

REPORTE DE ENTREGABLE
PRIMER REPORTE DE SEGUIMIENTO DE PLAN DE ACCIÓN (SEMESTRAL)

0674 - REGION LORETO - HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

LORETO - ALTO AMAZONAS - YURIMAGUAS

AÑO 2025

1. SECCIÓN MEDIDAS DE REMEDIACIÓN

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACIONAL	EL TITULAR DE LA ENTIDAD NO HA APROBADO Y NO HA DISPUESTO LA DIFUSIÓN DE LAS DISPOSICIONES DEL CÓDIGO DE CONDUCTA O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES, QUE REGULE LA CONDUCTA DE LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES DE LA ENTIDAD EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES.	ELABORAR Y APROBAR EL CODIGO DE CONDUCTA DE LA INSTITUCIÓN O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES	RESPONSABLE DE INTEGRIDAD INSTITUCIONAL	25/02/2025	30/12/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS COMENZÓ A GESTIONAR UN RESPONSABLE QUE TIENE LA FACULTAD DE REALIZAR ACCIONES Y DELEGARLOS PREVISTOS EN LA RESOLUCION DIRECTORAL N° 092-2025 GRL/30.37.03.01 PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL CODIGO DE CONDUCTA DE LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES DE LA ENTIDAD EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES.		EN PROCESO

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACION AL	EL TITULAR DE LA ENTIDAD NO HA APROBADO Y NO HA DISPUESTO LA DIFUSIÓN DE LAS DISPOSICIONES DEL CÓDIGO DE CONDUCTA O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES, QUE REGULE LA CONDUCTA DE LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES DE LA ENTIDAD EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES.	PUBLICAR EL CÓDIGO DE CONDUCTA APROBADO POR LOS CANALES QUE CUENTA LA ENTIDAD	RESPONSABLE DE INTEGRIDAD INSTITUCIONAL	19/12/2025	31/12/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA HA INICIADO EL PROCESO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL CODIGO DE CONDUCTA CON LA DESIGNACIÓN DEL RESPONSABLE DE OFICIAL DE INTEGRIDAD QUE RECAE EN LAS FUNCIONES DEL JEFE DE LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS DEL HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	EN PROCESO	
CULTURA ORGANIZACION AL	EL TITULAR DE LA ENTIDAD NO HA APROBADO Y NO HA DISPUESTO LA DIFUSIÓN DE LAS DISPOSICIONES DEL CÓDIGO DE CONDUCTA O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES, QUE REGULE LA CONDUCTA DE LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES DE LA ENTIDAD EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES.	DIFUNDIR EL CÓDIGO DE CONDUCTA APROBADO O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES, A TRAVÉS DE LOS ACANALES DE DIFUSIÓN QUE CUENTA LA ENTIDAD	RESPONSABLE DE INTEGRIDAD INSTITUCIONAL	29/12/2025	31/12/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS HA INICIADO LA IMPLEMENTACION DEL CODIGO DE CONDUCTA CON LA DESIGNACION DE UN PERSONAL OFICIAL DE INTEGRIDAD QUE RECAE EN LAS FUNCIONES DEL JEFE DE LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS.	EN PROCESO	

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACIONAL	LA ENTIDAD NO CUENTA CON LINEAMIENTOS, PROCEDIMIENTOS, FLUJOGRAMAS O DOCUMENTOS QUE HAGAN SUS VECES APROBADOS, QUE REGULEN EL PROCESO QUE DEBE EJECUTARSE PARA EL DESARROLLO DE CADA PRODUCTO QUE BRINDA.	IMPLEMENTAR LA ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DE INSTRUMENTOS DE GESTION, TALES COMO PROCEDIMIENTOS QUE REGULEN LOS PROCESOS PARA EL DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS DE CONSULTORIOS EXTERNOS Y EMERGENCIAS DE LA ENTIDAD	PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	30/06/2025	31/12/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA HA INICIADO PROCEDIMIENTOS QUE LOS PROCESOS PARA EL DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS DE CONSULTORIOS EXTERNOS Y EMERGENCIAS EN LA ENTIDAD, QUE SE EVIDENCIAN EN LOS DOCUMENTOS: (OFICIO N° 215-2025-GRSL-SERV.EYCC./HSG Y) (OFICIO N° 066-2025-GRSL-SERV.-CONSULTA EXTERNA) QUE EVIDENCIAN EL INICIO DE LA IMPLEMENTACION DE FLUJOGRAMAS DE DICHO SERVICIOS	EN PROCESO	

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACION AL	LA ENTIDAD NO CUENTA CON LINEAMIENTOS, PROCEDIMIENTOS, FLUJOGRAMAS O DOCUMENTOS QUE HAGAN SUS VECES APROBADOS, QUE REGULEN EL PROCESO QUE DEBE EJECUTARSE PARA EL DESARROLLO DE CADA PRODUCTO QUE BRINDA.	DIFUNDIR EL INSTRUMENTO DE GESTION QUE REGULE LOS PROCESOS PARA EL DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS	PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	30/06/2025	31/12/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA HA INICIADO PROCEDIMIENTOS QUE LOS PROCESOS PARA EL DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS DE CONSULTORIOS EXTERNOS Y EMERGENCIAS EN LA ENTIDAD, QUE SE EVIDENCIAN EN LOS DOCUMENTOS: (OFICIO N° 215-2025-GRL-GRSL/SERV.EYCC./HSG Y) (OFICIO N° 066-2025-GRSL-GRSL/SERV-CONSULTA EXTERNA) QUE EVIDENCIAN EL INICIO DE LA IMPLEMENTACION DE FLUJOGRAMAS DE DICHS SERVICIOS	EN PROCESO	
CULTURA ORGANIZACION AL	LA ENTIDAD NO CUENTA CON REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES, MANUAL DE OPERACIONES O DOCUMENTO QUE HAGAN SUS VECES ACTUALIZADO Y APROBADO CONFORME A LA NORMATIVA APLICABLE, SEGÚN CORRESPONDA, QUE PERMITA EL CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES DE TODOS LOS ÓRGANOS Y UNIDADES ORGÁNICAS.	ELABORAR EL MOP O DOCUMENTO QUE HAGAN SUS VECES, CONFORME A LA NORMATIVA VIGENTE	PLANEAMIENTO ESTRATEGICO				PENDIENTE	
CULTURA ORGANIZACION AL	LA ENTIDAD NO CUENTA CON REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES, MANUAL DE OPERACIONES O DOCUMENTO QUE HAGAN SUS VECES ACTUALIZADO Y APROBADO CONFORME A LA NORMATIVA APLICABLE, SEGÚN CORRESPONDA, QUE PERMITA EL CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES DE TODOS LOS ÓRGANOS Y UNIDADES ORGÁNICAS.	APROBACIÓN DEL MOP O DOCUMENTO QUE SE HAGAN SUS VECES, CONFORME A LA NORMATIVA VIGENTE	PLANEAMIENTO ESTRATEGICO				PENDIENTE	

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN						COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN			
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO				
CULTURA ORGANIZACION AL	LA ENTIDAD NO CUENTA CON REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES, MANUAL DE OPERACIONES O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES ACTUALIZADO Y APROBADO CONFORME A LA NORMATIVA APLICABLE, SEGÚN CORRESPONDA, QUE PERMITA EL CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES DE TODOS LOS ÓRGANOS Y UNIDADES ORGÁNICAS.	PUBLICAR Y DIFUNDIR EL INSTRUMENTO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL	PLANEAMIENTO ESTRATEGICO						PENDIENTE
CULTURA ORGANIZACION AL	EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECES NO HA EJECUTADO LAS ACCIONES PARA EFECTUAR LA EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO, COMO PARTE DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RENDIMIENTO, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE	DESIGNAR EL RESPONSABLE DE LAS ACTIVIDADES PARA LA EVALUACION DE DESEMPEÑO	UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS	25/02/2025	25/02/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS HA INICIADO LA IMPLEMENTACION DEL CODIGO DE CONDUCTA CON LA DESIGNACION DE UN PERSONAL OFICIAL.			IMPLEMENTADA
CULTURA ORGANIZACION AL	EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECES NO HA EJECUTADO LAS ACCIONES PARA EFECTUAR LA EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO, COMO PARTE DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RENDIMIENTO, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE	LA COLABORADOR DESIGNADO COMO RESPONSABLE DEBE EJECUTAR ACCIONES PARA EJECUTAR LA EVALUACION DE DESEMPEÑO	UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS	25/02/2025	31/12/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS HA INICIADO LA IMPLEMENTACION DEL CODIGO DE CONDUCTA CON LA DESIGNACION DE UN PERSONAL OFICIAL.			EN PROCESO
CULTURA ORGANIZACION AL	EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECES NO HA OTORGADO RECONOCIMIENTO A LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES POR LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL CONFORME A LAS CONDICIONES Y PLAZOS PROGRAMADOS, ESTABLECIDOS EN EL PLAN DE ACCIÓN ANUAL	ELABORAR Y APROBAR LOS LINEAMIENTOS INTERNOS QUE REGULE EL OTORGAMIENTO DE RECONOCIMIENTOS A LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES, RESPECTO AL CUMPLIMIENTO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL DEL SCI.	UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS						PENDIENTE

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACIONAL	EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECES NO HA OTORGADO RECONOCIMIENTO A LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES POR LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL CONFORME A LAS CONDICIONES Y PLAZOS PROGRAMADOS, ESTABLECIDOS EN EL PLAN DE ACCIÓN ANUAL	EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES EN LAS ACTIVIDADES ENCOMENDADAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL ESTABLECIDOS EN LOS PLANES DE ACCIÓN ANUAL.	UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS					PENDIENTE
CULTURA ORGANIZACIONAL	EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECES NO HA OTORGADO RECONOCIMIENTO A LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES POR LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL CONFORME A LAS CONDICIONES Y PLAZOS PROGRAMADOS, ESTABLECIDOS EN EL PLAN DE ACCIÓN ANUAL	DIFUNDIR INTERNAMENTE LOS LINEAMIENTOS QUE REGULAN EL PROCEDIMIENTO PARA EL OTROGAMIENTO DE RECONOCIMIENTOS	UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS					PENDIENTE
CULTURA ORGANIZACIONAL	EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECES NO HA OTORGADO RECONOCIMIENTO A LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES POR LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL CONFORME A LAS CONDICIONES Y PLAZOS PROGRAMADOS, ESTABLECIDOS EN EL PLAN DE ACCIÓN ANUAL	REALIZAR LA ENTREGA DE RECONOCIMIENTO A FUNCIONARIOS Y SERVIDORES CONFORME LOS LINEAMIENTOS APROBADOS Y AL CUMPLIMIENTO EN LAS ACTIVIDADES CONTENIDAS EN LOS PLANES DE ACCIÓN ANUAL.	UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS					PENDIENTE

