomédicos.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2026

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD-LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
FELIPE ARRIOLA IGLESIAS
DR. JOSE C. RENGIFO FERNANDINI
JEFE DPTO. EMERGENCIA Y ATENDIDOS CRÍTICOS
Firma: [Firma]

ANEXO N° 07

MONITOREO

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



FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRILLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2025
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACIÓN:	30/01/2025 (DD/MM/AA.AA)		
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JHOSHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. SARA DE PIEDAD INFALDO RICOPIA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC. MIGUEL GRANIEZ VELA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNAN DINI		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. MAYDEE ALVARADO CORA, Dña.		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN							
89%							
PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aa)	MONITOREO (dd/mm/aa)	IMPLEMENTACIÓN
105	HISTORIA CLINICA	Registro de las diagnósticas con certificación C.E. 10 a D.M. IV de correspondientes (presuntivos o definitivos).	Revisión de la historia clínica para el registro de procedimientos realizados al usuario y registrar un buen tiempo de la historia clínica, en forma legible, ordenada y limpia.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2025	Memo N° 009-GRU-DRS- L/03.10.18	SI
60	HISTORIA CLINICA	Registro completo de la historia del paciente. Expte. del E.E.H. N° 64 HCL, Historia y Evolución del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, sexo, color de piel, tipo de sangre, DNI, religión, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Red social, Acompañante a la internación de salud al caso.	Revisión de la historia clínica para el registro de procedimientos realizados al usuario y registrar un buen tiempo de la historia clínica, en forma legible, ordenada y limpia.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2025	Memo N° 009-GRU-DRS- L/03.10.18	SI
							SELECCION
							SELECCION
42	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente antes de la llegada al hospital como en el canal de video.	Verificar la historia clínica de identificación en cada caso, se debe que el riesgo de caídas.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2025		NO
84	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados con los datos y completos.	Realizar a Faltas de identificación de identificación para el usuario y registrar los datos correctos y completos.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2025	Memo N° 009-GRU-DRS- L/03.10.18	SI
42	SEGURIDAD EN LA UPSS	Medicamento de emergencia para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	Realizar un control de personal de emergencia, con el fin de garantizar la atención ante cualquier emergencia.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2025	Oficio N° 141-GRU-DRS- L/03.10.18	SI
84	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Realizar un control de personal de emergencia, con el fin de garantizar la atención ante cualquier emergencia.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2025	Memo N° 009-GRU-DRS- L/03.10.18	SI
84	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal en formación, instrucción, capacitación, especialidad o áreas (donde usen que tienen un personal calificado que cubra el servicio de urgencia).	Realizar un control de personal de emergencia, con el fin de garantizar la atención ante cualquier emergencia.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2025	Oficio N° 141-GRU-DRS- L/03.10.18	SI
84	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital y se le identifica.	Realizar un control de personal de emergencia, con el fin de garantizar la atención ante cualquier emergencia.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2025	Oficio N° 142-GRU-DRS- L/03.10.18	SI
84	PREVENCIÓN DEL RUC DO Y LESIONES	Los pacientes y sus familiares deben estar informados de la población de pacientes en el servicio de urgencia que pueden sufrir un riesgo de fuga o lesión.	Realizar un control de personal de emergencia, con el fin de garantizar la atención ante cualquier emergencia.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2025	Oficio N° 143-GRU-DRS- L/03.10.18	SI
84	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y COVENCIÓN MÉDICA	Paciente que recibe cuidados de enfermería, nutrición, higiene personal, preferencias de alimentación y medicamentos.	Realizar un control de personal de emergencia, con el fin de garantizar la atención ante cualquier emergencia.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	27/02/2025		NO

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

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

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2026
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACIÓN:	30/01/2026	(DD/MM/AA)	
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JEROSHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. SARA DE PIEDAD MAFALDO RICOVA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC. MIGUEL GRANJEZ VELA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSE CARLOS RENGIFO FERNANDINI		
RESP. DPTO/SERVICIO EMERGENCIA:	LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ	RESP. OFIC/UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. HAYDEE ALVARADO CORA, Dni.		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RICO SALINAS		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN		89%		ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS		RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (días/mes/año)	MONITOREO (días/mes/año)	IMPLEMENTACIÓN
PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO							
04	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES CON CONTINGENCIA MECÁNICA	Alumnos de registro epidemiológico de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de realizar por el personal de enfermería y el personal de enfermería.		Implementación de un registro de pacientes con sujeción mecánica y cumplir con las evaluaciones periódicas.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA		27/02/2026	Ocio N° 142-GR-DRS- L 30 30 18	SI
04	PREVENCIÓN DEL SUCDO Y LENDRIOS	Identificación de un paciente en riesgo de succionar el tubo de ventilación de la unidad productora de oxígeno (ventilador, ventilador y ventilador).		Implementación de un sistema de identificación para los riesgos de succionar.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA		27/02/2026	Ocio N° 142-GR-DRS- L 30 30 18	SI
04	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.		Implementación de un proceso para la prevención de la fuga de paciente.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA		27/02/2026	Ocio N° 142-GR-DRS- L 30 30 18	SI
08	PREVENCIÓN DEL SUCDO Y LENDRIOS	Identificación del riesgo de succionar el tubo de ventilación de la unidad productora de oxígeno (ventilador, ventilador y ventilador).		Implementación de un sistema de identificación para los riesgos de succionar.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA		27/02/2026	Ocio N° 142-GR-DRS- L 30 30 18	SI
21	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.		Implementación de un proceso para la prevención de la fuga de paciente.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA		27/02/2026	Ocio N° 142-GR-DRS- L 30 30 18	SI
04	PREVENCIÓN DEL SUCDO Y LENDRIOS	La atención como la atención de los enfermos, el personal implementa procedimientos al momento de las placas de ventilación y al momento de la atención de los enfermos.		Implementación de un proceso para la prevención de la fuga de paciente.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA		27/02/2026	Ocio N° 142-GR-DRS- L 30 30 18	SI
04	BIOSEGURIDAD	Se observa si se encuentran implementados los zonas limpias y empujadas de la Unidad Productora de Oxígeno.		Realiza un plan de mejora continua de las zonas limpias y empujadas en el servicio de emergencia.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA		27/02/2026	Ocio N° 142-GR-DRS- L 30 30 18	SI
04	BIOSEGURIDAD	Se observan si se encuentran implementados los zonas limpias y empujadas de la Unidad Productora de Oxígeno.		Realiza un plan de mejora continua de las zonas limpias y empujadas en el servicio de emergencia.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA		27/02/2026	Ocio N° 142-GR-DRS- L 30 30 18	SI
04	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS (Unidad Productora de Oxígeno) se encuentre en funcionamiento y que los equipos de monitoreo de la UPSS estén en funcionamiento.		Realiza un plan de mejora continua de las zonas limpias y empujadas en el servicio de emergencia.	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA		27/02/2026	Ocio N° 142-GR-DRS- L 30 30 18	SI

DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"
DR. JOSE C. RENGIFO FERNANDINI
JEFE DPTO. EMERGENCIA Y ATENDIDOS CRITICOS
CMP N° 45664

UCI
PEDIATRIA
27/02/2026

ANEXO N° 03

RESULTADOS

EVALUACIÓN



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	1 TRIMESTRE	AÑO:	2026
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS	FECHA APLICACIÓN:	27/02/2026	(dd/mm/aaaa)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JEHOSHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. SARA DE PIEDAD MAFALDO RICOPA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC. MIGUEL GRANDEZ VELA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS ÁNGEL BACCA PINTO		
RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ	RESP. OFICINA CALIDAD:	LIC. ENF. HAYDÉE ALVARADO CORA, DRA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RÍOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	80%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	71%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	80%
PREVENCIÓN DE FUGA	67%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	75%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	90%
SEGURIDAD SEXUAL	80%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPSS	80%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	80%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	80%
HIGIENE DE MANOS	80%
BIOSEGURIDAD	75%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%
PROMEDIO	75%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

75%

GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. SERGIO RODRIGUEZ BENAVIDES
CMP 50466 - RNE 22727
Jefe de Centro Quirúrgico

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

ECOL. ANA VICTORIA CARRILLO DEL AGUILA M.
CBP N°10837
JEFE DE UNIDAD DE SALUD PEDIÁTRICA

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dra. HAYDÉE ALVARADO CORA
Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad
C.E.P. 17203

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

LIC. ENF. GREISI ELENA CURIÑO HUANCÍ
Jefa de Unidad de Atención de la Calidad
C.E.P. 93228

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Igar E. Febres Raa.
Dpto. Odontología
COP. 4544

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

CPC MIGUEL GRANDEZ VELA
Director Ejecutivo de Administración
MAT N° 19 1127

DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
FELIPE S. ARRIOLA IGLESIAS

MANUEL GUERRA VALLES
C.M.P. 62878
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA
CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RÍOS SALINAS
Jefa de Unidad de Garantía de la Calidad
C.E.P. 47182

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE SALUD
"FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS"

NIDIA RENGIFO COLANIERES
PSICOLOGA CLINICA
C.P. 22877 - RNE: 748
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"

LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ, Dra. C.E.S.C.
Jefa del Departamento de Enfermería
CEP. 32725 - REN. 14748

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Q.F. ROBERTO LUIS DEL CASTILLO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA
COP. 14443

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. Julio Alfredo Canelo Torres
CMP N° 38916
JEFE DEL DPTO. DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Lic. Enf. SARA DE PIEDAD MAFALDO RICOPA
Jefe de la Oficina de
Epidemiología y Salud Pública

Gerencia Regional de Salud Loreto
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"

Christopher Carlos Paredes
Jefe del Dpto. Ginecología-Obstetricia
CMP 4393 - RNE: 43911

DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

DR. JOSE C. RENGIFO FERNANDINI
JEFE DPTO. EMERGENCIAS/ CUIDADOS CRITICOS
CMP N° 45964

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dr. SERGIO RUIZ TELLO
CMP 28184 - RNE. 15836
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dra. ROSA ENCARNACIÓN MERA ARO
Dpto. Medicina Física y Rehabilitación
CMP N° 35182-RNE. N° 21111

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dr. Luis Ernesto Arteaga Mendo
Médico Hematólogo
Jefe del Dpto. Oncología
CMP 44020

ANEXO N° 06

PLAN DE ACCIÓN



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

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	2026
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS	FECHA APLICACIÓN:	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JEHOSHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. SARA DE PIEDAD MAFALDO RICOPIA
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC. MIGUEL GRANDEZ VELA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS ÁNGEL BACCA PINTO
RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. HAYDEE ALVARADO CORA, DRA
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
63	HISTORIA CLINICA	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.	Memorando al personal asistencial para registros de procedimientos realizados al usuario y realizar un buen llenado de las historias clínicas forma legible ordenada y limpia, registrar los diagnósticos CIE - 10, en Hcl.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/03/2026
42	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DDMIV de correspondiente (presuntivos o definitivos)	Memorando al personal asistencial para registros de procedimientos realizados al usuario y realizar un buen llenado de las historias clínicas forma legible ordenada y limpia, registrar los diagnósticos CIE - 10, en Hcl.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/03/2026
84	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Solicitar a la oficina de Docencia e Investigación la implementación del consentimiento informado para actividad de docencia en historias clínicas.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/03/2026
63	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Socializar el formato y el buen llenado del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/03/2026
105	HISTORIA CLINICA	La letra de la Historia Clínica es legible	Memorando al personal asistencial para registros de procedimientos realizados al usuario y realizar un buen llenado de las historias clínicas forma legible ordenada y limpia, registrar los diagnósticos CIE - 10, en Hcl.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/03/2026
63	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Conformación de los Equipos de gestión de incidentes y Eventos Adversos Hospital Regional de Loreto, con el fin de realizar el plan de intervención, registrar, notificar y analizar.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/03/2026
84	HISTORIA CLINICA	Historia clínica ordenada y limpia.	Memorando al personal asistencial para registros de procedimientos realizados al usuario y realizar un buen llenado de las historias clínicas forma legible ordenada y limpia, registrar los diagnósticos CIE - 10, en Hcl.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/03/2026
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Implementación del sistema de llamado cerca de los pacientes y este operativo.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/03/2026
56	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	Implementar el protocolo de reevaluación del riesgo de úlceras por presión	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/03/2026

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

PLAN DE ACCIÓN

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Implementación de semaforización de medicamentos para control de fecha de vencimiento y caducidad	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/03/2026
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Implementación de semaforización de medicamentos para control de fecha de vencimiento y caducidad	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/03/2026
56	SEGURIDAD SEXUAL	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicaran las medidas médicas y legales que resulten oportunas	Implementar un flujo de atención ante los casos de sospecha y acto sexual consumados en el Hospital Regional de Loreto.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/03/2026
56	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Conocimiento del paciente o familiar responsable sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico del mismo, el cual debe concordar con la información registrada en la historia clínica.	Implementar el sistema de información a los pacientes y familiares.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/03/2026
56	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	Implementación de revaloración diaria de los pacientes sometidos a personas con déficit neurológicos, cognitivos y drogodependientes.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/03/2026
56	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	Implementación y control de pertenencias de familiares para evitar el uso de objetos potencialmente peligrosos.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/03/2026
84	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Implementación de protocolo de atención ante e control y prevención de las úlceras por presión.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/03/2026
84	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	Implementación de protocolo de atención ante e control y prevención de las úlceras por presión.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/03/2026
84	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	Implementación de un registro diario de notificación y evaluación del programa educativo a cuidador y familia.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/03/2026
84	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estándares.	Implementación de protocolo de atención ante el control de las úlceras por presión.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/03/2026
84	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio.	Implementación de protocolo de atención ante e control y prevención de las úlceras por presión.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/03/2026



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

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	TRIMESTRE:	AÑO:	2026
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	FECHA APLICACIÓN:	27/02/2026	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	RESP. DE LA UPSS:		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	OTROS RESPONSABLES:		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
56	PREVENCIÓN DEL SUICIO Y LESIONES	El boliquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiara el personal de enfermería.	El personal de enfermería debiera custodiar y almacenar los medicamentos bajo llave.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/03/2023
56	COMUNICACIÓN EFECTIVA	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	Implementación de trípticos informativos de los servicios, horarios de atención de proceso de atención.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/03/2023
56	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	Implementación de trípticos informativos de los servicios, horarios de atención de proceso de atención.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/03/2026
56	HIGIENE DE MANOS	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	Implementación de mensajes y dibujos que promueven la adherencia de monitoreo de higiene de manos colocados estratégicamente en el servicio.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/03/2026
56	BIOSEGURIDAD	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Implementación de mensajes y dibujos que promueven la adherencia de monitoreo de higiene de manos colocados estratégicamente en el servicio.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/03/2026
56	BIOSEGURIDAD	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Implementación de señalización de las zonas rígidas y semirígidas en el servicio.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/03/2026
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	solicitar a la oficina de mantenimiento el plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos del servicio con su respectiva tarjeta de control.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/03/2026
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos).	solicitar a la oficina de mantenimiento el plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos del servicio con su respectiva tarjeta de control.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/03/2023

Unidad Regional de Loreto
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. LUIS ANGELO BACCA PINTO
C.O.P. 36210
JEFE DEL SERVICIO DE UCI PEDIATRIA

ANEXO N° 07

MONITOREO

FICHA DE MONITOREO

PREES:	HOSPITAL REGIONAL DE LORE TO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA GLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2026
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS	FECHA DE LUGAR:	27/02/2026		(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE (PRES):	M.C. JEHOSHUA RAFAEL M. LOPEZ LOPEZ	RESP. EPIDEMIOLÓGICA:	LIC. ENF. SARA DE PIEDO MAPALDO RICOPIA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPL. MIGUEL GRANDEZ VELA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS ÁNGEL BACCA PINTO		
RESP. DE SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. HAYDEE ALVARADO CORA, DRA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR ROS SALINAS		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

86%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CAR GO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
43	HISTORIA CLÍNICA	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	Mantenimiento al personal enfermería para registros de procedimientos realizados al usuario y realizar un buen llenado de las historias clínicas de forma legible, ordenada y limpia, según los diagnósticos CIE - 10, en HCl.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/02/2026	Oficio N° 010-GRU-CRIS- L/03.50.15	SI
42	HISTORIA CLÍNICA	Registro en las diagnósticas con códigos en CIE-10 o D.M.IV de correspondencia (presuntivos o diagnósticos)	Mantenimiento al personal enfermería para registros de procedimientos realizados al usuario y realizar un buen llenado de las historias clínicas de forma legible, ordenada y limpia, según los diagnósticos CIE - 10, en HCl.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/02/2026	Oficio N° 010-GRU-CRIS- L/03.50.15	SI
							SELECCIONE
							SELECCIONE
44	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actualizaciones de diagnóstico.	Actualizar la oficina de Documentación e Investigación la planeación del consentimiento informado para actualizaciones de diagnóstico en historias clínicas.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/02/2026	Oficio N° 010-GRU-CRIS- L/03.50.15	SI
43	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Socializar el formato y el buen llenado del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/02/2026	Oficio N° 010-GRU-CRIS- L/03.50.15	SI
105	HISTORIA CLÍNICA	La hoja de la Historia Clínica se registra	Mantenimiento al personal enfermería para registros de procedimientos realizados al usuario y realizar un buen llenado de las historias clínicas de forma legible, ordenada y limpia, según los diagnósticos CIE - 10, en HCl.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/02/2026	Oficio N° 010-GRU-CRIS- L/03.50.15	SI
43	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Complementar de los Escudos de gestión de incidentes y Eventos Adversos Hospital Regional de Loreto, con el fin de realizar el plan de intervención, registrar, analizar y analizar.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/02/2026	Oficio N° 010-GRU-CRIS- L/03.50.15	SI
44	HISTORIA CLÍNICA	Hoja de la clínica ordenada y limpia.	Mantenimiento al personal enfermería para registros de procedimientos realizados al usuario y realizar un buen llenado de las historias clínicas de forma legible, ordenada y limpia, según los diagnósticos CIE - 10, en HCl.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/02/2026	Oficio N° 010-GRU-CRIS- L/03.50.15	SI
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Tubos o sistemas de sujeción se encuentran cerca del paciente y están operativos.	Implementación de la suscripción del llenado cerca de los pacientes y está operativo.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/02/2026		NO
56	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	Implementar el proceso de renovación del riesgo de úlceras por presión.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/02/2026	Oficio N° 11 GRU-CRIS- L/03.50.15	SI
66	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Implementación de la actualización de medicación para control de fecha de vencimiento y caducidad.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/02/2026		NO

FICHA DE MONITOREO

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2026
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARIOLLA IGLESIAS		FECHA APLICACIÓN:	LIC ENF. SARA DE PIEDAD INFALDO	RIC-OPA	(ODMMIIAA)A)
CUIDADOS INTENSIVOS		RESP EPIDEMIOLOGIA:	M.C. LUIS ANGEL BACCA PINTO		
M C JEHOHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ		RESP. DE LA UPS:			
CPC MIGUEL GRANCIEZ VELA		RESP OFIC.JUNIDAD CALIDAD:	LIC. ENIF. HAYDEE ALVARADO GORA,	DPA	
LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

86%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (días/meses)	MONITOREO (diagnósticos)	IMPLEMENTACIÓN
50	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Existencia de un registro de medicamentos con códigos	Implementación de normalización de antecedentes para control de fecha de vencimiento y calificación	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/01/2024	NO	
50	SEGURIDAD SEXUAL	Año la sospecha de relaciones sexuales consumaciones se aplican las medidas educativas y legales con resolución oportuna	Implementar un folio anual de atención sobre los casos de sospecha y acto sexual consumados en el Hospital Hospital de Luján	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/01/2024	NO	
50	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Consentimiento del paciente o familiar reactante sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico del mismo, el cual debe concordar con la información registrada en la historia clínica.	Implementación de sistema de información a los pacientes y familiares	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/01/2024	SI	
50	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Realización de evaluaciones geriátricas, pruebas de equilibrio a colchonera, los dependientes y las personas con déficit intelectual - cognitivo.	Implementación de evaluación de riesgo de caídas a personas con déficit intelectual - cognitivo y/o dependientes	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/01/2024	SI	
50	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Vigilancia continua de los procedimientos de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos personales dentro del hospital.	Implementación y control de procedimientos de familiares para evitar el uso de objetos personales peligrosos.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/01/2024	SI	
04	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Proyección de la guía de atención para la prevención y control de las úlceras por presión.	Implementación de protocolos de atención, auto control y prevención de úlceras por presión.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/01/2024	SI	
04	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a pacientes, su cuidador y la familia	Implementación de protocolos de atención, auto control y prevención de úlceras por presión.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/01/2024	SI	
04	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Notificación de úlceras por presión (inducción y prevención) en un registro clínico relacionado en los servicios de hospitalización.	Implementación de un registro clínico de notificación y evaluación del programa educativo a cuidador y familia	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/01/2024	SI	
04	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Aplicación de guía de atención de úlceras por presión según protocolos.	Implementación de protocolos de atención, auto control y prevención de úlceras por presión.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/01/2024	SI	
50	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Proyección de la guía de atención de úlceras por presión según protocolos.	Implementación de protocolos de atención, auto control y prevención de úlceras por presión.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/01/2024	SI	
50	PREVENCIÓN DEL MUERTO Y LEJONÍA	Elaboración de fichas de medicamentos del servicio pautados en todo momento con el consentimiento de la familia.	El personal de enfermería elabora fichas de medicamentos y pautas de administración de los mismos.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/01/2024	SI	
50	COMUNICACIÓN EFECTIVA	La UPMIS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	Implementación de fichas informativas de los servicios, horarios de atención de procesos de atención.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/01/2024	SI	

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

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

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:		HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARIOLA A IGLESIAS		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE		AÑO:	2026
UPSS:		CUIDADOS INTENSIVOS		FECHA APLICACIÓN:	27/02/2026 (DDMM/AAAA)			
RESP. DE LA UPSS:		M.C. JETI SNUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ		RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. SARA LIZ PIEDRA MAPALDO RICOPIA			
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:		CFC. MIGUEL GRANDEZ VELA		RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS ÁNGEL BACCA PINTO			
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:		LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ		RESP. OFC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. HAYDI E. ALVARADO CORA, DRA			
				OTROS OFC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS WALINAG			

86%

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
50	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	Implementación de folios informativos de los servicios, horarios de atención de personas de atención.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/02/26	Ofico N° 023-CRL-DRS- L/03.03.15	SI
50	HIGIENE DE MANOS	Mensajes y folios que promuevan la adherencia a la higiene de manos colocados en las estrategias.	Implementación de mensajes y folios que promuevan la adherencia de manoseo de higiene de manos colocados en las estrategias en el servicio.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/02/26	Ofico N° 023-CRL-DRS- L/03.03.15	SI
50	BIOSEGURIDAD	Se observa si se encuentran etiquetados las zonas riesgos y sanitarias en la Unidad Productora de servicios de salud.	Implementación de mensajes y folios que promuevan la adherencia de manoseo de higiene de manos colocados en las estrategias en el servicio.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/02/26	Ofico N° 023-CRL-DRS- L/03.03.15	SI
50	BIOSEGURIDAD	Se observa si se respetan las zonas riesgos y sanitarias de la Unidad Productora de servicios de salud.	Implementación de señalización de las zonas riesgos y sanitarias en el servicio.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/02/26	Ofico N° 023-CRL-DRS- L/03.03.15	SI
50	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos controlados según la correspondencia a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.	Se observa la efectividad de mantenimiento al plan anual de mantenimiento de equipos biomédicos del servicio con su respectiva tarjeta de control.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/02/26	Ofico N° 023-CRL-DRS- L/03.03.15	SI
50	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Materiales de diagnóstico controlados según el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (tablero de control).	Se observa la efectividad de mantenimiento al plan anual de mantenimiento de equipos biomédicos del servicio con su respectiva tarjeta de control.	DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	27/02/26	Ofico N° 023-CRL-DRS- L/03.03.15	SI