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN						COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN			
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO				
CULTURA ORGANIZACION AL	EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECES NO HA EJECUTADO EL PROCESO DE INDUCCIÓN DEL PERSONAL, EN LOS CASOS QUE CORRESPONDE, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	ELABORAR Y APROBAR LA DIRECTIVA DE INDUCCION, DE ACUERDO A LA NORMATIVA APLICABLE	UNIDAD RECURSOS HUMANOS	02/01/2025	21/03/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS A DESIGNADO A UN RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN, OTORGAMIENTO Y RECONOCIMIENTO A PERSONAL NUEVO, FUNCIONARIOS, SERVIDORES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS DE ACUERDO A LA NORMATIVA APLICABLE.		EN PROCESO	
CULTURA ORGANIZACION AL	EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECES NO HA EJECUTADO EL PROCESO DE INDUCCIÓN DEL PERSONAL, EN LOS CASOS QUE CORRESPONDE, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	IDENTIFICAR AL PERSONAL INCORPORADO O REINCORPORADO EN LA ENTIDAD., EJECUTAR LAS JORNADAS DE INDUCCIÓN AL PERSONAL REGISTRANDO LAS MISMAS Y SUPERVISAR QUE LA INDUCCIÓN HAYA SIDO REALIZADA AL TOTAL DEL PERSONAL DURANTE EL PERIODO EVALUADO.	UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS	31/07/2025	31/12/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS A DESIGNADO A UN RESPONSABLE DE LA INDUCCIÓN, OTORGAMIENTO Y RECONOCIMIENTO A PERSONAL NUEVO, FUNCIONARIOS, SERVIDORES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS DE ACUERDO A LA NORMATIVA APLICABLE.		EN PROCESO	

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACION AL	EL TITULAR O EL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI NO HA DISPUESTO LA EJECUCIÓN DE ACCIONES QUE PERMITAN EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS CON BASE A LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LA APLICACIÓN DE LOS INDICADORES	TOMAR DECISIONES Y ACCIONES EN BASE A RESULTADOS	TITULAR DE LA ENTIDAD Y/O DIRECCIÓN ADJUNTA DEL HSGY O EL QUE HAGA SUS VECES	03/06/2025	21/07/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA CUMPLE CON ORGANIZAR CALENDARICAMENTE CAPACITACIONES CON LOS COORDINADORES DE LOS PPRS, LOGRANDO UNA BUENA TOMA DE DECISIONES Y ACCIONES EN BASE A LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES.	IMPLEMENTADA	
CULTURA ORGANIZACION AL	EL TITULAR O EL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI NO HA DISPUESTO LA EJECUCIÓN DE ACCIONES QUE PERMITAN EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS CON BASE A LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LA APLICACIÓN DE LOS INDICADORES	REALIZAR EL SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DISPUESTAS QUE PERMITAN MEJORAR EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS.	PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	03/06/2025	21/07/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA CUMPLE CON ORGANIZAR CALENDARICAMENTE CAPACITACIONES CON LOS COORDINADORES DE LOS PPRS, LOGRANDO UNA BUENA TOMA DE DECISIONES Y ACCIONES EN BASE A LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES.	IMPLEMENTADA	

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACIONAL	EL TITULAR DE LA ENTIDAD NO HA EJECUTADO LAS ACTIVIDADES PARA IMPLEMENTAR EL PLAN DE GOBIERNO DIGITAL O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE	CONFORMAR EL COMITÉ DE GOBIERNO DIGITAL	UNIDAD DE INGENIERIA HOSPITALARIA	19/03/2025	31/12/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS HASTA LA EVALUACIÓN SEMESTRAL PASADA TUVO CONFORMADO UN COMITÉ DE GOBIERNO DIGITAL QUE A LA FECHA VARIOS FUNCIONARIOS DE DICHO COMITÉ NO FORMAN PARTE DE LA ENTIDAD, ES POR ELLO QUE CON EL INFORME N° 005-2025-GRU-GRSL/UIH EL JEFE DE LA UNIDAD DE INGENIERÍA HOSPITALARIA SUGIERE DEJAR SIN EFECTO EL COMITÉ ANTERIOR Y PROMUEVE LA CONFORMACIÓN DE UN NUEVO COMITÉ QUE ESTE CONSTITUIDO CON FUNCIONARIOS QUE FORMAN PARTE DE LA ENTIDAD PARA DAR INICIO AL CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DEL PROCESO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE GOBIERNO Y TRANSFORMACIÓN DIGITAL CUYAS FASES DE LA ETAPA SON: ACTUALIZACIÓN DEL INVENTARIO TECNOLÓGICO INSTITUCIONAL, DESIGNACIÓN FORMAL	EN PROCESO	

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN						COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN			
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO				
							DE ROLES CLAVE (LÍDER DE GOBIERNO Y OFICIAL DE SEGURIDAD), ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DEL PGTD, DESARROLLO DE PLANES ESTRATÉGICOS COMPLEMENTARIOS, EJECUCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN Y, SUPERVISIÓN, MONITOREO Y REPORTE TRIMESTRAL.		

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACION AL	EL TITULAR DE LA ENTIDAD NO HA EJECUTADO LAS ACTIVIDADES PARA IMPLEMENTAR EL PLAN DE GOBIERNO DIGITAL O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE	ELABORAR EL DOCUMENTO DEL PLAN DE GOBIERNO DIGITAL QUE INCLUYE EL CRONOGRAMA DE TRABAJO	UNIDAD DE INGENIERIA HOSPITALARIA Y/O COMITÉ DE GOBIERNO DIGITAL O EL QUE HAGA SUS VECES	19/03/2025	31/12/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS HASTA LA EVALUACIÓN SEMESTRAL PASADA TUVO CONFORMADO UN COMITÉ DE GOBIERNO DIGITAL QUE A LA FECHA VARIOS FUNCIONARIOS DE DICHO COMITÉ NO FORMAN PARTE DE LA ENTIDAD, ES POR ELLO QUE CON EL INFORME N° 005-2025-GRL-GRSL/UIH EL JEFE DE LA UNIDAD DE INGENIERÍA HOSPITALARIA SUGIERE DEJAR SIN EFECTO EL COMITÉ ANTERIOR Y PROMUEVE LA CONFORMACIÓN DE UN NUEVO COMITÉ QUE ESTE CONSTITUIDO CON FUNCIONARIOS QUE FORMAN PARTE DE LA ENTIDAD PARA DAR INICIO AL CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DEL PROCESO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE GOBIERNO Y TRANSFORMACIÓN DIGITAL CUYAS FASES DE LA ETAPA SON: ACTUALIZACIÓN DEL INVENTARIO TECNOLÓGICO INSTITUCIONAL, DESIGNACIÓN FORMAL	EN PROCESO	

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN						COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN			
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO				
								DE ROLES CLAVE (LÍDER DE GOBIERNO Y OFICIAL DE SEGURIDAD), ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DEL PGTD, DESARROLLO DE PLANES ESTRATÉGICOS COMPLEMENTARIOS, EJECUCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN Y, SUPERVISIÓN, MONITOREO Y REPORTE TRIMESTRAL.	

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACIONAL	EL TITULAR DE LA ENTIDAD NO HA EJECUTADO LAS ACTIVIDADES PARA IMPLEMENTAR EL PLAN DE GOBIERNO DIGITAL O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE	APROBAR EL PLAN DE GOBIERNO DIGITAL	TITULAR DE LA ENTIDAD O EL QUE HAGA SUS VECES	19/03/2025	31/12/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS HASTA LA EVALUACIÓN SEMESTRAL PASADA TUVO CONFORMADO UN COMITÉ DE GOBIERNO DIGITAL QUE A LA FECHA VARIOS FUNCIONARIOS DE DICHO COMITÉ NO FORMAN PARTE DE LA ENTIDAD, ES POR ELLO QUE CON EL INFORME N° 005-2025-GRU-GRSL/UIH EL JEFE DE LA UNIDAD DE INGENIERÍA HOSPITALARIA SUGIERE DEJAR SIN EFECTO EL COMITÉ ANTERIOR Y PROMUEVE LA CONFORMACIÓN DE UN NUEVO COMITÉ QUE ESTE CONSTITUIDO CON FUNCIONARIOS QUE FORMAN PARTE DE LA ENTIDAD PARA DAR INICIO AL CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DEL PROCESO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE GOBIERNO Y TRANSFORMACIÓN DIGITAL CUYAS FASES DE LA ETAPA SON: ACTUALIZACIÓN DEL INVENTARIO TECNOLÓGICO INSTITUCIONAL, DESIGNACIÓN FORMAL	EN PROCESO	

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN						COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN			
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO				
							DE ROLES CLAVE (LÍDER DE GOBIERNO Y OFICIAL DE SEGURIDAD), ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DEL PGTD, DESARROLLO DE PLANES ESTRATÉGICOS COMPLEMENTARIOS, EJECUCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN Y, SUPERVISIÓN, MONITOREO Y REPORTE TRIMESTRAL.		

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACIONAL	EL TITULAR DE LA ENTIDAD NO HA EJECUTADO LAS ACTIVIDADES PARA IMPLEMENTAR EL PLAN DE GOBIERNO DIGITAL O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE	SUPERVISAR LAS ACCIONES EJECUTADAS DE LAS ACTIVIDADES CONSIGNADAS EN EL PLAN DE GOBIERNO DIGITAL	UNIDAD DE INGENIERIA HOSPITALARIA Y/O COMITE DE PLAN DE GOBIERNO DIGITAL	19/03/2025	31/12/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS HASTA LA EVALUACIÓN SEMESTRAL PASADA TUVO CONFORMADO UN COMITÉ DE GOBIERNO DIGITAL QUE A LA FECHA VARIOS FUNCIONARIOS DE DICHO COMITÉ NO FORMAN PARTE DE LA ENTIDAD, ES POR ELLO QUE CON EL INFORME N° 005-2025-GRJ-GRSL/UJH EL JEFE DE LA UNIDAD DE INGENIERIA HOSPITALARIA SUGIERE DEJAR SIN EFECTO EL COMITÉ ANTERIOR Y PROMUEVE LA CONFORMACIÓN DE UN NUEVO COMITÉ QUE ESTE CONSTITUIDO CON FUNCIONARIOS QUE FORMAN PARTE DE LA ENTIDAD PARA DAR INICIO AL CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DEL PROCESO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE GOBIERNO Y TRANSFORMACIÓN DIGITAL CUYAS FASES DE LA ETAPA SON: ACTUALIZACIÓN DEL INVENTARIO TECNOLÓGICO INSTITUCIONAL, DESIGNACIÓN FORMAL	EN PROCESO	

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN						COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN			
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO				
							DE ROLES CLAVE (LÍDER DE GOBIERNO Y OFICIAL DE SEGURIDAD), ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DEL PGTD, DESARROLLO DE PLANES ESTRATÉGICOS COMPLEMENTARIOS, EJECUCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN Y, SUPERVISIÓN, MONITOREO Y REPORTE TRIMESTRAL.		
GESTIÓN DE RIESGOS	LA ENTIDAD NO HA EVALUADO EL PRESUPUESTO EJECUTADO PARA EL DESARROLLO Y/O PRESTACIÓN DE CADA PRODUCTO A FIN DE DETERMINAR SI ESTE PERMITIÓ CUMPLIR LOS OBJETIVOS Y METAS ESTABLECIDAS PARA LOS MISMOS, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE	IDENTIFICAR LOS OBJETIVOS Y METAS PLANIFICADOS POR CADA PRODUCTO, ASÍ COMO SU RESPECTIVO PRESUPUESTO ASIGNADO, EN EL PERIODO EVALUADO.	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO Y/O UNIDAD DE PLANES Y PROGRAMAS	16/06/2025	30/06/2025		EL HOSPITAL SANTA GEMA HA IDENTIFICADO LOS OBJETIVOS Y METAS LOS CUALES SE PUEDEN VISUALIZAR EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PRODUCTOS EL EL POI.		IMPLEMENTADA
GESTIÓN DE RIESGOS	LA ENTIDAD NO HA EVALUADO EL PRESUPUESTO EJECUTADO PARA EL DESARROLLO Y/O PRESTACIÓN DE CADA PRODUCTO A FIN DE DETERMINAR SI ESTE PERMITIÓ CUMPLIR LOS OBJETIVOS Y METAS ESTABLECIDAS PARA LOS MISMOS, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE	EFFECTUAR LA EVALUACIÓN GENERAL SOBRE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO INSTITUCIONAL ASIGNADO A CADA PRODUCTO, ASÍ COMO EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS Y METAS ESTABLECIDOS PARA LOS MISMOS.	PLANEAMIENTO ESTRATEGICO Y /O PLANES Y PROGRAMAS	16/06/2025	30/06/2025		EL HOSPITAL SANTA GEMA HA IDENTIFICADO LOS OBJETIVOS Y METAS LOS CUALES SE PUEDEN VISUALIZAR EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PRODUCTOS EL EL POI.		IMPLEMENTADA