Directorio Regional de Loreto
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Ariola Iglesias"

Dr. LUIS ANGE BACCA PINTO
CMB 36210
JEFE DEL SERVICIO DE UCI PEDIATRIA

**CENTRO
OBSTETRICO
20/03/2026**

ANEXO N° 03

RESULTADOS

EVALUACIÓN



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	1 TRIMESTRE	AÑO:	2025
UPSS:	CENTRO OBSTÉTRICO	FECHA APLICACIÓN:	20/03/2025	(dd/mm/aaaa)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JEHOSHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. SARA DE PIEDAD MAFALDO RICOPIA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC. MIGUEL GRANDEZ VELA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. CHRISTOPHER GALLO PAREDES		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VÁSQUEZ	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

Dirección Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. Jehoshua Rafael López López
CMP: 50534
DIRECTOR GENERAL

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	80%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE FUGA	88%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	80%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	67%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	88%
BIOSEGURIDAD	88%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	81%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

81%

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

CPC MIGUEL GRANDEZ VELA
Director Ejecutivo de Administración
MAT N° 10 1127

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. Julio Alfredo Canelo Torres
CMP N° 38916
JEFE DEL DPTO. DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dra. HAYDEE ALVARADO CORA
Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad
C.E.P. 17203

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

LIC. ENF. GREISI ELENA CURICO HUANGI
Jefa de Unidad de Auditoría de la Calidad
de la Atención de Salud
C.E.P. 93228

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dr. Edgar E. Febres Raa.
Jefe del Dpto. Odontología
COP. 4544

DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
FELIPE S. ARRIOLA IGLESIAS

MANUEL GUERRA VALLES
C.M.P. 62878
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA
CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

ECOL. ANA VICTORIA CARVALLO DELAGUERA, M.A.
CBP N° 10637
JEFE DE UNIDAD DE SALUD

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. Jorge Luis Baidon Rios
Médico Internista
CMP: 26449 - RNE: 14472

Jefe del Dpto. de Medicina

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS
Jefa de Unidad de Garantía de la Calidad
C.E.P. 48188

Dra. ROSA ENCARNACION MERAARO
Jefe Dpto. Medicina Física y Rehabilitación
CMP N° 35182 - RNE N° 211111

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

L.F. ROBERT DAVILA DEL CASTILLO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA
COFP 14493

HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"
Departamento de Cirugía

Dr. EDUIN FLORES PEZO
Jefe del Departamento de Cirugía
Médico Traumatólogo
CMP N° 20510 - RNE N° 22388

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. SERGIO RODRIGUEZ BENAVIDES
CMP 20455 - RNE 22727
Jefe de Centro Quirúrgico

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Lic. Enf. SARA DE PIEDAD MAFALDO RICOPIA
Jefa de la Oficina de
Epidemiología y Salud Pública

DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

DR. JOSE C. RENGIFO FERNANDINI
JEFE DPTO. EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS
CMP N° 45964

DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"

LIC. ENF. MARITZA ROSA SUSANA SILVA VÁSQUEZ Dra. C.E.S.C.
Jefa del Departamento de Enfermería
CEP. 32725 - REN. 14740

GERENCIA REGIONAL DE LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dr. SERGIO RUIZ TELLO
CMP 28184 - RNE. 15636
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Gerencia Regional de Salud Loreto
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. CESAR JOHNNY RAMAL ASAYAG
CMP. 26491 - RNE. 22676
Jefe del Dpto. de Enfermedades Infecciosas y Tropicales

Gerencia Regional de Salud Loreto
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"

Christopher E. Gallo Paredes
Jefe del Dpto. de Gineco-Obstetricia
MAT. 22722 - RNE. 43911

DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dr. Luis Ernesto Arzaga Mendoza
Médico Hematólogo
Jefe del Dpto. Oncología
CMP 44020

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

NIDIA RENGIFO COLLANTES
PSICÓLOGA CLÍNICA
C.P.S. P. 22977 - RNE: 718
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



41

"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

MEMORANDO N° 379 -2026-GRL-GRS-L/30.50.

PARA : Dr. RAUL CHIUQUIYAURI HARO
Sub Director Adjunto

ASUNTO : ENCARGATURA

FECHA : Punchana, 11 de marzo del 2026

Mediante el presente, este Despacho comunica a usted, que a partir del 17 de los corrientes y mientras dure la ausencia del suscrito, se le **ENCARGA** la Dirección General del Hospital Regional de Loreto.

Atentamente,



Cc:
Sub Dirección General
Archivo
JRLL/RCHH/violeta

Dirección Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arrida Iglesias"

Dr. Raul Chiuquiyauri Haro
60530
DIRECTOR GENERAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"
Te Sirve con.....
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

RECIBIDO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"
OFICINA DE ECONOMIA
FECHA: 13 MAR 2026
N° EXP: 2026-DRS-L/30.50.07

40

MEMORANDO N° R 78 -2026-DRS-L/30.50.07

PARA : CPC CARLOS RAMIREZ FASANANDO
Jefe de la Oficina de Economia

ASUNTO : ENCARGATURA

FECHA : Punchana, 12 de Marzo del 2026

Mediante el presente, comunico a Usted, que a partir del 16 al 20/MARZO/2026, se hará cargo de la Direccion Ejecutiva de Administracion del Hospital Regional de Loreto, por encontrarse el suscrito en Comision de Servicio

Atentamente,

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
Felipe Arriola Iglesias

CPC MIGUEL BRANDEZ VELA
Director Ejecutivo de Administracion
MAR 12 2026

C.c.
DHRL
Economia
RRHH
Archivo
MGV/Iilian



CARGO

"Año de la Esperanza y el fortalecimiento de la Democracia"

Memorando N° 001 - 2026-GRI-DRS-L/30.50-ONC.

Para : LIC. INES DEL CARMEN CASTILLO GRANDEZ
COORD. SERV. ENFER. EN EL DPTO. DE ONCOLOGIA

Asunto : ENCARGATURA

Fecha : Pucallpa, 12 MARZO 2026

13 MAR 2026
F. C. S. A.
13 MAR 2026

Por medio del presente, esta jefatura encarga a Usted a partir del 16 al 24 de marzo 2026 inclusive; la Jefatura del Departamento de Oncología, haciéndose responsable de todo lo concerniente con relación al cargo, mientras dure la ausencia del titular.

Atentamente,

Gerencia Regional de Salud Loreto
Honor. Administración del Dr. Loreto
"Felipe Ariola Iglesias"

LIC. EMPRESARIO INES DEL CARMEN CASTILLO GRANDEZ
C.R.P. N° 14000 A.N.E. N° 109
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARIOLA IGLESIAS"

Cc.:
D. General
RR.HH.
LEAM/Jessica
Archivo

Dr. Luis Ernesto Arteaga Mendoza
Médico Hematólogo
Jefe del Dpto. Oncología
CMP 44020

ANEXO N° 06

PLAN DE ACCIÓN

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

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE:		I TRIMESTRE	AÑO:	2026
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARIOLA IGLESIAS	FECHA APLICACIÓN:	20/03/2026	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	CENTRO OBSTÉTRICO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. SARA DE PIEDAD MAVALDO RICOFA	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JEHOSHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ	RESP. DE LA UPSS:	M.C. CRISTOPHER GALLO PAREDES	
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC. MIGUEL GRANDEZ VELA	RESP. OFC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA	
RESP. DPTO. SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS	

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
28	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Socializar el formato y el buen llenado del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2023
42	SEGURIDAD EN LA UPSS	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	Implementación de un sistema de reemplazo ante alguna ausencia del personal del servicio a fin de garantizar la atención.	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2023
56	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Implementación de revaloración diaria de los pacientes sometidos a personas con déficit neurológicos, cognitivos y drogodependientes.	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2023
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	Solicitar información especializada de orientación sobre los efectos secundarios del uso de fármacos.	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2023
84	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Solicitar a la oficina de Docencia e Investigación la implementación del consentimiento informado para actividad de docencia en historias clínicas.	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2023
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Implementación de semaforización de medicamentos para control de fecha de vencimiento y caducidad	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2023
56	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Implementación sobre el procedimiento ante el caso de fuga del paciente	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2023
42	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	Implementación de protocolo de atención sobre sujeción mecánica ante medidas preventivas.	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2023
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Solicitar a la oficina de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos e implementar la tarjeta de control en los equipos.	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2023

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

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2026
UPSS:	CENTRO OBSTÉTRICO	FECHA APLICACIÓN:		20/03/2026	(DD/MM/AAAA)
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JEHOSHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. SARA DE PIEDAD MAÍFALDO RICOFA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	OPC. MIGUEL GRANDEZ VELA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. CRISTOPHER GALLO PAREDES		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ	RESP. OFIC/UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
56	BIOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	Implementación de "Care Bundle" de los servicios, ante la prevención de las IAAS.	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2026
56	BIOSEGURIDAD	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	Implementación de actividades de vigilancia epidemiológica en el servicio.	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2026
56	BIOSEGURIDAD	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Coordinar con la oficina de epidemiología señalización de zonas rígidas y semirígidas de la unidad Productora de Servicio.	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2026
56	HIGIENE DE MANOS	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	Implementación de mensajes y dibujos pegatinas sobre la adherencia sobre higiene de manos y adherencia de los 5 momentos.	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2026
56	BIOSEGURIDAD	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Coordinar con la oficina de epidemiología la señalización de zonas rígidas y semirígidas en los servicios.	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2026
56	BIOSEGURIDAD	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	Implementación de "Care Bundle" de los servicios, ante la prevención de las IAAS.	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2026
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	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.	Solicitar a la oficina de mantenimiento el plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos del servicio con su respectiva tarjeta de control	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2026


 General Director de Salud Loreto
 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
 "Cuidando la vida, cuidando la salud"


 General Director de Salud Loreto
 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
 "Cuidando la vida, cuidando la salud"

Lic. Enf. E. Gallo Parados
 Jefe del Dpto. de Gineco-Obstetricia
 C.O.P. 123456 RNE: 43911

ANEXO N° 07

MONITOREO

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

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2026
UPSS:	CENTRO OBSTÉTRICO	FECHA APLICACIÓN:	20/03/2024		(DDMM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JEHOSHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. SARA DE PIEDAD INFALDO RICOPIA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	C.P.C. MIGUEL GRANDEZ VELA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. CHRISTOPHER GALLO PAREDES		
RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ	RESP. OFIC/UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO LORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

88%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (d/m/a)	MONITOREO (d/m/a)	IMPLEMENTACIÓN
23	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Fortalecer el monitoreo y el buen tiempo del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2024	Oficio N° 114-2024-CRL-GRS-L/03.03.14	SI
42	SEGURIDAD EN LA UPSS	Mejoramiento de normativas para cubrir la asistencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	Implementación de un sistema de remisión para algunos casos a "el personal" del servicio a fin de garantizar la atención.	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2024	Oficio N° 116-2024-CRL-GRS-L/03.03.14	SI
							SELECCIONE
							SELECCIONE
50	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Validación del tiempo de llegada de cada paciente que se hospitaliza.	Implementación de capacitación, desde de los pacientes, familiares o personas con discapacidad, en relación a la implementación del sistema de monitoreo y notificación de incidentes y eventos adversos.	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2024		NO
50	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente con los errores secundarios que pueden producirse los medicamentos que recibe.	Fortalecer información, capacitada de orientación sobre los efectos secundarios del uso de fármacos.	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2024	Oficio N° 125-2024-CRL-GRS-L/03.03.14	SI
04	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades en docencia.	Conocer a la oficina de Docencia e investigación la implementación del consentimiento informado para actividades de docencia en las salas de consulta.	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2024	Oficio N° 124-2024-CRL-GRS-L/03.03.14	SI
50	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Exposición de un registro de medicamentos controlados.	Implementación de sensibilización de medicamentos para control de fecha de vencimiento y seguridad.	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2024	Oficio N° 125-2024-CRL-GRS-L/03.03.14	SI
50	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Implementación sobre el procedimiento ante el caso de fuga del paciente.	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2024	Oficio N° 005-2024-CRL-GRS-L/03.03.14	SI
42	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Procedimientos de seguridad de los pacientes, medidas preventivas, procedimientos de respuesta de emergencia.	Implementación de protocolos de atención sobre seguridad mecánica ante incidentes preventivos.	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2024		NO
50	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPO	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos de primera línea (verificar los tiempos).	Existe a la oficina de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos e implementar la tarjeta de control en los equipos.	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2024	Oficio N° 005-2024-CRL-GRS-L/03.03.14	SI
50	INSEGURIDAD	El nivel de implementación del uso de "Caja Bunch" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAI basadas en evidencia científica.	Implementación de "Caja Bunch" de los estudios, ante la prevención de las IAAI.	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2024	Oficio N° 125-2024-CRL-GRS-L/03.03.14	SI

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

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELPE SANTIAGO ARRILLA IGLESIAS	TRIMESTRE:		AÑO:	2023
UPSS:	CENTRO OBSTÉTRICO	FECHA APLICACIÓN:	20/03/2023		(DDMM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JEHOSHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. SARA DE PIEDAD MAVALDO RICOYA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC. MIGUEL GRANIEZ VELA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. CRISTOPHER GALLO PAREDES		
RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDÉE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RICOY SALINAS		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

88%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
4a	BIOSEGURIDAD	Eficacia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y focalizada de IAAI en la UPSS.	Implementación de actividades de vigilancia epidemiológica en el servicio.	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2023	Oficio N°130-2023-CRL-GRS-LJ/03.09.14	SI
5a	BIOSEGURIDAD	Se observa si se realizan las zonas rígidas y semi rígidas de la Unidad Promotora de Servicios de Salud.	Coordinar con la oficina de epidemiología la actualización de zonas rígidas y semi rígidas de la unidad Promotora de Servicios de Salud.	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2023	Oficio N°130-2023-CRL-GRS-LJ/03.09.14	SI
5a	HIGIENE DE MANOS	Mensajes y folletos que promuevan la adherencia a la higiene de manos colocados en todos los servicios.	Implementación de mensajes y folletos pegados sobre la adherencia a la higiene de manos y adherencia de los servicios.	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2023	Oficio N°130-2023-CRL-GRS-LJ/03.09.14	SI
5a	BIOSEGURIDAD	No observa si se encuentran reforzados las zonas rígidas y semi rígidas de la Unidad Promotora de Servicios de Salud.	Coordinar con la oficina de epidemiología la actualización de zonas rígidas y semi rígidas en los servicios.	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2023	Oficio N°130-2023-CRL-GRS-LJ/03.09.14	SI
5a	BIOSEGURIDAD	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	Implementación de "Cero Bacterias" de los servicios, ante la prevención de las IAAI.	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2023	Oficio N°130-2023-CRL-GRS-LJ/03.09.14	SI
5a	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluyendo los nuevos), mostrando la verificación de las respectivas fallas.	Realizar a la oficina de mantenimiento el plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos del médico con su respectiva hoja de control.	DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA	20/04/2023	Oficio N°130-2023-CRL-GRS-LJ/03.09.14	SI


Gustavo Arceles de Salud Loreto
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
Felipe Arceles Iglesias
Christopher E. Gallo Paredes
Jefe del Pdo de Gineco-Obstetricia
CMP: 75798 RNE: 43911

**CENTRO
QUIRÚRGICO
24/04/2026**

ANEXO N° 03

RESULTADOS

EVALUACIÓN

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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2020
UPSS:	CENTRO QUIRÚRGICO	FECHA APLICACIÓN:		24/04/2020	(odimvasssa)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JENOSHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. SARA DE PIEDAD MAFALDO RICOPA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC. MIGUEL GRANDEZ VELA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. SERGIO RODRIGUEZ BENAVIDES		
RESP. DPTO. SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	83%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	95%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	25%
PREVENCIÓN DE FUGA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	80%
BIOSEGURIDAD	60%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	81%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

81%

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

J.F. ROBERT DAVILA DEL CASTILLO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA
COP. 14443

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. Julio Alfredo Canelo Torres
CMP N° 38916
JEFE DEL DPTO. DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dra. HAYDEE ALVARADO CORA
Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad
COP. 14443

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dr. Edgar E. Fabres Raa.
Jefe del Dpto. Odontomatología
COP. 4544

DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

MANUEL GUERRAVALLES
COP. 62878
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA
CLINICA Y PATOLOGIA PATOLOGICA

Gerencia Regional de Salud Loreto
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. CESAR JOHNNY RAMAL ASAYAG
CMP. 22676
Jefe del Dpto. de Enfermedades Infecciosas y Tropicales

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. Jorge Luis Baldeón Rios
Médico Internista
CMP: 26445 - RNE. 14472
Jefe del Dpto. de Medicina

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

LIC. ENF. GREISILENA CUNICO HUANCHI
Jefa de Unidad de Auditoría de la Calidad
de la Atención de Salud
C.E.P. 93228

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS
Jefa de Unidad de Garantía de la Calidad
C.F.P. 4512A

DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

DR. JOSE C. RENGIFO FERNANDINI
JEFE DPTO. EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS
CMP N° 45964

DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"

LIC. ENF. MARITZA ROSA SILVA VASQUEZ, Dra. Co.S.C.
Jefa del Departamento de Enfermería
CEP. 32725 - REN. 14748

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. SERGIO RODRIGUEZ BENAVIDES
CMP 50466 - RNE. 22727
Jefe de Centro Quirúrgico

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

ECOL. ANA VICTORIA CARVALLO DEL AGUILA M.A.
CBP N° 10637
JEFE DE UNIDAD DE SALUD AMBIENTAL

Gerencia Regional de Salud Loreto
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. Cesar Paredes
Jefe del Dpto. de Gineco-Obstetricia
CMP. 75769 RNE: 43911

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS"

NIDIA RENGIFO COLLAJES
PSICOLOGA CLINICA
C.P.S.P. 22977 - RNE: 718
Jefa del DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dra. ROSA ENCARNAACION MERA ARO
Jefe Dpto. Medicina Física y Rehabilitación
CMP. N° 35182 - RNE. N° 21111

Dirección Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Santiago Arriola Iglesias"

CPC MIGUEL GRANDEZ VELA
Director Ejecutivo de Administración
CPC N° 10-1127

GERENCIA REGIONAL DE LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dr. SERGIO RUIZ TELLO
CMP 28184 - RNE. 15836
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Lic. Enf. SARA DE PIEDAD MAFALDO RICOPA
Jefa de la Oficina de
Epidemiología y Salud Pública

DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dr. Luis Ernesto Arteaga Mendoza
Médico Hematólogo
Jefe del Dpto. Oncología
CMP 44020



23/04/2026
11:50

"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

MEMORANDO N° 390 -2026-GRL-GRS-L/30.50.

PARA : Dr. JORGE LUIS BALDEON RIOS
Jefe Dpto. de Medicina

ASUNTO : ENCARGATURA

FECHA : Punchana, 23 de abril del 2026

Mediante el presente, este Despacho le comunica a usted, que por necesidad de servicio a partir del 24 de los corrientes y mientras dure la ausencia del suscrito, se le ENCARGA la Dirección General del Hospital Regional de Loreto.

Atentamente,

Cc:
Dirección General
Dpto. Medicina
RR.HH.
Control
Legajo
Archivo
JRLL/RCHH/violeta



ANEXO N° 06

PLAN DE ACCIÓN

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

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2026
UPSS:	CENTRO QUIRURGICO	FECHA APLICACION:	24/04/2026 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JEHOSHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. SARA DE PIEDAD MAPALDO RICOPIA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC. MIGUEL GRANDEZ VELA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. SERGIO RODRIGUEZ BENAVIDES		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ	RESP. OFC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
42	HISTORIA CLINICA	La letra de la Historia Clínica es legible	Memorando para a el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	DEPARTAMENTO CENTRO QUIRURGICO	25/05/2026
63	HISTORIA CLINICA	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	Memorando para a el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	DEPARTAMENTO CENTRO QUIRURGICO	25/05/2026
105	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Implementación del sistema de identificación correcta de cada paciente implica cartel con datos completos del paciente.	DEPARTAMENTO CENTRO QUIRURGICO	25/05/2026
105	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Implementación del sistema de identificación correcta de cada paciente implica cartel con datos completos del paciente.	DEPARTAMENTO CENTRO QUIRURGICO	25/05/2026
84	HISTORIA CLINICA	Historia clinica ordenada y limpia.	Memorando para a el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	DEPARTAMENTO CENTRO QUIRURGICO	25/05/2026
28	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	Implementación del sistema de identificación correcta de cada paciente implica cartel con datos completos del paciente.	DEPARTAMENTO CENTRO QUIRURGICO	25/05/2026
105	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Implementación del sistema de identificación correcta de cada paciente implica cartel con datos completos del paciente.	DEPARTAMENTO CENTRO QUIRURGICO	25/05/2026
56	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Capacitación al personal asistencial al cumplimiento de desinfección de los 8 pasos de higiene de manos.	DEPARTAMENTO CENTRO QUIRURGICO	25/05/2026



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

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2026
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	FECHA APLICACIÓN:		24/04/2026	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:			LIC. ENF. SARA DE PIEDAD MAFALDO RICOPIA
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	RESP. DE LA UPSS:			M.C. SERGIO RODRIGUEZ BENAVIDES
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:			DRA. HAYDEE ALVARADO CORA
RESP. DPTO./SERVICIO ENFERMERÍA:	OTROS RESPONSABLES:			LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
56	BIOSEGURIDAD	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Implementación del sistema de señalización de las zonas rígidas y semirígidas.	DEPARTAMENTO CENTRO QUIRÚRGICO	25/05/2026
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Solicitar a la unidad de mantenimiento el plan anual y cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos e implementados con su respectiva tarjeta de control.	DEPARTAMENTO CENTRO QUIRÚRGICO	25/05/2026
56	BIOSEGURIDAD	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	Socialización al personal de la salud sobre en cumplimiento de los 10 correctos.	DEPARTAMENTO CENTRO QUIRÚRGICO	05/05/2026
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	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.	Solicitar a la unidad de mantenimiento el plan anual y cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos e implementados con su respectiva tarjeta de control.	DEPARTAMENTO CENTRO QUIRÚRGICO	05/05/2026
56	BIOSEGURIDAD	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Implementación del sistema de señalización de las zonas rígidas y semirígidas.	DEPARTAMENTO CENTRO QUIRÚRGICO	05/05/2026

GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. SERGIO RODRIGUEZ BENAVIDES
CWP 50466 - RNE 22727
Jefe de Centro Quirúrgico

ANEXO N° 07

MONITOREO

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

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2026
UPSS:	CENTRO QUIRURGICO	FECHA APLICACION:	24/04/2026 (DDMM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JEHO SHUA RAFAEL M. LOPEZ LOPEZ	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. SARA DE PIEDAD INFALDO RICOPA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC. MIGUEL GRANDEZ VELA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. SERGIO RODRIGUEZ BENAVIDES		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

85%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
42	HISTORIA CLINICA	La letra de la Historia Clínica es legible	Monitoreando para a el personal, sobre el formato correcto de las historias, ordenadas y limpias.	DEPARTAMENTO CENTRO QUIRURGICO	25/05/2026	MEMO IM/N° 010-2026-GRU-DRS-L/05.19	SI
43	HISTORIA CLINICA	Registro de la fecha y hora de atención en la historia Clínica y Registros Médicos.	Monitoreando para a el personal, sobre el formato correcto de las historias, ordenadas y limpias.	DEPARTAMENTO CENTRO QUIRURGICO	25/05/2026	MEMO IM/N° 010-2026-GRU-DRS-L/05.19	SI
							SELECCIONE
							SELECCIONE
105	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Implementación del sistema de identificación correcta de cada paciente impresa con datos completos del paciente.	DEPARTAMENTO CENTRO QUIRURGICO	25/05/2026	MEMO IM/N° 011-2026-GRU-DRS-L/05.19	SI
105	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Implementación del sistema de identificación correcta de cada paciente impresa con datos completos del paciente.	DEPARTAMENTO CENTRO QUIRURGICO	25/05/2026	MEMO IM/N° 011-2026-GRU-DRS-L/05.19	SI
64	HISTORIA CLINICA	Historia clínica ordenada y limpia	Monitoreando para a el personal, sobre el formato correcto de las historias, ordenadas y limpias.	DEPARTAMENTO CENTRO QUIRURGICO	25/05/2026	MEMO IM/N° 010-2026-GRU-DRS-L/05.19	SI
26	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica	Implementación del sistema de identificación correcta de cada paciente impresa con datos completos del paciente.	DEPARTAMENTO CENTRO QUIRURGICO	25/05/2026	MEMO IM/N° 011-2026-GRU-DRS-L/05.19	SI
105	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para procedimientos de diagnóstico	Implementación del sistema de identificación correcta de cada paciente impresa con datos completos del paciente.	DEPARTAMENTO CENTRO QUIRURGICO	25/05/2026	MEMO IM/N° 011-2026-GRU-DRS-L/05.19	SI
56	HIGIENE DE MANOS	Cuando entran a los 15 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Cualificación al personal adscrito al cumplimiento de desinfección de las manos se hygiene de manos.	DEPARTAMENTO CENTRO QUIRURGICO	25/05/2026	MEMO IM/N° 011-2026-GRU-DRS-L/05.19	NO
							SELECCIONE
56	BIOSEGURIDAD	Se preservan las zonas verdes y sanitarias de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Implementación del sistema de aplicación de las zonas verdes y sanitarias.	DEPARTAMENTO CENTRO QUIRURGICO	25/05/2026	MEMO IM/N° 011-2026-GRU-DRS-L/05.19	NO

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

FICHA DE MONITOREO

IPRES:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE ABRIL DE AGUIAR	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2026
UPSS:	CENTRO QUIRÚRGICO	FECHA APLICACIÓN:	24/04/2026 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRES:	M.C. JHOSHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. SARA DE PIEDAD MAFALDO RICOPIA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC. MIGUEL GRANDEZ VELA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. SERGIO RODRIGUEZ BENAVIDES		
RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO LORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

85%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPO	Verificación de que la UPSS cuente con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (radiografía, rayos X).	Verificar a la unidad de mantenimiento el plan anual y cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos e implementados con los respectivos registros de control.	DEPARTAMENTO CENTRO QUIRÚRGICO	25/05/26	Oficina N°121-B-227-GRUPO DE TRABAJO 10	SI
56	BIOSEGURIDAD	Cuidado y manejo de los residuos de acuerdo a normas	Notificación al personal de la salud sobre el manejo de los 10 residuos.	DEPARTAMENTO CENTRO QUIRÚRGICO	05/05/2026	Oficina N°121-B-227-GRUPO DE TRABAJO 10	SELECCION
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPO	Verificación de que la UPSS cuente con el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (radiografía, rayos X).	Verificar a la unidad de mantenimiento el plan anual y cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos e implementados con los respectivos registros de control.	DEPARTAMENTO CENTRO QUIRÚRGICO	05/05/2026	Oficina N°121-B-227-GRUPO DE TRABAJO 10	SI
56	BIOSEGURIDAD	No clasificar ni reutilizar ni reutilizar las zonas de riesgo y evaluarlas en la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Implementación de los temas de seguridad en las zonas de riesgo y vigilancia.	DEPARTAMENTO CENTRO QUIRÚRGICO	05/05/2026	Oficina N°121-B-227-GRUPO DE TRABAJO 10	SI

GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Abril de Aguiar"

Dr. SERGIO RODRIGUEZ BENAVIDES
CMP 50466 - RNE 22727
Jefe de Centro Quirúrgico

CIRUGÍA

22/05/2026

ANEXO N° 03

RESULTADOS

EVALUACIÓN



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2025
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	22/03/2025 (dd/mm/aaaa)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JEROSHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. SARA DE PIEDAD MAFALDO RICOPA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC. MIGUEL GRANDEZ VELA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. EDDY FLORES PEZO		
RESP. DE SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	93%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	93%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	98%
PREVENCIÓN DE FUGA	60%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	92%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPSS	93%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	90%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%
HIGIENE DE MANOS	75%
BIOSSEGURIDAD	68%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	76%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

76%

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

J.F. ROBERT DAVILA DEL CASTILLO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA
C.O.P. 14443

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. Julio Alfredo Canelo Torres
C.M.P. N° 38916
JEFE DEL DPTO. DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES

Dirección Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. Jeroshua Rafael López López
C.M.P. 50534
DIRECTOR GENERAL

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dra. HAYDEE ALVARADO CORA
Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad
C.E.P. 17203

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dr. Edgar E. Febres Raa.
Jefe del Dpto. Odontología
C.O.P. 4544

DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

MANUEL GUERRA VALLES
C.M.P. 62878
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA
CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. CESAR JOHNNY RAMAL ASAYAG
C.M.P. 25491 - RNE. 22676
Jefe del Dpto. de Enfermedades Infecciosas y Tropicales

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. Jorge Luis Baldeón Rios
Médico Internista
C.M.P. 26449 - RNE. 14472
Jefe del Dpto. de Medicina

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

LIC. ENF. GREISI ELENA CURICO HUANGI
Jefa de Unidad de Auditoría de la Calidad
de la Atención de Salud
C.E.P. 93228

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS
Jefa de Unidad de Garantía de la Calidad
C.E.P. 48188

DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

DR. JOSE C. RENGIFO FERNANDINI
JEFE DPTO. EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS
C.M.P. N° 45964

DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"

LIC. ENF. MARITZA ROSANNA SILVA VASQUEZ, Dra. C.S.C.
Jefa del Departamento de Enfermería
C.E.P. 32729 - RNE. 14748

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. SERGIO RODRIGUEZ BENAVIDES
C.M.P. 50465 - RNE. 22727
Jefe de Centro Quirúrgico

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

ESCLARA VICTORIA CARVALLO DELAGUILLA M.A.
C.B.P. N° 10837
JEFE DE UNIDAD DE SALUD AMBIENTAL

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Christopher E. Gallo Parades
Jefe del Dpto. de Gineco-Obstetricia
C.M.P. 75758 - RNE. 43911

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

NIDIA RENGIFO COLLANTES
PSICÓLOGA CLÍNICA
C.P.P. 22877 - RNE. 718
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dra. ROSA MERA AYO
Jefe Dpto. Medicina Física y Rehabilitación
C.M.P. N° 35182-RNE. 21111

Dirección Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Santiago Arriola Iglesias"

CPC MIGUEL GRANDEZ VELA
Director Ejecutivo de Administración
C.P.C. N° 10-1127

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dr. SERGIO RUIZ TELLO
C.M.P. 28184 - RNE. 15836
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Lic. Enf. SARA DE PIEDAD MAFALDO RICOPA
Jefa de la Oficina de
Epidemiología y Salud Pública

DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dr. Luis Ernesto Arteaga Mendoza
Médico Hematólogo
Jefe del Dpto. Oncología
C.M.P. 44020

ANEXO N° 06

PLAN DE ACCIÓN



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

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2026
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:		22/05/2026	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JEHOSHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. INF. SARA DE PIEDAD MAFALDO RICO PA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC. MIGUEL GRANDEZ VELA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. EDDY FLORES PEZO		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. INF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. INF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
42	HISTORIA CLINICA	Registro de la Hoja de Balance hidro - electrolítico actualizado.	Memorando para a el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2026
63	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Memorando para a el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2026
105	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital facilmente identificable.	Implementación del sistema de identificación correcta de cada paciente implica cartel con datos completos del paciente.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2026
105	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Solicitar a la Oficina de docencia e investigación la implementación del formato de actividades de docencia dentro de las historias clínicas.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2026
84	HISTORIA CLINICA	La letra de la Historia Clínica es legible	Memorando para a el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2026
28	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Implementación del sistema de identificación correcta de cada paciente implica cartel con datos completos del paciente.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2026
105	HISTORIA CLINICA	Historia clínica ordenada y limpia.	Memorando para a el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2026
56	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Implementación del protocolo que se active en caso de fuga	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2026
84	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	Implementación de protocolo de guía de atención ante el control de las úlceras por presión.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2026

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

PLAN DE ACCIÓN

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2016
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	FECHA APLICACION:		22/05/2016	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	RESP.EPIDEMIOLOGÍA:	LIC.ENF. SARA DE PIEDAD MAFALDO RICOPIA		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C.JEHOSHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ	RESP. DE LA UPSS:	M.C. EDDYN FLORES PEZO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC. MIGUEL GRANDEZ VELA	RESP.OFIC.UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
56	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Revaloración diaria de pacientes: andanos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	Implementación de revaloración diaria de los pacientes sometidos a personas con déficit neurológicos, cognitivos y drogodependientes.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2016
56	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Implementación de protocolo de guía de atención ante el control de las úlceras por presión.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2016
84	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido al paciente, su cuidador y la familia.	Implementación de un registro diario de notificación y evaluación del programa educativo a cuidador y familia.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2016
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Coché de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	Socialización al personal de la salud sobre el cumplimiento de los 10 correctos.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2016
56	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	Solicitar a la unidad de mantenimiento el plan anual y cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos e implementados con su respectiva tarjeta de control.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2016
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Implementación del sistema de señalización de las zonas rígidas y semirígidas.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2016
84	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estándares.	Implementación de protocolo de guía de atención ante el control de las úlceras por presión.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2016
84	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio.	Implementación de protocolo de guía de atención ante el control de las úlceras por presión.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2016
56	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LENDINER	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.	Implementación de un protocolo de prevención de conductas suicidas (control y registro de cualquier incidentes).	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2016
56	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales médicos al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionando al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	Capacitación sobre el fortalecimiento de la comunicación efectiva y clima laboral favorable de los profesionales asistenciales en el servicio.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2016
56	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales encargados del cuidado del paciente al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionando al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	Capacitación sobre el fortalecimiento de la comunicación efectiva y clima laboral favorable de los profesionales asistenciales en el servicio.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2016