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
GESTIÓN DE RIESGOS	DURANTE LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE CADA PRODUCTO; LA ENTIDAD NO HA ANALIZADO LA EXISTENCIA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN O INCONDUCTA FUNCIONAL, QUE PUDIERAN AFECTAR LA INTEGRIDAD PÚBLICA, APLICANDO ALGUNA METODOLOGÍA PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS QUE AFECTAN LA INTEGRIDAD PÚBLICA APROBADA U OTRA METODOLOGÍA APLICABLE.	CONVOCAR A UNA REUNIÓN DE TRABAJO CON LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS ENCARGADAS DEL DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS PRIORIZADOS.	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN Y/O RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	01/03/2025	31/12/2025	NO SEA EVIDENCIADO LA EVALUACION DE RIESGOS DE CORRUPCION, PERO SE HA CUMPLIDO CON ESA METODOLOGIA PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS EN DONDE LOS COORDINADORES CONFIRMAN QUE NO HAY RIESGODE CORRUPCION	IMPLEMENTADA	
GESTIÓN DE RIESGOS	DURANTE LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE CADA PRODUCTO; LA ENTIDAD NO HA ANALIZADO LA EXISTENCIA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN O INCONDUCTA FUNCIONAL, QUE PUDIERAN AFECTAR LA INTEGRIDAD PÚBLICA, APLICANDO ALGUNA METODOLOGÍA PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS QUE AFECTAN LA INTEGRIDAD PUBLICA APROBADA U OTRA METODOLOGÍA APLICABLE.	ANALIZAR DURANTE EL DESARROLLO DE LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS LA EXISTENCIA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN E INCONDUCTA FUNCIONAL QUE PUDIERAN AFECTAR LA INTEGRIDAD PÚBLICA QUE REPERCUTEN EN LOS PRODUCTOS PRIORIZADOS.	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN Y/O RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	03/03/2025	31/12/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS NO HA IDENTIFICADO LOS RIESGOS DE CORRUPCION PERO HA CUMPLIDO CON LOS PRODUCTOS PRIORIZADOS	IMPLEMENTADA	
GESTIÓN DE RIESGOS	EL TITULAR DE LA ENTIDAD O RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIA NO HA VERIFICADO QUE SE REMITA EL PLAN DE ACCIÓN PARA EL INICIO DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LOS INFORMES DE SERVICIO DE CONTROL EMITIDO POR LOS ÓRGANOS DEL SISTEMA NACIONAL DE CONTROL, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	SUPERVISAR QUE SE HA REMITIDO LA TOTALIDAD (100%) DE LOS PLANES DE ACCION APROBADOS DE LOS INFORMES DE SERVICIO DE CONTROL POSTERIOR, DIRIGIDOS AL OCI O CGR.	RESPONSABLE DE MONITOREO Y SEGUIMIENTO	29/01/2025	30/06/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS ACREDITA LA REMISIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN APROBADOS DEL 100% DE LOS INFORMES DE CONTROL POSTERIOR, EMITIDOS POR LOS ÓRGANOS DE SISTEMA NACIONAL DE CONTROL.	IMPLEMENTADA	

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
GESTIÓN DE RIESGOS	EL TITULAR DE LA ENTIDAD O RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIA NO HA VERIFICADO QUE SE REMITA EL PLAN DE ACCIÓN PARA EL INICIO DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LOS INFORMES DE SERVICIO DE CONTROL EMITIDO POR LOS ÓRGANOS DEL SISTEMA NACIONAL DE CONTROL, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	IDENTIFICAR LA TOTALIDAD DE LOS INFORMES DE SERVICIO DE CONTROL POSTERIOR RECIBIDOS DURANTE EL PERIODO 2025	RESPONSABLE DE MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE LOS INFORMES DE CONTROL	30/06/2025	14/07/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA CONTIENE EL LISTADO ENNUMERADO DE TODOS LOS INFORMES DE SERVICIO DE CONTROL POSTERIOR RECIBIDOS POR LA ENTIDAD DURANTE EL PERIODO EVALUADO.	IMPLEMENTADA	
GESTIÓN DE RIESGOS	EL TITULAR DE LA ENTIDAD O RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIA NO HA VERIFICADO QUE SE REMITA EL PLAN DE ACCIÓN PARA EL INICIO DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LOS INFORMES DE SERVICIO DE CONTROL EMITIDO POR LOS ÓRGANOS DEL SISTEMA NACIONAL DE CONTROL, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	ENVIAR EL PLAN DE ACCION PARA EL INICIO DEL PROCESO DE IMPLEMENTACION DE LAS RECOMENDACIONES DE LOS INFORMES DE SERVICIO DE CONTROL AL OCI O CGR.	TITULAR DE LA ENTIDAD, ORGANO O UNIDADES ORGANICAS Y RESPONSABLE DE MONITOREO Y SEGUIMIENTO.	03/06/2025	30/06/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA CONTIENE EL LISTADO ENNUMERADO DE TODAS LAS RECOMENDACIONES QUE DERIVAN DE LOS INFORMES DE SERVICIO DE CONTROL POSTERIOR, DURANTE EL PERIODO DE EVALUACIÓN.	IMPLEMENTADA	
GESTIÓN DE RIESGOS	EL FUNCIONARIO PÚBLICO RESPONSABLE DEL MONITOREO NO REMITE AL ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL LA DOCUMENTACIÓN QUE EVIDENCIA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES FORMULADAS EN LOS INFORMES DE SERVICIOS DE CONTROL EMITIDO POR LOS ÓRGANOS DEL SISTEMA NACIONAL DE CONTROL, DE ACUERDO A LOS PLAZOS ESTABLECIDOS Y SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	REVISAR, CONSOLIDAR Y REMITIR AL OCI O CGR, LOS AVANCES QUE EVIDENCIE LA IMPLEMENTACION DE LAS RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LOS INFORMES DE SERVICIO DE CONTROL POSTERIOR DURANTE EL PERIODO 2025, POR LOS ORGANOS Y UNIDADES ORGANICAS INVOLUCRADAS EN LAS RECOMENDACIONESL .	RESPONSABLE DE MONITOREO Y SEGUIMIENTO	03/06/2025	30/06/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA CONTIENE EL LISTADO ENNUMERADO DE TODOS LOS AVANCES QUE EVIDENCIAN LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES QUE DERIVAN DE LOS INFORMES DE SERVICIO DE CONTROL POSTERIOR, DURANTE EL PERIODO DE EVALUACIÓN.	IMPLEMENTADA	

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
GESTIÓN DE RIESGOS	LA ENTIDAD NO HA IMPLEMENTADO LAS RECOMENDACIONES FORMULADAS EN LOS INFORMES DE SERVICIOS DE CONTROL EMITIDO POR LOS ÓRGANOS DEL SISTEMA NACIONAL DE CONTROL, DE ACUERDO A LOS PLAZOS ESTABLECIDOS Y SEGÚN LA NORMATIVA VIGENTE.	SOLICITAR UN REPORTE AL OCI O OCGR QUE VALIDE EL SUSTENTO DE LA IMPLEMENTACION DE LAS RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LOS INFORMES DE SERVICIO DE CONTROL POSTERIOR, DE ACUERDO A PLAZOS ESTABLECIDOS EN EL PLAN DE ACCION.	RESPONSABLE DE MONITOREO Y SEGUIMIENTO	14/07/2025	31/12/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA RECIBE DEL OCI EL DOCUMENTO DE SUSTENTO DE LA IMPLEMENTACION DE LAS RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LOS INFORMES DE SERVICIO DE CONTROL POSTERIOR, SEGUN PLAZOS ESTABLECIDOS EN EL PLAN DE ACCION	IMPLEMENTADA	
		IDENTIFICAR, REVISAR, CONSOLIDAR Y REMITIR AL OCI O CGR, QUE CORRESPONDA, LAS EVIDENCIAS QUE ACREDITAN LA TOMA DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS DE LAS SITUACIONES ADVERSAS DERIVADAS DE LOS INFORMES DE SERVICIO DE CONTROL SIMULTANEO, DURANTE EL PERIODO 2025.	RESPONSABLE DE MONITOREO Y SEGUIMIENTO	04/06/2025	30/06/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA ACREDITA LA INFORMACIÓN REMITIDA A LOS ÓRGANOS DEL SNC DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS DEL 100% DE LAS SITUACIONES ADVERSAS DERIVADAS DE LOS INFORMES DE SERVICIO DE CONTROL SIMULTÁNEO, DURANTE EL PERIODO EVALUADO.	IMPLEMENTADA	
GESTIÓN DE RIESGOS	EL TITULAR DE LA ENTIDAD O RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIA NO REMITE AL ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL LA DOCUMENTACIÓN QUE EVIDENCIA HABER CORREGIDO LAS SITUACIONES ADVERSAS FORMULADAS EN LOS INFORMES DE LOS SERVICIOS DE CONTROL SIMULTANEO DE ACUERDO A LOS PLAZOS ESTABLECIDOS Y NORMATIVA VIGENTE.							