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

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2026
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	22/06/2026	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JEHOSHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. SARA DE PIEDAD MAFALDO RICOPIA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CFC. MIGUEL GRANDEZ VELA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. EDDYN FLORES PEZO		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
56	HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcoholica para manos.	Coordinar con el departamento de farmacia la adquisición y/o compra de alcohol gel para implementar todos los pasos de higiene de manos.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2026
56	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Capacitación al personal asistencial al cumplimiento de desinfección de los 8 pasos de higiene de manos.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2026
56	BIOSEGURIDAD	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	Capacitar al personal asistencial sobre manejo de catéteres periféricos, con el fin de garantizar el cuidado del paciente.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2026
56	BIOSEGURIDAD	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	Capacitar al personal asistencial sobre vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de las IAAS, en el servicio.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2026
56	BIOSEGURIDAD	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Implementación del sistema de señalización de las zonas rígidas y semirígidas.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2026
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos).	Solicitar a la unidad de mantenimiento el plan anual y cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos e implementados con su respectiva tarjeta de control.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2026
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	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.	Solicitar a la unidad de mantenimiento el plan anual y cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos e implementados con su respectiva tarjeta de control.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2026

HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"
Departamento de Cirugía

Dr. EDDYN FLORES PEZO
Jefe del Departamento de Cirugía
Médico Traumatólogo
C.M.P. N° 60610 - R.N.E. N° 22383

ANEXO N° 07

MONITOREO

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

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2026
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	22/05/2026		(DD/MM/AAAA)
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JEROSHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. SARA DE PIEDAD MAFALDO NICOPA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	C.P.C. MIGUEL GRANDEZ VELA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. EDDY FLORES PEZO		
RESP. DE TONOSERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

81%

FORNITURA DE MATERIAL DE CONSUMO							
PRORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (d/m/a)	MONITOREO (d/m/a)	IMPLEMENTACIÓN
42	HISTORIA CLINICA	Registro de la historia clínica - electrolitos actualizado.	Monitoreo para a el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	DEPARTAMENTO DE CIRUGIA	15/06/2026	Memo N° 013-2026-GRU-DRS-L/010.19	SI
63	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 y DDM IV de correspondencia (primarios o del mismo).	Monitoreo para a el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	DEPARTAMENTO DE CIRUGIA	15/06/2026	Memo N° 013-2026-GRU-DRS-L/010.19	SI
							SELECCION
							SELECCION
105	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente sujeta con ropa de hospital - electrolitos actualizado.	Implementación del historial, con identificación correcta de cada paciente (historia clínica) con datos completos del paciente.	DEPARTAMENTO DE CIRUGIA	15/06/2026	Memo N° 014-2026-GRU-DRS-L/010.19	SI
105	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Implementación de la historia de docencia a investigación la implementación del formato de actividades de docencia (revisión de las historias clínicas).	DEPARTAMENTO DE CIRUGIA	15/06/2026	Memo N° 014-2026-GRU-DRS-L/010.19	SI
104	HISTORIA CLINICA	La historia clínica se encuentra en la historia clínica.	Monitoreo para a el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	DEPARTAMENTO DE CIRUGIA	15/06/2026	Memo N° 013-2026-GRU-DRS-L/010.19	SI
24	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Implementación del sistema de identificación correcta de cada paciente (historia clínica) con datos completos del paciente.	DEPARTAMENTO DE CIRUGIA	15/06/2026	Memo N° 124-2026-GRU-DRS-L/010.19	SI
105	HISTORIA CLINICA	Historia clínica ordenada y limpia.	Monitoreo para a el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	DEPARTAMENTO DE CIRUGIA	15/06/2026	Memo N° 013-2026-GRU-DRS-L/010.19	SI
56	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de pacientes.	Implementación del protocolo que se active en caso de fuga.	DEPARTAMENTO DE CIRUGIA	15/06/2026		NO
34	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Implementación de la historia de presión (incidencia y prevalencia) en un registro, caso informado en los servicios de hospitalización.	Implementación del protocolo que se active en caso de fuga.	DEPARTAMENTO DE CIRUGIA	15/06/2026		NO
56	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Revisión de la historia de caídas, análisis, acciones tomadas a partir de la historia, los diagnósticos y la implementación de medidas de prevención a personas con defectos neurológicos, espinales y C-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-1047-1048-1049-1050-1051-1052-1053-1054-1055-1056-1057-1058-1059-1060-1061-1062-1063-1064-1065-1066-1067-1068-1069-1070-1071-1072-1073-1074-1075-1076-1077-1078-1079-1080-1081-1082-1083-1084-1085-1086-1087-1088-1089-1090-1091-1092-1093-1094-1095-1096-1097-1098-1099-1100-1101-1102-1103-1104-1105-1106-1107-1108-1109-1110-1111-1112-1113-1114-1115-1116-1117-1118-1119-1120-1121-1122-1123-1124-1125-1126-1127-1128-1129-1130-1131-1132-1133-1134-1135-1136-1137-1138-1139-1140-1141-1142-1143-1144-1145-1146-1147-1148-1149-1150-1151-1152-1153-1154-1155-1156-1157-1158-1159-1160-1161-1162-1163-1164-1165-1166-1167-1168-1169-1170-1171-1172-1173-1174-1175-1176-1177-1178-1179-1180-1181-1182-1183-1184-1185-1186-1187-1188-1189-1190-1191-1192-1193-1194-1195-1196-1197-1198-1199-1200-1201-1202-1203-1204-1205-1206-1207-1208-1209-1210-1211-1212-1213-1214-1215-1216-1217-1218-1219-1220-1221-1222-1223-1224-1225-1226-1227-1228-1229-1230-1231-1232-1233-1234-1235-1236-1237-1238-1239-1240-1241-1242-1243-1244-1245-1246-1247-1248-1249-1250-1251-1252-1253-1254-1255-1256-1257-1258-1259-1260-1261-1262-1263-1264-1265-1266-1267-1268-1269-1270-1271-1272-1273-1274-1275-1276-1277-1278-1279-1280-1281-1282-1283-1284-1285-1286-1287-1288-1289-1290-1291-1292-1293-1294-1295-1296-1297-1298-1299-1300-1301-1302-1303-1304-1305-1306-1307-1308-1309-1310-1311-1312-1313-1314-1315-1316-1317-1318-1319-1320-1321-1322-1323-1324-1325-1326-1327-1328-1329-1330-1331-1332-1333-1334-1335-1336-1337-1338-1339-1340-1341-1342-1343-1344-1345-1346-1347-1348-1349-1350-1351-1352-1353-1354-1355-1356-1357-1358-1359-1360-1361-1362-1363-1364-1365-1366-1367-1368-1369-1370-1371-1372-1373-1374-1375-1376-1377-1378-1379-1380-1381-1382-1383-1384-1385-1386-1387-1388-1389-1390-1391-1392-1393-1394-1395-1396-1397-1398-1399-1400-1401-1402-1403-1404-1405-1406-1407-1408-1409-1410-1411-1412-1413-1414-1415-1416-1417-1418-1419-1420-1421-1422-1423-1424-1425-1426-1427-1428-1429-1430-1431-1432-1433-1434-1435-1436-1437-1438-1439-1440-1441-1442-1443-1444-1445-1446-1447-1448-1449-1450-1451-1452-1453-1454-1455-1456-1457-1458-1459-1460-1461-1462-1463-1464-1465-1466-1467-1468-1469-1470-1471-1472-1473-1474-1475-1476-1477-1478-1479-1480-1481-1482-1483-1484-1485-1486-1487-1488-1489-1490-1491-1492-1493-1494-1495-1496-1497-1498-1499-1500-1501-1502-1503-1504-1505-1506-1507-1508-1509-1510-1511-1512-1513-1514-1515-1516-1517-1518-1519-1520-1521-1522-1523-1524-1525-1526-1527-1528-1529-1530-1531-1532-1533-1534-1535-1536-1537-1538-1539-1540-1541-1542-1543-1544-1545-1546-1547-1548-1549-1550-1551-1552-1553-1554-1555-1556-1557-1558-1559-1560-1561-1562-1563-1564-1565-1566-1567-1568-1569-1570-1571-1572-1573-1574-1575-1576-1577-1578-1579-1580-1581-1582-1583-1584-1585-1586-1587-1588-1589-1590-1591-1592-1593-1594-1595-1596-1597-1598-1599-1600-1601-1602-1603-1604-1605-1606-1607-1608-1609-1610-1611-1612-1613-1614-1615-1616-1617-1618-1619-1620-1621-1622-1623-1624-1625-1626-1627-1628-1629-1630-1631-1632-1633-1634-1635-1636-1637-1638-1639-1640-1641-1642-1643-1644-1645-1646-1647-1648-1649-1650-1651-1652-1653-1654-1655-1656-1657-1658-1659-1660-1661-1662-1663-1664-1665-1666-1667-1668-1669-1670-1671-1672-1673-1674-1675-1676-1677-1678-1679-1680-1681-1682-1683-1684-1685-1686-1687-1688-1689-1690-1691-1692-1693-1694-1695-1696-1697-1698-1699-1700-1701-1702-1703-1704-1705-1706-1707-1708-1709-1710-1711-1712-1713-1714-1715-1716-1717-1718-1719-1720-1721-1722-1723-1724-1725-1726-1727-1728-1729-1730-1731-1732-1733-1734-1735-1736-1737-1738-1739-1740-1741-1742-1743-1744-1745-1746-1747-1748-1749-1750-1751-1752-1753-1754-1755-1756-1757-1758-1759-1760-1761-1762-1763-1764-1765-1766-1767-1768-1769-1770-1771-1772-1773-1774-1775-1776-1777-1778-1779-1780-1781-1782-1783-1784-1785-1786-1787-1788-1789-1790-1791-1792-1793-1794-1795-1796-1797-1798-1799-1800-1801-1802-1803-1804-1805-1806-1807-1808-1809-1810-1811-1812-1813-1814-1815-1816-1817-1818-1819-1820-1821-1822-1823-1824-1825-1826-1827-1828-1829-1830-1831-1832-1833-1834-1835-1836-1837-1838-1839-1840-1841-1842-1843-1844-1845-1846-1847-1848-1849-1850-1851-1852-1853-1854-1855-1856-1857-1858-1859-1860-1861-1862-1863-1864-1865-1866-1867-1868-1869-1870-1871-1872-1873-1874-1875-1876-1877-1878-1879-1880-1881-1882-1883-1884-1885-1886-1887-1888-1889-1890-1891-1892-1893-1894-1895-1896-1897-1898-1899-1900-1901-1902-1903-1904-1905-1906-1907-1908-1909-1910-1911-1912-1913-1914-1915-1916-1917-1918-1919-1920-1921-1922-1923-1924-1925-1926-1927-1928-1929-1930-1931-1932-1933-1934-1935-1936-1937-1938-1939-1940-1941-1942-1943-1944-1945-1946-1947-1948-1949-1950-1951-1952-1953-1954-1955-1956-1957-1958-1959-1960-1961-1962-1963-1964-1965-1966-1967-1968-1969-1970-1971-1972-1973-1974-1975-1976-1977-1978-1979-1980-1981-1982-1983-1984-1985-1986-1987-1988-1989-1990-1991-1992-1993-1994-1995-1996-1997-1998-1999-2000-2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025-2026-2027-2028-2029-2030-2031-2032-2033-2034-2035-2036-2037-2038-2039-2040-2041-2042-2043-2044-2045-2046-2047-2048-2049-2050-2051-2052-2053-2054-2055-2056-2057-2058-2059-2060-2061-2062-2063-2064-2065-2066-2067-2068-2069-2070-2071-2072-2073-2074-2075-2076-2077-2078-2079-2080-2081-2082-2083-2084-2085-2086-2087-2088-2089-2090-2091-2092-2093-2094-2095-2096-2097-2098-2099-2100-2101-2102-2103-2104-2105-2106-2107-2108-2109-2110-2111-2112-2113-2114-2115-2116-2117-2118-2119-2120-2121-2122-2123-2124-2125-2126-2127-2128-2129-2130-2131-2132-2133-2134-2135-2136-2137-2138-2139-2140-2141-2142-2143-2144-2145-2146-2147-2148-2149-2150-2151-2152-2153-2154-2155-2156-21					

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

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRILLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	22/05/2024	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JEHOSHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. SARA DE PIEDAD MAFA LDO RICO PA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	GPC. MIGUEL GRANDEZ VELA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. EDDY FLORES PEZO		
RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. MAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

81%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
56	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de las úlceras por presión.	Implementación de protocolo de guía de atención ante el control de las úlceras por presión.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2024	Oído N° 123 GRL-CRIS- L03 50.19	NO
64	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a pacientes, su cuidador y la familia	Implementación de un registro clínico de notificación y evaluación del programa educativo a cuidador y familia	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2024	Oído N° 123 GRL-CRIS- L03 50.19	SI
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Cocina en paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	Notificación al personal de la salud sobre el cumplimiento de los 10 correctos.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2024	Oído N° 123 GRL-CRIS- L03 50.19	SI
56	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	Indicador a la unidad de monitoreo del plan anual y con programa de mantenimiento de equipos hospitalarios implementados con su respectiva leyenda de control.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2024	Oído N° 123 GRL-CRIS- L03 50.19	SI
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Existencia en un registro de medicamentos controlados.	Implementación de la guía de atención de las úlceras por presión y seguimiento.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2024	Oído N° 123 GRL-CRIS- L03 50.19	SI
64	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Apego en la guía de atención de las úlceras por presión según protocolos.	Implementación de protocolo de guía de atención ante el control de las úlceras por presión.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2024	En proceso	SI
64	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Protocolar el seguimiento de la evolución de las úlceras por presión con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en consultorio.	Implementación de protocolo de guía de atención de las úlceras por presión.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2024	En proceso	NO
56	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	El protocolo de prevención de conductas suicidas debe tener en cuenta las necesidades del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión y el control de la conducta en el registro de control de incidentes, el control de la conducta y la vida.	Implementación de un protocolo de prevención de conductas suicidas (control y registro de cualquier incidente).	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2024	En proceso	NO
56	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Se elabora comunicación verbal, escrita o electrónica e intercambio de información entre los profesionales médicos al momento de la atención, tanto en el consultorio como en el hospital, tanto en la atención de los pacientes como en la atención de los familiares.	Capacitación sobre el fortalecimiento de la comunicación efectiva y una atención favorable de los profesionales asistenciales en el servicio.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2024	Oído N° 123 GRL-CRIS- L03 50.19	SI
56	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Se elabora comunicación verbal, escrita o electrónica e intercambio de información entre los profesionales médicos al momento de la atención, tanto en el consultorio como en el hospital, tanto en la atención de los pacientes como en la atención de los familiares.	Capacitación sobre el fortalecimiento de la comunicación efectiva y una atención favorable de los profesionales asistenciales en el servicio.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2024	Oído N° 123 GRL-CRIS- L03 50.19	SI
56	HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de espalmadores con pinzados de base adecuada para manos.	Coordinar con el departamento de farmacia la adquisición y/o compra de alcohol gel para implementar todos los UPSS.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2024	Oído N° 123 GRL-CRIS- L03 50.19	SI
56	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 03 pasos de la disinfección de las manos (paso y tiempo).	Capacitación al personal asistencial al cumplimiento de la disinfección de las manos (paso y tiempo).	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2024	Oído N° 123 GRL-CRIS- L03 50.19	SI

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

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2026
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	22/05/2026	(DDMM/AAAA)	
TITULAR RESPONSABLE PRESS:	M.C. JEROSHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. SARA DE PIEDAD MAFALDO RICOPIA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	K.P.C. MIGUEL GRANDIEZ VELA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. EDDY FLORES PEZO		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ	RESP. OFIC/UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDÉE ALVARADO HORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RICOPIA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

81%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
50	BIOSEGURIDAD	Cuidado y manejo de los residuos se realiza de acuerdo a normas.	Capacitar al personal administrativo sobre manejo de residuos perforantes, con el fin de garantizar el cuidado del paciente.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2026	Ciclo N° 126-2026-CR-LUJ-LS3 03 19	SI
51	BIOSEGURIDAD	Existencia de diagrama de actividades de vigilancia epidemiológica activa, subzona y localización de IAA's en la UPSS.	Capacitar al personal administrativo sobre vigilancia epidemiológica activa, subzona y localización de las IAA's, en el servicio.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2026	Ciclo N° 126-2026-CR-LUJ-LS3 03 19	SI
52	BIOSEGURIDAD	Se observa si se respetan las zonas altas y sanitarias de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Implementación del sistema de señalización de las zonas altas y sanitarias.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2026	En proceso	SI
53	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (baterías, oxímetros, etc.).	Revisar a la unidad de mantenimiento el plan anual y cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos e implementados con su respectiva tarjeta de control.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2026	Ciclo N° 126-2026-CR-LUJ-LS3 03 19	SI
54	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (baterías, oxímetros, etc.).	Revisar a la unidad de mantenimiento el plan anual y cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos e implementados con su respectiva tarjeta de control.	DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	15/06/2026	Ciclo N° 126-2026-CR-LUJ-LS3 03 19	SI

HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS
Departamento de Cirugía
Jesús Flores Pezo
C.M.N. N° 60519 - R.O. N° 22388

GINECOLOGÍA

19/06/2026

ANEXO N° 03

RESULTADOS

EVALUACIÓN



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2026
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	19/06/2026	(dd/mm/aaaa)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JEHOSHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. SARA DE PIEDAD MAFALDO RICOPA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC. MIGUEL GRANDEZ VELA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. CRISTOPHER GALLO PAREDES		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VÁSQUEZ	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RÍOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	70%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	71%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	80%
PREVENCIÓN DE FUGA	20%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPSS	22%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	75%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	75%
BIOSSEGURIDAD	80%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%
PROMEDIO	75%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

75%

Dirección Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. Jehoshua Rafael López López
CMP: 50534
DIRECTOR GENERAL

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. SERGIO RODRIGUEZ BENAVIDES
CMP: 50468 - RNE: 22727
Jefe de Centro Quirúrgico

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. Jorge Luis Baldeón Ríos
Médico Internista
CMP: 26449 - RNE: 14472
Foto. de Medicina

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dra. HAYDEE ALVARADO CORA
Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad
C.E.P. 17203

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RÍOS SALINAS
Jefa de Unidad de Garantía de la Calidad
C.E.P. 48189

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VÁSQUEZ, Dra. Cs.S.C.
Jefa del Departamento de Enfermería
C.E.P. 32725
RNE: 14748

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

ECOL. ANA VICTORIA CARVALLO DELAGUILA, M.A.
C.E.P. N° 10637
JEFE DE UNIDAD DE SALUD ENFERMERÍA

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Lic. Enf. SARA DE PIEDAD MAFALDO RICOPA
Jefe de la Oficina de
Epidemiología y Salud Pública

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

LIC. ENF. CRISTELEN CURICO HUANCÍ
Jefa de Unidad de Auditoría de la Calidad
de la Atención de Salud
C.E.P. 93228

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE SALUD
"FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS"

NIDIA RENTHES COLIANTES
PSICÓLOGA CLÍNICA
C.P.S.P. 22977 - RNE: 718
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dr. SERGIO RUIZ TELLO
CMP: 28184 - RNE: 15636
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA

Gerencia Regional de Salud Loreto
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. CESAR JOHNNY TAMAL ASAYAG
CMP: 25491 - RNE: 22675
Jefe del Dpto. de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias

Dirección Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Santiago Arriola Iglesias"

CPC. MIGUEL GRANDEZ VELA
Director Ejecutivo de Administración
CPC N° 10-1127

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

DR. JOSE C. RENGIFO FERNANDINI
JEFE DPTO. EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS
CMP: 45954

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dr. Edgar... Pres. Raa...
Jefe del Dpto. de Ginecología y Obstetricia

HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"
Departamento de Cirugía

Dr. EDUARDO LÓPEZ PEZO
Jefe del Departamento de Cirugía,
Médico Traumatólogo
CMP: N° 60610 - RNE: N° 22368

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dr. Luis Ernesto Arteaga Mendoza
Médico Hematólogo
Jefe del Dpto. Oncología
CMP: 44029

Gerencia Regional de Salud Loreto
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"

Christopher E. Gallo Paredes
Jefe del Dpto. de Gineco-Obstetricia
CMP: 75788 - RNE: 43911

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dra. ROSA ENCARNACIÓN MERA ARO
Jefa Dpto. Medicina Física y Rehabilitación
CMP: N° 35182 - RNE: N° 21111

Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

Dr. Julio Alfredo Canelo Torres
CMP: N° 38916
JEFE DEL DPTO. DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

ANEXO N° 06

PLAN DE ACCIÓN



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

PLAN DE ACCIÓN

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2026
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS				
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN		FECHA APLICACION: 19/06/2026 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JEHOSHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ		RESP.EPIDEMIOLÓGIA: LIC.ENF. SARA DE PIEDAD MAFALDO RICOPIA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC. MIGUEL GRANDEZ VELA		RESP. DE LA UPSS: M.C. CRISTOPHER GALLO PAREDES		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ		RESP.OPIC./UNIDAD CALIDAD: DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
			OTROS RESPONSABLES: LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
63	HISTORIA CLINICA	Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, terapéutica y Plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable.	Memorando para el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	Departamento Gineco - Obstetricia	25/06/2026
64	HISTORIA CLINICA	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones; estado de animo.	Memorando para el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	Departamento Gineco - Obstetricia	25/06/2026
60	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Solicitar a la Oficina de docencia e investigación la implementación del formato de actividades de docencia dentro de las historias clínicas.	Departamento Gineco - Obstetricia	25/06/2026
64	HISTORIA CLINICA	Historia clínica ordenada y limpia.	Memorando para el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	Departamento Gineco - Obstetricia	25/06/2026
64	HISTORIA CLINICA	Registro y gráfico actualizado de la Funciones Vitales.	Memorando para el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	Departamento Gineco - Obstetricia	25/06/2026
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	Memorando para el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	Departamento Gineco - Obstetricia	25/06/2026
105	HISTORIA CLINICA	La letra de la Historia Clínica es legible	Memorando para el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	Departamento Gineco - Obstetricia	25/06/2026
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Implementación del sistema de llamado (timbre) en el servicio	Departamento Gineco - Obstetricia	25/06/2026
56	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	Implementación de protocolo de guía de atención ante el control de las úlceras por presión.	Departamento Gineco - Obstetricia	25/06/2026

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

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2026
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	19/06/2026 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JEHOASHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. SARA DE PIEDAD MAFALDO RICOPIA		
RESP. DE ADMINSTRACION:	CPC. MIGUEL GRANDEZ VELA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. CRISTOPHER GALLO PAREDES		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
56	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	Implementación de ropa de cama para pacientes hospitalizados y que sean fácilmente identificables.	Departamento Gineco - Obstetricia	25/06/2026
56	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	Implementar un sistema de control de ingreso y egreso del área de hospitalización y mantener un entorno seguro.	Departamento Gineco - Obstetricia	25/06/2026
56	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Implementación del protocolo que se active en caso de fuga	Departamento Gineco - Obstetricia	25/06/2026
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	Implementar en los servicios el uso de camas con baranda , con el fin de garantizar la seguridad del paciente 8 riesgos).	Departamento Gineco - Obstetricia	25/06/2026
56	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Implementación del protocolo que se active en caso de fuga	Departamento Gineco - Obstetricia	25/06/2026
80	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Implementación del sistema de identificación correcta de cada paciente implica cartel con datos completos del paciente.	Departamento Gineco - Obstetricia	25/06/2026
56	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Implementación de protocolo de guía de atención ante el control de las úlceras por presión.	Departamento Gineco - Obstetricia	25/06/2026
56	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	Implementación de protocolo de guía de atención ante el control de las úlceras por presión.	Departamento Gineco - Obstetricia	25/06/2026
56	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	Implementación de protocolo de guía de atención ante el control de las úlceras por presión.	Departamento Gineco - Obstetricia	25/06/2026
56	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario incluido en los servicios de hospitalización.	Implementación de protocolo de guía de atención ante el control de las úlceras por presión.	Departamento Gineco - Obstetricia	25/06/2026
56	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estándares.	Implementación de protocolo de guía de atención ante el control de las úlceras por presión.	Departamento Gineco - Obstetricia	25/06/2026



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

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2026
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	19/06/2026		(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JENOSHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. SARA DE PIEDAD MAFALDO RICOPIA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC. MIGUEL GRANDEZ VELA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. CRISTOPHER GALLO PAREDES		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
56	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	Implementación de protocolo de guía de atención ante el control de las úlceras por presión.	Departamento Gineco - Obstetricia	25/06/2026
56	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	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.	Implementación de un protocolo de prevención de conductas suicidas (control y registro de cualquier incidentes.	Departamento Gineco - Obstetricia	25/06/2026
56	HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	Solicitar la implementación de los dispensadores de papel multifoliado y papel megarollo	Departamento Gineco - Obstetricia	25/06/2026
56	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Capacitación al personal asistencial al cumplimiento de desinfección de los 8 pasos de higiene de manos.	Departamento Gineco - Obstetricia	25/06/2026
56	BIOSEGURIDAD	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	Capacitar al personal asistencial sobre manejo de catéteres periféricos, con el fin de garantizar el cuidado del paciente.	Departamento Gineco - Obstetricia	25/06/2026
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Solicitar a la unidad de mantenimiento el plan anual y cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos e implementados con su respectiva tarjeta de control.	Departamento Gineco - Obstetricia	25/06/2026
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	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.	Solicitar a la unidad de mantenimiento el plan anual y cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos e implementados con su respectiva tarjeta de control.	Departamento Gineco - Obstetricia	25/06/2026

Gerencia Regional de Salud Loreto
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Dr. Abelardo Yglesias"
Christoph Gallo Paredes
Jefe del Departamento Gineco-Obstetricia
CNP: 75766 RNE: 43911

ANEXO N° 07

MONITOREO

3

FICHA DE MONITOREO

		II TRIMESTRE	AÑO:	2026
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	FECHA APLICACION:	19/01/2026	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	HOSPITALIZACION	RESP EPIDEMIOLOGIA:	LIC ENF. SARA DE PIEDAD MAFALO RICO-PA	
TITULAR(RES)PONSABLE IPRESS:	M.C. JEHOSHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ	RESP. DE LA UPSS:	M.C. CRISTOPHER GALLO PAREDES	
TITULAR DE ADMINISTRACION:	C/PC. MIGUEL GRANDEC VELA	RESP OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDÉE ALVARADO TORO	
RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALUNA3	

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INGRESO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (días/meses/años)	MONITOREO (determinar)	IMPLEMENTACIÓN
63	HISTORIA CLINICA	Registro de actividad del paciente: Fiebre y tose de manera frecuente, Agitación, taquicardia, Trastorno del sueño, diarrea, vómitos, dolor abdominal, eritema y Prurito localizado, eritema, urticaria y eritema en el cuello respiratorio.	Mencionando para el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	Departamento Cirujía - Obstetricia	25/06/2028	Memo N° 001 GRU-GRU-LUG-53.17	SI
64	HISTORIA CLINICA	Regalo de la Funciones (trigéminos, sístole, diástole, otros, estado de ánimo).	Mencionando para el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	Departamento Cirujía - Obstetricia	25/06/2028	Memo N° 001 GRU-GRU-LUG-53.17	SI
							SELECCION
							SELECCION
60	SEGURIDAD EN LA UPES	Utilización del formato de consentimiento informado para adquisiciones en docencia.	Revisión a la Oficina de docencia e investigación la implementación del formato en actividades de docencia dentro de las historias clínicas.	Departamento Cirujía - Obstetricia	25/06/2028	Oficio N° 190 - 2296-GRU-DRI-LUG-53.17	SI
64	HISTORIA CLINICA	Historias clínicas ordenadas y limpias.	Mencionando para el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	Departamento Cirujía - Obstetricia	25/06/2028	Memo N° 001 GRU-GRU-LUG-53.17	SI
64	HISTORIA CLINICA	Registros y gráficos actualizados de la Funciones Vitales.	Mencionando para el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	Departamento Cirujía - Obstetricia	25/06/2028	Memo N° 001 GRU-GRU-LUG-53.17	SI
56	SEGURIDAD EN LA UPES	Presencia en turnación (vacantes, reemplazos, especialidad u otras) Remuevan que forma un personal adiestrado que cubra el rol de enfermera y supervisor.	Mencionando para el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	Departamento Cirujía - Obstetricia	25/06/2028	Memo N° 001 GRU-GRU-LUG-53.17	SI
105	HISTORIA CLINICA	La lista de la Historia Clínica se registre.	Mencionando para el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	Departamento Cirujía - Obstetricia	25/06/2028	Memo N° 001 GRU-GRU-LUG-53.17	SI
50	SEGURIDAD EN LA UPES	Tiene o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Mencionando para el personal, sobre el llenado correcto de las historias, ordenada y limpia.	Departamento Cirujía - Obstetricia	25/06/2028	Memo N° 001 GRU-GRU-LUG-53.17	SI
56	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización.	Implementación en protocolo de guías de atención año actual de las úlceras por presión.	Departamento Cirujía - Obstetricia	25/06/2028	Oficio N° 031 - 2296-GRU-DRI-LUG-53.17	SI
66	PREVENCIÓN DE LA FUERA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de cama para pacientes hospitalizada y sus familiares identificada.	Implementación de ropa de cama para pacientes hospitalizada y sus familiares identificada.	Departamento Cirujía - Obstetricia	25/06/2028	Oficio N° 031 - 2296-GRU-DRI-LUG-53.17	SI

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	19/01/2026 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JEHO JHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. SARA DE PIEDAD MAVALDO RICO PA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC. MIGUEL GRANDEZ VELA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. CHRISTOPHER GALLO PAREDES		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. MARITZA SUSANA SILVA VASQUEZ	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

81%

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
50	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	Implementar un sistema de control de egreso y ingreso del área de hospitalización y mantener un orden seguro.	Departamento Grupos - Clínica	25/04/2026	Oficio N° 033-2026-CR-LIC-11/03/17	SI
50	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Implementación del protocolo que se active en caso de fuga	Departamento Grupos - Clínica	25/04/2026		NO
50	SEGURIDAD EN LA UPSS	Existencia de las camas funcionales y están disponibles para proteger al paciente	Implementar en los servicios de uso de camas con barandas, con el fin de garantizar la seguridad del paciente al despertar.	Departamento Grupos - Clínica	25/04/2026	Oficio N° 033-2026-CR-LIC-11/03/17	SI
50	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Registro en la hora de recomendaciones terapéuticas al riesgo de fuga del paciente y la atención de las medidas de supervisión continuada.	Implementación del protocolo que se active en caso de fuga	Departamento Grupos - Clínica	25/04/2026	Oficio N° 033-2026-CR-LIC-11/03/17	SI
60	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazo del paciente como en el cama de este.	Implementación del sistema de identificación correcta en cada paciente implante catéter con cueros complejos del paciente.	Departamento Grupos - Clínica	25/04/2026	Oficio N° 033-2026-CR-LIC-11/03/17	SI
50	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Planificación de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Implementación de protocolo de guía de atención para el control de las úlceras por presión.	Departamento Grupos - Clínica	25/04/2026	En proceso	SI
50	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	Implementación de protocolo de guía de atención para el control de las úlceras por presión.	Departamento Grupos - Clínica	25/04/2026		NO
50	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a pacientes, su cuidador y la familia.	Implementación de protocolo de guía de atención para el control de las úlceras por presión.	Departamento Grupos - Clínica	25/04/2026		NO
50	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Monitorización de úlceras por presión (relación y prevención) en un registro clínico registrado en los servicios de hospitalización.	Implementación de protocolo de guía de atención para el control de las úlceras por presión.	Departamento Grupos - Clínica	25/04/2026		NO
50	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Asesoración de guía de cuidado de úlceras por presión según estándares.	Implementación de protocolo de guía de atención para el control de las úlceras por presión.	Departamento Grupos - Clínica	25/04/2026		NO
50	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Planificar el seguimiento de la evolución de las úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio.	Implementación de protocolo de guía de atención para el control de las úlceras por presión.	Departamento Grupos - Clínica	25/04/2026	En proceso	SI
50	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	El personal de atención de emergencias debe estar capacitado en la atención de pacientes con riesgo de suicidio, la supervisión del paciente en el hospital se mantendrá constante, el control en salidas y visitas.	Implementación de un protocolo de prevención de conductas suicidas (control y registro de cualquier indicación).	Departamento Grupos - Clínica	25/04/2026	Oficio N° 033-2026-CR-LIC-11/03/17	SI



FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	19/05/2023		(DD/MM/AAAA)
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JEHOSHUA RAFAEL M. LÓPEZ LÓPEZ	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. SARA DE PIEDRA INFALDO RICOYA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC. MIGUEL GRANDEZ VELA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. CHRISTOPHER GALLO PAREDES		
RESP. OPTOSERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. MARITZA SUSANA SIL VA VASQUEZ	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

81%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
56	HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de dispensadores con preparados de buen alcoholica para manos.	Solicitar la implementación de los dispensadores de papel multibolsado y papel megabolsado.	Dpto. de Mantenimiento - Grúas - Climatización	25/06/2023	Oficio N° 034-2023-CRL-DRSL-13.03.17	SI
56	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 6 pasos de la desinfeción de manos (pases y tiempo).	Capacitación al personal subalterno al cumplimiento de la desinfeción de los 6 pasos de higiene de manos.	Dpto. de Mantenimiento - Grúas - Climatización	25/06/2023	Oficio N° 034-2023-CRL-DRSL-13.03.17	SI
56	BIOSEGURIDAD	Cuidado y manejo de los residuos de acuerdo a normas.	Capacitar al personal subalterno sobre manejo de residuos peligrosos, con el fin de garantizar el cuidado del paciente.	Dpto. de Mantenimiento - Grúas - Climatización	25/06/2023	Oficio N° 034-2023-CRL-DRSL-13.03.17	SI
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (según los manuales).	Solicitar a la unidad de mantenimiento el plan anual y cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos a implementar con su respectiva agenda de control.	Dpto. de Mantenimiento - Grúas - Climatización	25/06/2023	Oficio N° 034-2023-CRL-DRSL-13.03.17	SI
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (según los manuales).	Solicitar a la unidad de mantenimiento el plan anual y cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos a implementar con su respectiva agenda de control.	Dpto. de Mantenimiento - Grúas - Climatización	25/06/2023	Oficio N° 034-2023-CRL-DRSL-13.03.17	SI


 Gerente / Responsable de Salud Loreto
 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
 "Felipe Arriola Iglesias"
 Christopher E. Gallo Paredes
 Jefe del Dpto de Gineco-Obstetricia
 C.M.P. 75768 · RNE: 43911