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
GESTIÓN DE RIESGOS	LA ENTIDAD NO HA CORREGIDO LAS SITUACIONES ADVERSAS FORMULADAS EN LOS INFORMES DE SERVICIOS DE CONTROL SIMULTANEO, DE ACUERDO A LOS PROCEDIMIENTOS Y PLAZOS ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVA VIGENTE.	SOLICITAR AL OCI INSTITUCIONAL LA EVALUACION DE LAS EVIDENCIAS QUE ACREDITEN LA CORRECCION DE LAS SITUACIONES ADVERSAS FORMULADAS EN LOS INFORMES DE SERVICIO DE CONTROL SIMULTANEO, REPORTE DEL SISTEMA DE CONTROL SIMULTANEO DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.	RESPONSABLE DE MONITOREO Y SEGUIMIENTO	01/01/2025	30/06/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA ACREDITA LA EVALUACIÓN DE OCI SOBRE LA INFORMACIÓN QUE EVIDENCIA LA CORRECCIÓN DEL 100% DE LAS SITUACIONES ADVERSAS FORMULADAS EN LOS INFORMES DE SERVICIO DE CONTROL SIMULTANEO, DE ACUERDO A LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.	IMPLEMENTADA	
GESTIÓN DE RIESGOS	EL TITULAR DE LA ENTIDAD NO HA APROBADO Y GARANTIZADO LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE CONTINUIDAD OPERATIVA O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES QUE GARANTICE EL FUNCIONAMIENTO DE LA ENTIDAD ANTE UN DESASTRE O CUALQUIER EVENTO QUE INTERRUMPA PROLONGADAMENTE SUS OPERACIONES, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	DIFUNDIR EL PLAN DE CONTINUIDAD DE OPERATIVA	UGRED-UNIDAD DE INGENIERIA HOSPITALARIA Y/O UNIDAD ORGANICA QUE HAGA LAS VECES				PENDIENTE	
GESTIÓN DE RIESGOS	EL TITULAR DE LA ENTIDAD NO HA APROBADO Y GARANTIZADO LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE CONTINUIDAD OPERATIVA O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES QUE GARANTICE EL FUNCIONAMIENTO DE LA ENTIDAD ANTE UN DESASTRE O CUALQUIER EVENTO QUE INTERRUMPA PROLONGADAMENTE SUS OPERACIONES, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	CAPACITAR A TODO EL PERSONAL DE LA ENTIDAD, A FIN DE GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LAS OPERACIONES.	UGRED				PENDIENTE	

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
GESTIÓN DE RIESGOS	EL TITULAR DE LA ENTIDAD NO HA APROBADO Y GARANTIZADO LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE CONTINUIDAD OPERATIVA O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES QUE GARANTICE EL FUNCIONAMIENTO DE LA ENTIDAD ANTE UN DESASTRE O CUALQUIER EVENTO QUE INTERRUMPA PROLONGADAMENTE SUS OPERACIONES, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	ASIGNAR LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS NECESARIOS EN LOS PRODUCTOS Y ACTIVIDADES ASIGNADAS EN EL AÑO FISCAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE CONTINUIDAD OPERATIVA. Y SU CUMPLIMIENTO	PLANEAMIENTO ESTRATEGICO Y UNIDAD DE PRESUPUESTO					PENDIENTE
SUPERVISIÓN	EL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI NO HA DOCUMENTADO LA IMPLEMENTACIÓN DE TODAS LAS RECOMENDACIONES DE MEJORA PARA IMPLEMENTAR LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL CONSIGNADAS EN LOS REPORTES DE "SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN ANUAL".	IDENTIFICAR LAS PROBLEMÁTICAS PRESENTADAS Y LA RESPECTIVA RECOMENDACIÓN DE MEJORA EN LA EJECUCIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL.	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN Y /O RESPONSABLE DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO					PENDIENTE

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
SUPERVISIÓN	EL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI NO HA DOCUMENTADO LA IMPLEMENTACIÓN DE TODAS LAS RECOMENDACIONES DE MEJORA PARA IMPLEMENTAR LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL CONSIGNADAS EN LOS REPORTES DE "SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN ANUAL".	VERIFICAR Y CONSOLIDAR LO REMITIDO POR LOS ÓRGANOS Y/O UNIDADES ORGÁNICAS A CARGO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y DE CONTROL, A EFECTOS DE DOCUMENTAR LAS RECOMENDACIONES DE MEJORA QUE SE EJECUTARON PARA SUPERAR LAS PROBLEMÁTICAS QUE SE CONSIGNARON EN EL SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN ANUAL.	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN Y/O RESPONSABLE DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO					PENDIENTE
SUPERVISIÓN	LA ENTIDAD NO HA IMPLEMENTADO COMO MÍNIMO, EL 90% DEL NÚMERO DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL CONSIGNADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN ANUAL.	REALIZAR EL ENVÍO A LA CGR DEL PLAN DE ACCIÓN ANUAL - SECCIÓN MEDIDAS DE REMEDIACIÓN, EN CASO CORRESPONDA, Y EL PLAN DE ACCIÓN ANUAL - SECCIÓN MEDIDAS DE CONTROL.	OFICINA DE ADMINISTRACION - RESPONSABLE DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI	31/03/2025	30/12/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA CUMPLE CON ENVIAR A LA CONTRALORIA GENERAL LOS ENTREGABLES DEL PLAN DE ACCION ANUAL - SECCION MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y EL PLAN DE ACCIÓN ANUAL - SECCION MEDIDAS DE CONTROL EN PLAZOS ESTABLECIDOS SEGUN LA NORMATIVA VIGENTE.		IMPLEMENTADA

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
SUPERVISIÓN	LA ENTIDAD NO HA IMPLEMENTADO COMO MÍNIMO, EL 90% DEL NÚMERO DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL CONSIGNADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN ANUAL.	REALIZAR EL CÁLCULO DEL PORCENTAJE DE LAS MEDIDAS QUE TIENEN LA CONDICIÓN DE IMPLEMENTADAS DURANTE EL PERIODO EVALUADO, RESPECTO DE LA TOTALIDAD DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL FORMULADAS EN LOS RESPECTIVOS PLANES DE ACCIÓN ANUAL.	OFICINA DE ADMINISTRACION - RESPONSABLE DE IMPLEMENTACION DEL SCI					PENDIENTE
SUPERVISIÓN	EL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LA ENTIDAD NO HA SOLICITADO MENSUALMENTE A LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL EN LA ENTIDAD, EL ESTADO DE EJECUCIÓN DE LAS MISMAS.	IDENTIFICAR LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y DE CONTROL REGISTRADAS EN EL APLICATIVO INFORMÁTICO, ASÍ COMO LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES Y SUS FECHAS DE IMPLEMENTACIÓN PLANIFICADAS.	OFICINA DE ADMINISTRACION - RESPONSABLE DE IMPLEMENTACION DEL SCI	01/03/2025	31/12/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA HA IDENTIFICADO LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y DE CONTROL REGISTRADAS EN EL APLICATIVO INFORMÁTICO, ASÍ COMO LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES Y SUS FECHAS DE IMPLEMENTACIÓN PLANIFICADAS.		IMPLEMENTADA

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
SUPERVISIÓN	EL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LA ENTIDAD NO HA SOLICITADO MENSUALMENTE A LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL EN LA ENTIDAD, EL ESTADO DE EJECUCIÓN DE LAS MISMAS.	SOLICITAR MENSUALMENTE Y O TRIMESTRAL A LOS ÓRGANOS Y UNIDADES ORGÁNICAS LA DOCUMENTACIÓN QUE SUSTENTA EL ESTADO DE EJECUCIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y DE CONTROL.	OFICINA DE ADMINISTRACION - RESPONSABLE DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI	01/03/2025	31/12/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA ACREDITA QUE SE HA SOLICITADO MENSUALMENTE Y /O TRIMESTRAL EL ESTADO DE EJECUCIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL DE LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MISMAS.	IMPLEMENTADA	
SUPERVISIÓN	LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL NO HAN REPORTADO MENSUALMENTE LOS AVANCES DE LA EJECUCIÓN DE LAS MISMAS, AL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI.	IDENTIFICAR LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y DE CONTROL REGISTRADAS EN EL APLICATIVO INFORMÁTICO, ASÍ COMO LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES Y SUS FECHAS DE IMPLEMENTACIÓN PLANIFICADAS.	OFICINA DE ADMINISTRACION - RESPONSABLE DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI	01/03/2025	31/12/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA ACREDITA QUE LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL HAN REPORTADO MENSUALMENTE LOS AVANCES DE LA EJECUCIÓN DE LAS MISMAS, AL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI.	IMPLEMENTADA	

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
SUPERVISIÓN	LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL NO HAN REPORTADO MENSUALMENTE LOS AVANCES DE LA EJECUCIÓN DE LAS MISMAS, AL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI.	REMITIR MENSUALMENTE LA INFORMACIÓN QUE SUSTENTA LOS AVANCES EN LA EJECUCIÓN DE LA TOTALIDAD DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y DE CONTROL ASIGNADAS A LA UNIDAD ORGÁNICA CORRESPONDIENTE.	OFICINA DE ADMINISTRACION - RESPONSABLE DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI	01/03/2025	31/12/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA ACREDITA QUE LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL HAN REPORTADO MENSUALMENTE LOS AVANCES DE LA EJECUCIÓN DE LAS MISMAS, AL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI.		IMPLEMENTADA
SUPERVISIÓN	LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL NO HAN REPORTADO MENSUALMENTE LOS AVANCES DE LA EJECUCIÓN DE LAS MISMAS, AL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI.	SUPERVISAR QUE LA TOTALIDAD DE ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL HAYAN REPORTADO MENSUALMENTE LOS AVANCES DE LA EJECUCIÓN DE LAS MEDIDAS CONSIGNADAS EN LOS PLANES DE ACCIÓN ANUAL.	OFICINA DE ADMINISTRACION - RESPONSABLE DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI	01/03/2025	31/12/2025	EL HOSPITAL SANTA GEMA ACREDITA QUE LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL HAN REPORTADO MENSUALMENTE LOS AVANCES DE LA EJECUCIÓN DE LAS MISMAS, AL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI.		IMPLEMENTADA

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
SUPERVISIÓN	LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN NO HAN DETERMINADO SI LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON SUPERAR LAS DEFICIENCIAS DEL CONTROL INTERNO	IDENTIFICAR LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN REGISTRADAS EN EL APLICATIVO INFORMATICO, ASI COMO LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE SU EJECUCIÓN.	OFICINA DE ADMINISTRACION - RESPONSABLE DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI	31/03/2025	30/12/2025	HOSPITAL SANTA GEMA HA IDENTIFICADO LA MEDIDAS DE REMEDIACION EN EL APLICATIVO INFORMATICO, ASI CMO LOS ORGANOS O UNIDADES RESPONSABLES DE SU EJECUCION.	IMPLEMENTADA	
SUPERVISIÓN	LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN NO HAN DETERMINADO SI LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON SUPERAR LAS DEFICIENCIAS DEL CONTROL INTERNO	SOLICITAR A LAS UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN QUE DETERMINEN SI LA O LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN PERMITIERON SUPERAR LAS DEFICIENCIAS DEL CONTROL INTERNO.	OFICINA DE ADMINISTRACION - RESPONSABLE DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI				PENDIENTE	
SUPERVISIÓN	LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN NO HAN DETERMINADO SI LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON SUPERAR LAS DEFICIENCIAS DEL CONTROL INTERNO	DETERMINAR SI LA O LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN PERMITIERON SUPERAR LAS DEFICIENCIAS DEL CONTROL INTERNO EN EL PERIODO EVALUADO.	OFICINA DE ADMINISTRACION - SCI				PENDIENTE	

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
SUPERVISIÓN	LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL NO HAN DETERMINADO SI LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTABAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS HASTA ALCANZAR UN NIVEL DE TOLERANCIA ACEPTABLE POR LA ENTIDAD	IDENTIFICAR LAS MEDIDAS DE CONTROL REGISTRADAS EN EL APLICATIVO INFORMATICO, ASI COMO LOS ORGANOS O UNIDADES ORGANICAS RESPONSABLES DE SU EJECUCIÓN.	OFICINA DE ADMINISTRACION - RESPONSABLE DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI	31/03/2025	30/12/2025	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS, A IDENTIFICADO LAS MEDIDAS DE CONTROLN REGISTRADA EN EL APLICATIVO INFORMATICO, ASI COMO LOS ORGANOS Y UNIDADES RESPONSABLES DE SU EJECUCION		IMPLEMENTADA
SUPERVISIÓN	LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL NO HAN DETERMINADO SI LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTABAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS HASTA ALCANZAR UN NIVEL DE TOLERANCIA ACEPTABLE POR LA ENTIDAD	SOLICITAR A LAS UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL QUE DETERMINEN SI ESTAS PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTABAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS HASTA ALCANZAR UN NIVEL DE TOLERANCIA PERMISIBLE POR LA ENTIDAD.	OFICINA DE ADMINISTRACION - RESPONSABLE DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI					PENDIENTE
SUPERVISIÓN	LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL NO HAN DETERMINADO SI LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTABAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS HASTA ALCANZAR UN NIVEL DE TOLERANCIA ACEPTABLE POR LA ENTIDAD	DETERMINAR SI LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS.	OFICINA DE ADMINISTRACION - RESPONSABLE DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI					PENDIENTE

PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL						COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN			
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO				
ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL	INCORPORACIONES PRESUPUESTALES NO ACORDE A LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS, CORRESPONDIENTE AL NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO.	GESTIONAR EL CAMBIO DE ACTIVIDAD OPERATIVA AL NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO.	SALUD MATERNO NEONATAL	01/04/2025	30/06/2025	ADICIÓN DE LA ACTIVIDAD OPERATIVA EN EL POI: REPORTE DE SEGUIMIENTO ANUAL 2025 DEL SERVICIO DE MATERNO NEONATAL		IMPLEMENTADA	
ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA O URGENCIAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	GESTIONAR LA COMPRA DE LOS EQUIPOS POR MEDIO DEL SIGA Y CON ATENCIÓN A ADMINISTRACIÓN DEL HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	19/06/2025	30/06/2025	ATENDIDO CON OFICIO N°025-2025-GRU-GRSL: COMPRA DE INSUMOS MEDICOS		EN PROCESO	
ATENCIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES	FALTA DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD	REALIZAR CAPACITACIONES	PRODUCTOS ESPECÍFICOS PARA DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO	01/04/2025	30/06/2025	OFICIO N°060-2025-GRU-GRSL/PEPDIT, FOTOS		IMPLEMENTADA	
ATENCIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES	LA INSUFICIENCIA DE RECURSOS MEDICOS	GESTIONAR CON DIRECCIÓN	PRODUCTOS ESPECÍFICOS PARA DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO					PENDIENTE	
DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL Y COORDINACIÓN DE LA REFERENCIA	FALTA DE IMPLEMENTACIÓN DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN	GESTIONAR LA COMPRA DE LOS EQUIPOS POR MEDIO DEL SIGA Y CON ATENCIÓN A ADMINISTRACIÓN DEL HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS					PENDIENTE	

PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
DETECCION - DIAGNOSTICO - TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON ENFERMEDADES EXTERNAS DEL OJO	FALTA DE IMPLEMENTACION CON EQUIPOS DE COMPUTO RADIOFONIA Y MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS AMBIENTES EMED Y UGRED	GESTIONAR LA COMPRA DE LOS EQUIPOS DE IMPLEMENTACION DE COMPUTO Y RADIOFONIA ATRAVES DEL PEDIDO SIGA Y A INGENIERIA HOSPITALARIA Y/O MANTENIMIENTO PARA LA EL ARREGLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS AMBIENTES DEL EMED Y UGRED DEL HOSPITAL SANTA GEMA II - 2 YURIMAGUAS	REDUCCION DE LA VULNERABILIDAD Y ATENCION DE EMERGENCIA POR DESASTRE	04/04/2025	30/06/2025	OFICIO N° 0011-2025-UGRED-GRL-GRSL-HSGY/30.37.16 OFICIO N° 020-2025-UGRED-GRL-GRSL-HGY/30.37.16OFICIO N° 0021-2025-UGRED-GRL-GRSL-HSGY/30.37.16 (OFICIOS EMITIDOS SOLO PARA ARREGLO DE NUESTRA UNIDAD) LA IMPLEMENTACION DE EQUIPOS DE COMPUTO SE DIO ATRAVEZ DE UNA DONACION CON RESOLUCION N° 177/2025	IMPLEMENTADA	
DETECCION - DIAGNOSTICO - TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON RETINOPATIA DIABETICA	POBLACION ENFERMA DE DIABETES PROLONGADA REFERIDAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA PERIFIERE, PRESENTANDO VISION BORROSA CON LA POSIBILIDAD DE SER RETINOPATIA-DIABETICA SIN ATENCION OPORTUNA POR ENCONTRARSE EL ESPECIALISTA AUSENTE EN LA ENTIDAD POR NO ENCONTRARSE PROGRAMADO.	1. GESTIONAR LA ASIGNACION DE PRESUPUESTO PARA LA CONTRATACION DE MEDICO OFTALMOLOGO EN MODALIDAD CAS SEGUN EL NIVEL DEL HOSPITAL . 2. FOMENTAR EL RECONOCIMIENTO E IMPORTANCIA DE LA SALUD OCULAR HACIA EL GOBIERNO REGIONAL Y CENTRAL	PPR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	28/01/2025	30/06/2025	OFICIO N°04-2025-RGEF-GRSL/ESNT/HSGY/30.37. OFICIO DIRIGIDO AL DIRECTOR CON ATENCIÓN A LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS. OFICIO N° 03-2025-RGEF-GRSL/30.37.05-ESSO, OFICIO N° 195-2025DEDSOPPSO-DG/INO Y EL OFICIO N° 07-2025-RGEF-GRSL/30.37.05-ESNOT SE ENVIÓ OFICIO DIRIGIDO AL DIRECTOR CON ATENCIÓN A LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS.	IMPLEMENTADA	

PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
MUJER TAMIZADA EN CANCER DE CUELLO UTERINO	TAMIZAJE CON PAPANICOLAOU PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO PODRÍA EFECTUARSE INADECUADAMENTE.	CAPACITAR AL PERSONAL NUEVO SOBRE LA ADECUADA TOMA DE MUESTRA DE PAPANICOLAOU.	PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CANCER	01/04/2025	30/06/2025	FOTOS DE LA CAPACITACION VIA MEET CON LA COORDINACION SE REALIZO CON EL COTECNOLOGO CARLOS VILLA DEL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO		IMPLEMENTADA
MUJER TAMIZADA EN CANCER DE CUELLO UTERINO	TAMIZAJE CON PAPANICOLAOU PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO PODRÍAN NO SER PROCESADOS Y LEÍDOS.	GESTIONAR EL PROCESAMIENTO Y LECTURA DE LAS MUESTRAS DE PAPANICOLAOU.	PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CANCER	03/06/2025	30/06/2025	ATENDIDO CON EL OFICIO N° 003-2025		IMPLEMENTADA
MUJER TAMIZADA EN CANCER DE MAMA	LA LECTURA DEL TAMIZAJE EN MUJERES CON MAMOGRAFIA BILATERAL PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA PODRÍA NO EFECTUARSE.	GESTIONAR CON DIRECCIÓN EJECUTIVA LA LECTURA DE TODAS LAS MAMOGRAFÍAS.	PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CANCER	03/06/2025	30/06/2025	REALIZADO CON UNA ACTA DE REUNION 12 DE MARZO		IMPLEMENTADA
NIÑOS Y NIÑAS CON ATENCION DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO	LA FALTA DE CAPACITACION DEL PERSONAL DE SALUD	REALIZAR CAPACITACIONES	PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO	01/04/2025	30/06/2025	OFICIO N°055-2025-GR-GRSL/PEPDIT, FOTOS		IMPLEMENTADA
NIÑOS Y NIÑAS CON ATENCION DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO	LA INSUFICIENCIA DE RECURSOS MEDICOS	GESTIONAR CON DIRECCION	PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO					PENDIENTE

PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL						COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN			
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO				
PERSONA ATENDIDA CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO	LA ATENCIÓN DE LA PACIENTE CON LESIONES PRE MALIGNAS DE CUELLO UTERINO CON ESCISIÓN PODRÍA NO REALIZARSE.	GESTIONAR LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS ESPECIALIZADOS PARA SU EJECUCIÓN. GESTIONAR LA DISPONIBILIDAD DE UN AMBIENTE PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS. GESTIONAR CON DIRECCIÓN JECUTIVA LA CONTRATACIÓN DE PROFESIONALES ESPECIALIZADOS	PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CANCER	03/03/2025	30/06/2025	CON OFICIO N°024-2025		EN PROCESO	
PERSONA CON DISCAPACIDAD CERTIFICADA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	PERSONAS CON DISCAPACIDAD DESCONOCEN SOBRE EL CERTIFICADO Y SU UTILIDAD	MONITORIZACION DE REGISTRO DE ATENDIDOS Y ATENCION DEL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	PREVENCIÓN Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD	01/04/2025	30/06/2025	REITERO SOLICITUD DE VISUALIZACION EN EL SISTEMA SIHCE EL ESTADO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS DURANTE LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION (OFICIO N° 031-2025 GRL,DRSL)		EN PROCESO	
PERSONA TAMIZADA PARA DETECCIÓN DE OTROS CANCERES PREVALENTES	EL TAMIZAJE PARA DETECCIÓN DE CÁNCER DE PIEL PODRÍA NO REALIZARSE.	GESTIONAR CON DIRECCIÓN EJECUTIVA LA CONTRATACIÓN O DESIGNACIÓN DE PROFESIONAL ESPECIALISTA.	PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CANCER					PENDIENTE	

PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
PERSONAS CON DISCAPACIDAD RECIBEN ATENCION DE REHABILITACION EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	FALTA DE PERSONAL Y ESTRUCTURA	MONITORIZACION DE REGISTRO DE ATENDIDOS Y ATENCIONES DEL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	PREVENCIÓN Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD	01/04/2025	30/06/2025	GESTIONAR CONTACTACION DE MEDICO FISIATRA Y TECNOLOGO DE LENGUAJE Y OCUPACIONAL PRESENTADO CON OFICIO (OFICIO N° 033-2025 GRL4DRSL), Y SE REITERA CON EL OFICIO OFICIO (N° 058-2025 GRL4DRSL)		EN PROCESO
PERSONAS CON FORMACION Y CONOCIMIENTO EN GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES Y ADAPTACION AL CAMBIO CLIMATICO	FALTA DE INTERES DEL PERSONAL DE SALUD PARA CAPACITARSE EN TEMAS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS Y DESASTRES	OFICIOS Y MEMORANDUMS DE INVITACION PARTICIPACION AL CURSO TALLER DIRIGIDO A DIRECCION Y A LAS JEFATURAS DE LAS DIFERENTES AREAS DEL HOSPITAL	REDUCCION DE LA VULNERABILIDAD Y ATENCION DE EMERGENCIAS POR DESASTRES					PENDIENTE
PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES JUDICIALIZADAS TRATADAS	PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES JUDICIALIZADOS NO PODRAN SER TRATADAS POR FALTA DE CONSULTORIO PARA ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA	1. GESTIONAR LA ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN CONSULTORIO DE PSICOLOGÍA	CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	04/04/2025	30/06/2025	OFICIO N° 0472 -2025 DIRIGIDO A LA DIRECCIÓN		EN PROCESO
PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES JUDICIALIZADAS TRATADAS	PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES JUDICIALIZADOS NO PODRAN SER TRATADAS POR FALTA DE PERSONAL ADMINISTRATIVO PARA LA RECEPCIÓN Y REGISTRO DE CASOS JUDICIALIZADOS	1. GESTIONAR LA ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL ADMINISTRATIVO EN MODALIDAD CAS O LOCADOR SEGÚN EL NIVEL DE HOSPITAL.	CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	04/04/2025	30/06/2025	OFICIO N° 0472 -2025 DIRIGIDO A LA DIRECCIÓN		EN PROCESO

PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES JUDICIALIZADAS TRATADAS	PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES JUDICIALIZADOS NO PODRAN SER TRATADAS POR FALTA DE PERSONAL (PSICÓLOGOS Y PSIQUIATRAS)	1. GESTIONAR LA ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO PARA LA CONTRATACIÓN DE PSICÓLOGOS Y PSIQUIÁTRAS EN MODALIDAD CAS SEGÚN EL NIVEL DE HOSPITAL. 2. FOMENTAR EL RECONOCIMIENTO E IMPORTANCIA DE LA SALUD MENTAL HACIA EL GOBIERNO REGIONAL Y CENTRAL.	CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	04/04/2025	30/06/2025	OFICIO N° 0412-2025 DIRIGIDO A LA DIRECCIÓN, FOTOS DE CAPACITACIÓN		IMPLEMENTADA
PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMEN TO DEBIDO AL CONSUMO DEL ALCOHOL Y TABACO TRATADA OPORTUNAMEN TE	PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DEL ALCOHOL Y TABACO NO PODRA SER TRATADA OPORTUNAMENTE POR FALTA DE PERSONAL DE SALUD PSICOLOGO NO CAPACITADOS EN TEMAS DE CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO	1. GESTIONAR LA ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO PARA LA CONTRATACIÓN DE PSICÓLOGOS Y PSIQUIÁTRAS EN MODALIDAD CAS SEGÚN EL NIVEL DE HOSPITAL. 2. FOMENTAR EL RECONOCIMIENTO E IMPORTANCIA DE LA SALUD MENTAL HACIA EL GOBIERNO REGIONAL Y CENTRAL.	CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	04/04/2025	30/06/2025	OFICIO N° 0412-2025 DIRIGIDO A LA DIRECCIÓN, FOTOS DE CAPACITACIÓN		IMPLEMENTADA

PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL						COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN			
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO				
PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENT TO DEBIDO AL CONSUMO DEL ALCOHOL Y TABACO NO PODRA SER TRATADA OPORTUNAMENTE POR FALTA INFRAESTRUCTURA PARA TALLERES GRUPALES	PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DEL ALCOHOL Y TABACO NO PODRA SER TRATADA OPORTUNAMENTE POR FALTA INFRAESTRUCTURA PARA TALLERES GRUPALES	1. GESTIONAR LA ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN AMBIENTE ADECUADO SOLO PARA PACIENTES DE SALUD MENTAL	CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	04/04/2025	30/06/2025	OFICIO N° 0673 -2025 DIRIGIDO A LA DIRECCIÓN		EN PROCESO	
POBLACION CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD	POBLACIÓN CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE NO RECIBEN ATENCIÓN OPORTUNA Y DE CALIDAD POR FALTA DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS DE COMPUTO	GESTIONAR CON EL JEFE DE INGENIERIA HOSPITALARIA UNA PROGRAMACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO A LOS EQUIPOS DE COMPUTO	CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	04/04/2025	30/06/2025	OFICIO N° 0421-2025 DIRIGIDO A LA JEFATURA DE GESTIÓN HOSPITALARIA PARA PLAN DE MANTENIMIENTO		IMPLEMENTADA	
POBLACION CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD	POBLACIÓN CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE NO RECIBEN ATENCIÓN OPORTUNA Y DE CALIDAD POR FALTA DE PERSONAL (PSICÓLOGOS Y PSIQUIÁTRAS)	1. GESTIONAR LA ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO PARA LA CONTRATACIÓN DE PSICÓLOGOS Y PSIQUIÁTRAS EN MODALIDAD CAS SEGÚN EL NIVEL DE HOSPITAL. 2. FOMENTAR EL RECONOCIMIENTO E IMPORTANCIA DE LA SALUD MENTAL HACIA EL GOBIERNO REGIONAL Y CENTRAL.	CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	04/04/2025	30/06/2025	OFICIO N° 0472 -2025 DIRIGIDO A LA DIRECCIÓN		EN PROCESO	

PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
POBLACION DE ALTO RIESGO RECIBE INFORMACION Y ATENCION PREVENTIVA	QUE LOS PACIENTES POGAN EN PRACTICA TODO LO APRENDIDO Y CAMBIEN SU ESTILO DE VIDA	QUE LOS PACIENTES SEAN RESPONSABLES EN SU SEXUALIDAD QUE USEN SUS PRESERVATIVOS .	PPR ITS VIH-SIDA	26/01/2025	30/06/2025	FOTO DE LA TARJETA DE CONTROL DE TRATAMIENTO		IMPLEMENTADA
3000005.ADOLES CENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO	LOS SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO A ADOLESCENTES PODRIAN NO SER BRINDADOS.	COORDINAR LA IMPLEMENTACIÓN DE UN CONSULTORIO PARA LA ATENCIÓN DIFERENCIADA DEL ADOLESCENTE. GESTIONAR LA CONTRATACIÓN DE UNA(A) OBSTETRA PARA LA ATENCIÓN EXCLUSIVA Y DIFERENCIADA DEL ADOLESCENTE.	SALUD MATERNO NEONATAL	01/04/2025	30/06/2025	FOTOS DEL CONSULTORIO DIFERENCIADO DEL ADOLESCENTE, FOTOS DE LA REUNIÓN DE COORDINACIÓN Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL OBSTETRA/ROL DE PROGRAMACIÓN DE TURNO		IMPLEMENTADA
3000011: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CATARATAS	POBLACION CON PROBLEMAS DE CATARATA QUE NO RECIBEN ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD POR FALTA DE PERSONAL MEDICO DISPONIBLE (OFTALMOLOGO Y OPTOMETRISTA)	GESTIONAR LA ASIGNACION DE PRESUPUESTO PARA LA CONTRATACION DE MEDICO OFTALMOLOGO Y TECNOLGO OPTOMETRISTA EN MODALIDAD DE CAS SEGÚN EL NIVEL DEL HOSPITAL	PPR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	20/01/2025	30/06/2025	OFICIO N°04-2025-RGEF-GRSL/ESNT/HSGY/30.37. OFICIO N° 06-2025-RGEF-GRSL/ESNT/HSGY/30.37. SE ENVIÓ OFICIO DIRIGIDO AL DIRECTOR CON ATENCIÓN A LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS. OFICIO N°07-2025-RGEF-GRSL-ESNT-HSG-YGS SE ENVIÓ OFICIO DIRIGIDO AL DIRECTOR CON ATENCIÓN A LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS.		EN PROCESO

PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
3000012- TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON CATARATAS	POBLACION CON DIAGNOSTICO DE CATARATA Y PTERIGION EN ESPERA DE UN TRATAMIENTO QUIRURGICO; YA QUE ACTUALMENTE CONTAMOS CON UNA LARGA LISTA DE HOMBRES Y MUJERES QUE SUFREN DE ESTAS DOS PATOLOGIAS OCULARES	1. GESTIONAR LA ASIGNACION DE PRESUPUESTO PARA LA ADQUISICION DE ALGUNOS INSTRUMENTOS QUIRURGICOS OFTAMOLOGICOS, COMO TAMBIEN MEDICAMENTOS E INSUMOS MEDICOS. 2. GESTIONAR PARA LA ADECUACION DE UN AMBIENTE EXCLUSIVO PARA CIRUGIAS OFTALMOLOGICAS	PPR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	21/05/2025	30/06/2025	OFICIO N° 56-2025-RGEF-GRSL/30.37.05-ESNOT INFORMES Y OFICIOS DIRIGIDOS A LA DIRECCIÓN CON ATENCIÓN A LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA. OFICIO N° 05-2025-RGEF-GRSL-ESNT-HSG-YGS OFICIO N° 11-2025-RGEF-GRSL/30.37.05-ESNOT OFICIO N°13-2025-RGEF-GRSL/30.37.05-ESNOT OFICIO N°15-2025-RGEF-GRSL/30.37.05-ESNOT OFICIO N°29-2025-RGEF-GRSL/30.37.05-ESNOT OFICIO N° 32-2025-RGEF-GRSL/30.37.05-ESNOT	EN PROCESO	
3000614.PERSO NAS CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS	FALTA DE PERSONAL ASISTENCIAL PARA EL SEGUIMIENTO Y LLENADO DE EXPEDIENTE DEL PACIENTE HOSPITALIZADO DIAGNOSTICADO CON TUBERCULOSIS	NO CONTAR CON PERSONAL DESTINADO PARA EL SEGUIMIETO Y LLENADO DE EXPEDIENTES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DIAGNOSTICADOS CON TUBERCULOSIS	PPR - TBC	01/05/2025	30/06/2025	FOTOS DEL ROL DEL PERSONAL CONTRATADO	IMPLEMENTADA	

PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
3000691 SERVICIOS DE ATENCION DE TUBERCULOSIS CON MEDIDAS DE CONTROL DE INFECCIONES Y BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE SALUD	SERVICIOS DE ATENCION DE TUBERCULOSIS CON MEDIDAS DE CONTROL DE INFECCIONES Y BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE SALUD	PERSONAL DE SALUD NO UTILIZA MEDIDAD DE PROTECCION AL ATENDER PACIENTES AFECTADOS POR TUBERCULOSIS	PPR - TBC	01/05/2025	30/06/2025	PERSONAL DE SALUD UTILIZA MEDIDAD DE PROTECCION AL ATENDER PACIENTES AFECTADOS POR TUBERCULOSIS		IMPLEMENTADA
3000691 SERVICIOS DE ATENCION DE TUBERCULOSIS CON MEDIDAS DE CONTROL DE INFECCIONES Y BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE SALUD	SERVICIOS DE ATENCION DE TUBERCULOSIS CON MEDIDAS DE CONTROL DE INFECCIONES Y BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE SALUD	SISTEMA DE PRESION NEGATIVA SIN FUNCIONAMIENTO	PPR - TBC	01/05/2025	30/06/2025	CON OFICIO N° 016-GRSL-2025/ SERV.NEUMOLOGIA-TBC Y EL OFICIO N° 022- GRL-GRSL-2025/ SERV.NEUMOLOGIA-TBC		EN PROCESO
3000698: PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES DETECTADAS	PERSONAS CON TRASTORNOS PUEDEN ESTAR EN RIESGO DE SUFRIR DESVENTAJAS SOCIALES Y TENER UNA MALA SALUD MENTAL.	PARA LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES INCLUYEN TRATAMIENTOS, APOYO SOCIAL, Y HÁBITOS SALUDABLES.	CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL					PENDIENTE
3000700: PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD TRATADAS OPORTUNAMEN	PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD NO PODRAN SER TRATADAS OPORTUNAMENTE POR FALTA DE INFRAESTRUCTURA ADECUADA PARA SU INTERNAMIENTO	1. GESTIONAR LA ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN AMBIENTE ADECUADO SOLO PARA PACIENTES DE SALUD MENTAL	CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	04/04/2025	30/06/2025	OFICIO N° 0673 -2025 DIRIGIDO A LA DIRECCIÓN		EN PROCESO

PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL						COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN			
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO				
3000700: PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD NO PODRAN SER TRATADAS OPORTUNAMENTE POR FALTA DE PERSONAL (PSICOLOGOS Y PSIQUIATRAS)	PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD NO PODRAN SER TRATADAS OPORTUNAMENTE POR FALTA DE PERSONAL (PSICOLOGOS Y PSIQUIATRAS)	1. GESTIONAR LA ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO PARA LA CONTRATACIÓN DE PSICÓLOGOS Y PSIQUIATRAS EN MODALIDAD CAS SEGÚN EL NIVEL DE HOSPITAL. 2. FOMENTAR EL RECONOCIMIENTO E IMPORTANCIA DE LA SALUD MENTAL HACIA EL GOBIERNO REGIONAL Y CENTRAL.	CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	04/04/2025	30/06/2025	OFICIO N° 0412-2025 DIRIGIDO A LA DIRECCIÓN, FOTOS DE CAPACITACIÓN		EN PROCESO	
3000702: PERSONAS CON TRASTORNOS Y SINDROMES PSICOTICOS NO PODRAN SER TRATADAS OPORTUNAMENTE POR FALTA DE INFRAESTRUCTURA ADECUADA PARA SU INTERNAMIENTO	PERSONAS CON TRASTORNOS Y SINDROMES PSICOTICOS NO PODRAN SER TRATADAS OPORTUNAMENTE POR FALTA DE INFRAESTRUCTURA ADECUADA PARA SU INTERNAMIENTO	1. GESTIONAR LA ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN AMBIENTE ADECUADO SOLO PARA PACIENTES DE SALUD MENTAL	CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	04/04/2025	30/06/2025	OFICIO N° 0673 -2025 DIRIGIDO A LA DIRECCIÓN		EN PROCESO	
3000702: PERSONAS CON TRASTORNOS Y SINDROMES PSICOTICOS NO PODRAN SER TRATADAS OPORTUNAMENTE POR FALTA DE PERSONAL (PSICOLOGOS Y PSIQUIATRAS)	PERSONAS CON TRASTORNOS Y SINDROMES PSICOTICOS NO PODRAN SER TRATADAS OPORTUNAMENTE POR FALTA DE PERSONAL (PSICOLOGOS Y PSIQUIATRAS)	1. GESTIONAR LA ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO PARA LA CONTRATACIÓN DE PSICÓLOGOS Y PSIQUIATRAS EN MODALIDAD CAS SEGÚN EL NIVEL DE HOSPITAL. 2. FOMENTAR EL RECONOCIMIENTO E IMPORTANCIA DE LA SALUD MENTAL HACIA EL GOBIERNO REGIONAL Y CENTRAL.	CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	04/04/2025	30/06/2025	OFICIO N° 0349-2025 DIRIGIDO A LA DIRECCIÓN, FOTOS DE CAPACITACIÓN		EN PROCESO	

PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
3000702: PERSONAS CON TRASTORNOS Y SINDROMES PSICOTICOS TRATADAS OPORTUNAMENTE POR FALTA DE PERSONAL CAPACITADO EN ATENCIÓN DE SALUD MENTAL (TÉCNICOS Y LICENCIADOS)	PERSONAS CON TRASTORNOS Y SINDROMES PSICOTICOS NO PODRAN SER TRATADAS OPORTUNAMENTE POR FALTA DE PERSONAL CAPACITADO EN ATENCIÓN DE SALUD MENTAL (TÉCNICOS Y LICENCIADOS)	FOMENTAR LA CONCIENCIA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LAS CAPACITACIONES EN SALUD MENTAL	CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	04/04/2025	30/06/2025	OFICIO N° 0297-2025 DIRIGIDO A LA DIRECCIÓN, FOTOS DE CAPACITACIÓN		IMPLEMENTADA
3000801.TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL	DEFICIENCIA DE EQUIPOS PARA TRANSPORTAR PACIENTES CRITICOS A OTROS HOSPITALES DE MAYOR COMPLEJIDAD.	GESTIONAR LA COMPRA DE LOS EQUIPOS POR MEDIO DEL SIGA Y CON ATENCION A ADMINISTRACION DEL HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	09/04/2025	30/06/2025	ATENDIDO CON OFICIO N° 018-2025-PPR-104: SOLICITA COMPRA DE EQUIPOS BIOMEDICOS COMPROBANTE DE SALIDA N° 000175		IMPLEMENTADA
3000811 TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE RECEN NACIDO CON RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD (ROP)	1. NIÑOS PREMATUROS MENORES DE 34 SEMANAS Y CON BAJO PESO AL NACER CON POSIBLE DAÑO A LA RETINA SIN EVALUACION Y SIN MONITOREO OFTALMOLOGICO OPORTUNO. 2. LAS INTERCONSULTAS SIN RESPUESTAS POR PARTE DEL OFTALMOLOGO EN LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGIA	1. GESTIONAR LA ASIGNACION DE PRESUPUESTO PARA LA CONTRATACION DE MEDICO OFTALMOLOGO EN MOIDALIDAD DE CAS. 2. FOMENTAR EL RECONOCIMIENTO E IMPORTANCIA DE LA SALUD OCULAR DEL RECIENT NACIDO.	PPR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	20/01/2025	30/06/2025	OFICIO N°04-2025-RGEF-GRSL/ESNT/HSGY/30.37. SE ENVIÓ OFICIO DIRIGIDO AL DIRECTOR CON ATENCIÓN A LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS. OFICIO N° 53-2025-RGEF-GRSL/30.37 05-ESNT Y EL MEMORANDUM N° 001-2025-RGEF-GRSL-HAY/30.37, MEMORANDUM N° 002-2025-RGEF-GRSL-HAY/30.37, MEMORANDUM N° 003-2025-RGEF-GRSL-HAY/30.37		IMPLEMENTADA

PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
3000812 TRATAMIENTO Y CONTROL DE RECIENTE NACIDO CON RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD (ROP)	1. NIÑOS PREMATUROS MENORES DE 34 SEMANAS Y CON BAJO PESO AL NACER CON POSIBLE DAÑO A LA RETINA SIN EVALUACION Y SIN MONITOREO OFTALMOLOGICO OPORTUNO. 2. LAS INTERCONSULTAS SIN RESPUESTAS POR PARTE DEL OFTALMOLOGO EN LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGIA	1. GESTIONAR LA ASIGNACION DE PRESUPUESTO PARA LA CONTRATACION DE MEDICO OFTALMOLOGO EN MOIDALIDAD DE CAS. 2. FOMENTAR EL RECONOCIMIENTO E IMPORTANCIA DE LA SALUD OCULAR DEL RECIEN NACIDO.	PPR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	20/01/2025	30/06/2025	OFICIO N°04-2025-RGEF-GRSL/ESNT/HSGY/30.37. SE ENVIÓ OFICIO DIRIGIDO AL DIRECTOR CON ATENCIÓN A LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS. OFICIO N° 53-2025-RGEF-GRSL/30.37.05-ESNT Y EL MEMORANDUM N° 001-2025-RGEF-GRSL-HAY/30.37, MEMORANDUM N° 002-2025-RGEF-GRSL-HAY/30.37, MEMORANDUM N° 003-2025-RGEF-GRSL-HAY/30.37	IMPLEMENTADA	
3000876: ATENCIÓN ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	LA FALTA DE RECURSOS	GESTIONAR CON DIRECCION	PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO				PENDIENTE	
3000876: ATENCIÓN ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	RETRASOS EN LOS PROCESOS DE COMPRA O PROBLEMAS CON PROVEEDORES	GESTIONAR CON LOGISTICA	PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO	01/04/2025	30/06/2025	OFICIO N°006-2025-GRL-GRSL/SERV/PEPDIT	EN PROCESO	

PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL						COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN			
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO				
3000877: ATENCIÓN ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES	LA FALTA DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD	REALIZAR CAPACITACIONES	PRODUCTOS ESPECÍFICOS PARA DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO	01/04/2025	30/06/2025	OFICIO N°055-2025-GR-GRSL/PEPDIT, FOTOS		IMPLEMENTADA	
3000877: ATENCIÓN ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES	LA INSUFICIENCIA DE RECURSOS MÉDICOS	GESTIONAR CON DIRECCION	PRODUCTOS ESPECÍFICOS PARA DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO					PENDIENTE	
3000880 POBLACION CON DIAGNOSTICO DE HEPATITIS QUE ACUDE A LOS SERVICIOS DE SALUD RECIBE ATENCION INTEGRAL	CONTAR CON EL EQUIPO PARA CARGA VIRAL	COORDINAR CON EL RESPONSABLE DE LABORATORIO PARA ADQUISICIÓN DEL EQUIPO	PPR ITS VIH-SIDA	04/02/2025	30/06/2025	FOTO DEL INFORME DE RESULTADO DEL PACIENTE		IMPLEMENTADA	
3033291: POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	LIMITADO ACCESO DE LA POBLACIÓN A MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUIRÚRGICO (VASECTOMÍA), PODRÍA CONLLEVAR A EMBARAZOS NO DESEADOS.	COORDINAR CON LOS DIRECTIVOS Y CON EL JEFE DE LA UNIDAD DE SEGUROS PARA COBERTURAR LOS GASTOS QUE DEMANDA LA ATENCIÓN DE LA VASECTOMÍA.	SALUD MATERNO NEONATAL	01/04/2025	30/06/2025	IMAGEN DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE Y REGISTRO HIS		IMPLEMENTADA	

PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
3033292: POBLACION ACCEDE A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	NO CONTAR CON MATERIALES DIDÁCTICOS ACTUALIZADOS LO CUAL PODRÍA DIFICULTAR LA CONSEJERIA.	GESTIONAR LA ADQUISICIÓN DE MATERIALES DIDÁCTICOS ACTUALIZADOS PARA REALIZAR LA CONSEJERIA.	SALUD MATERNO NEONATAL	01/04/2025	30/06/2025	PRESENTADO CON OFICIO N° 065 DE COMPRA DE MATERIALES DIDÁCTICOS ACTUALIZADOS		EN PROCESO
3033294. ATENCIÓN DE LA GESTANTE CON COMPLICACION	LA INADECUADA ATENCIÓN A LA GESTANTE CON COMPLICACIONES, PODRÍA PONER EN RIESGO AL BINOMIO MADRE Y NIÑO.	GESTIONAR A LA DIRECCIÓN EJECUTIVA, LA ASIGNACIÓN DE MÁS MÉDICOS ESPECIALISTAS, OBSTETRAS Y TÉCNICOS DE ENFERMERÍA, ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS, ANTISÉPTICOS Y EQUIPOS BIOMÉDICOS ESPECIALIZADOS PARA LA ATENCIÓN DE LAS GESTANTES CON COMPLICACIONES.	SALUD MATERNO NEONATAL	01/04/2025	30/06/2025	PRESENTADO CON OFICIO DE COMPRA DE MATERIALES BIOMÉDICOS CON OFICIO N° 014/ OFICIO N° 015/ OFICIO N° 017/OFICIO N°018/OFICIO N° 39/ OFICIO N° 40/OFICIO N° 66/OFICIO N°049 / OFICIO N° 029 IMPLEMENTACIÓN DE LAS CLAVES OBSTÉTRICAS/ OFICO N° 028 IMPLEMENTACIÓN DEL COCHE DE PARO		EN PROCESO
3033295.ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL	LA INADECUADA ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL PODRÍA OCASIONAR DISTOCIAS EN EL TRABAJO DE PARTO Y COMPLICACIONES EN EL MISMO.	CAPACITACIÓN EN BIOSEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PARTO.	SALUD MATERNO NEONATAL					PENDIENTE
3033296.ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO	LA INADECUADA ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRÚRGICO PODRÍA OCASIONAR COMPLICACIONES DE EFECTO TEMPORAL O PERMANENTE EN LA SALUD DEL BINOMIO MADRE NIÑO.	CAPACITACIÓN EN EL MANEJO DE LA ATENCIÓN DE PARTO COMPLICADO.	SALUD MATERNO NEONATAL					PENDIENTE

PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
3033297.ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO	LA INADECUADA ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO QUIRÚRGICO CON DEFICIENTES MEDIDA DE BIOSEGURIDAD PODRÍA COMPLICAR LA SALUD DEL BINOMIO MADRE NIÑO.	CAPACITACIÓN EN MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO QUIRÚRGICO. GESTIONAR LA DESINFECCIÓN DE LOS AMBIENTES DE HOSPITALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.	SALUD MATERNO NEONATAL	01/04/2025	30/06/2025	ATENDIDO CON OFICIO N° 033 INFORME DE LA CAPACITACIÓN		IMPLEMENTADA
3033298.ATENCIÓN DEL PUERPERIO	LAS ATENCIONES EN EL PUERPERIO POR CONSULTA EXTERNA PODRIAN SER INCOMPLETAS.	COMUNICAR A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE PROCEDENCIA QUE LA ATENCIÓN DE PUERPERIO SE DEBERÁ REALIZAR EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DÓNDE SE ATENDIÓ EL PARTO.	SALUD MATERNO NEONATAL					PENDIENTE
3033299.ATENCIÓN DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES	BRINDAR ATENCIÓN DE CALIDAD A LAS PUÉRPERAS CON COMPLICACIONES PODRÍA VERSE AFECTADO.	GESTIONAR LA ASIGNACIÓN DE UN PERSONAL TÉCNICO DE ENFERMERÍA. COORDINAR CON LA ASISTENTA SOCIAL PARA EL CUIDADO DEL BEBÉ DURANTE EL PROCEDIMIENTO MÉDICO DE LA MADRE.	SALUD MATERNO NEONATAL	01/04/2025	30/06/2025	ACTA DE REUNIÓN DE COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Y ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL SERVICIO DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA		IMPLEMENTADA
3033305.ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO NORMAL	LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN ALOJAMIENTO CONJUNTO PODRÍA VERSE AFECTADO.	GESTIONAR LA CONTRATACIÓN DE MÉDICO NEONatóLOGO Y/O PEDIATRA.	SALUD MATERNO NEONATAL					PENDIENTE

PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL						COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN			
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO				
3033306.ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES	LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES PODRÍA VERSE AFECTADA.	GESTIONAR LA COMPRA DE EQUIPOS BIOMÉDICOS E INSUMOS.	SALUD MATERNO NEONATAL	01/04/2025	30/06/2025	PRESENTADO CON OFICIO N° 017-2025		EN PROCESO	
3033307.ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN	LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UCIN PODRÍA SER DEFICIENTE.	GESTIONAR LA COMPRA DE EQUIPOS BIOMÉDICOS	SALUD MATERNO NEONATAL	01/04/2025	30/06/2025	PRESENTADO CON OFICIO N° 017-2025		EN PROCESO	
3033412:FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	PRESUPUESTO ASIGNADO PODRÍA NO SER SOCIALIZADO A LA COORDINACIÓN PARA SU USO DEBIDO.	GESTIONAR ANTE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO LA SOCIALIZACIÓN DEL PRESUPUESTO ASIGNADO, POR TODA FUENTE DE FINANCIAMIENTO EN EL PROGRAMA PRESUPUESTAL SALUD MATERNO NEONATAL.	SALUD MATERNO NEONATAL	01/04/2025	30/06/2025	ATENDIDO CON OFICIO N° 069-2025		IMPLEMENTADA	
3043959.ADULTOS Y JOVENES RECIBEN CONSEJERÍA Y TAMIZAJE PARA INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA	QUE LOS PACIENTES QUE DESEAN REALIZARSE SU PRUEBAS TIENEN QUE ACUDIR A SUS IPRESS A PEDIR SUS HOJAS DE REFERENCIA	COORDINAR CON LOS DIFERENTES IPRESS QUE DE FACILIDADES A LOS PACIENTES CON SUS HOJAS DE REFERENCIA.	PPR ITS VIH-SIDA	04/02/2025	30/06/2025	ACTA DE REUNION Y RELACION DE PACIENTES ATENDIDOS CON HOJA DE REFERENCIA		IMPLEMENTADA	

PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
3043960.POBLACION ADOLESCENTE INFORMADA SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL Y VIH/SIDA	RIESGO OCUPACIONAL	BRINDAR ORIENTACION Y CONSEJERIA A LA POBLACION ADOLESCENTE SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA/ENFERMEDAD SALUD SEXUAL	PPR ITS VIH-SIDA	04/02/2025	30/06/2025	FOTO DE ORIENTACION AL PACIENTE		IMPLEMENTADA
3043969.PERSO NAS DIAGNOSTICADAS CON VIH/SIDA QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS Y RECIBEN ATENCION INTEGRAL	QUE LAS DIFERENTES IPRESS DEBEN REALIZAR LAS HOJAS DE REFERENCIA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE .	COORDINACIÓN CON LAS DIFERENTES IPRESS	PPR ITS VIH-SIDA	04/02/2025	30/06/2025	ACTA DE REUNION CON DIFERENTES IPRES		IMPLEMENTADA
3043970: MUJERES GESTANTES Y REACTIVAS Y NIÑOS EXPUESTOS AL VIH/SIDA RECIBEN TRATAMIENTO OPORTUNO	EXISTEN GESTANTES QUE ACUDEN AL PARTO SIN NINGÚN CONTROL PRE NATAL SE REALIZA SU PRUEBA Y SALE REACTIVO	COORDINACIÓN PARA QUE LA RED DCE SALUD HAGA SEGUIMIENTO EN SU COMUNIDAD PARA BUSCAR SI HAY GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE VIH	PPR ITS VIH-SIDA	04/02/2025	30/06/2025	ACTA DE REUNION CON DIFERENTES IPRES		IMPLEMENTADA

PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
3043971 MUJERES GESTANTES REACTIVAS A SIFILIS Y SUS CONTACTOS Y RECIBEN NACIDOS EXPUESTOS RECIBEN TRATAMIENTO OPORTUNO	EXISTEN GESTANTES QUE ACUDEN AL PARTO SIN NINGUN CONTROL PRE NATAL SE REALIZA SU PRUEBA Y SALE REACTIVO	COORDINACIÓN PARA QUE LA RED DCE SALUD HAGA SEGUIMIENTO EN SU COMUNIDAD PARA BUSCAR SI HAY GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE SIFILIS	PPR ITS VIH-SIDA	04/02/2025	30/06/2025	ACTA DE REUNION CON DIFERENTES IPRES	IMPLEMENTADA	

3. PROBLEMÁTICA Y RECOMENDACIONES DE MEJORA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI (EN GENERAL)

PROBLEMÁTICA	RECOMENDACIONES DE MEJORA
PROBLEMA : RETRASOS EN LA PRESENTACIÓN POR FALTA DE INTERES AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LAS ÁREAS ESTE PROBLEMA SE MANIFIESTA CUANDO EL REPORTE NO SE PRESENTA EN LA FECHA LÍMITE ESTABLECIDA, ESTO A MENUDO ES EL RESULTADO DE UNA FALTA DE COORDINACIÓN Y POCa RESPONSABILIDAD POR LAS DIFERENTES UNIDADES ORGANIZACIONALES INVOLUCRADAS. LAS CAUSAS PRINCIPALES PUEDEN SER: COMUNICACIÓN DEFICIENTE: LAS ÁREAS NO COORDINAN CON LOS RESPONSABLES DEL SCI A TIEMPO SOBRE LA FECHA DE ENTREGA Y EL FORMATO DEL REPORTE. DEPENDENCIA DE INFORMACIÓN EXTERNA: EL AVANCE DE UNA ACTIVIDAD DEPENDE DE LA FINALIZACIÓN DE OTRA QUE ESTÁ A CARGO DE UN ÁREA DIFERENTE, Y LA FALTA DE COORDINACIÓN INTERRUMPE EL FLUJO DE TRABAJO. CARGA DE TRABAJO EXCESIVA: EL PERSONAL DE LAS ÁREAS RESPONSABLES PRIORIZA OTRAS TAREAS, RELEGANDO EL LLENADO DEL REPORTE A ÚLTIMO MOMENTO, LO QUE PROVOCA QUE SE HAGA DE FORMA APRESURADA Y CON ERRORES.	MEJORA : ESTABLECIMIENTO DE UN CRONOGRAMA DE ENTREGAS Y UNA MESA DE TRABAJO PARA MITIGAR LOS RETRASOS Y MEJORAR LA COORDINACIÓN, SE RECOMIENDA LO SIGUIENTE: CREAR UN CRONOGRAMA DE ENTREGAS DISEÑAR UN CRONOGRAMA DETALLADO QUE INCLUYA FECHAS DE CORTE PARA LA RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN, REVISIÓN PRELIMINAR POR PARTE DEL EQUIPO SCI Y UNA FECHA LÍMITE INTERNA PARA LA ENTREGA DE CADA ÁREA. ESTO DISTRIBUYE LA CARGA DE TRABAJO Y PERMITE CORREGIR ERRORES A TIEMPO. ORGANIZAR UNA MESA DE TRABAJO INTERINSTITUCIONAL: REALIZA REUNIONES CON LOS RESPONSABLES DE LAS ÁREAS INVOLUCRADAS PARA REVISAR EL AVANCE DEL PLAN DE ACCIÓN. SERVIRÁN PARA RESOLVER DUDAS, IDENTIFICAR CUELLOS DE BOTELLA Y ASEGURAR QUE TODOS ESTÉN ALINEADOS CON LOS OBJETIVOS Y PLAZOS. ESTÁ INTERACCIÓN DIRECTA MEJORA LA COMUNICACIÓN Y FOMENTA RESPONSABILIDAD COMPARTIDA. FORMALIZAR EL PROCESO DE SEGUIMIENTO: ESTABLECE UN PROCEDIMIENTO ESCRITO QUE DEFINA LOS ROLES Y RESPONSABILIDADES, LOS PLAZOS Y LOS CANALES DE COMUNICACIÓN .

4. PROBLEMÁTICA Y RECOMENDACIONES DE MEJORA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI (POR PRODUCTO)

PRODUCTOS PRIORIZADOS	PROBLEMÁTICA	RECOMENDACIONES DE MEJORA
MUJER TAMIZADA EN CANCER DE MAMA	NO SE IDENTIFICO PROBLEMÁTICA	NO CORRESPONDE
MUJER TAMIZADA EN CANCER DE CUELLO UTERINO	NO SE IDENTIFICO PROBLEMÁTICA	NO CORRESPONDE
PERSONA ATENDIDA CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO	NO CONTAMOS CON PRESUPUESTO PARA LA COMPRA DE EQUIPOS BIOMÉDICOS ESPECIALIZADOS PARA LA ATENCION DE LOS PACIENTES	PRIORIZAR PRIMERO CON LAS COMPRAS DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA LA FACILITAR CON LA ATENCION DE LOS PACIENTES
PERSONA TAMIZADA PARA DETECCION DE OTROS CANCERES PREVALENTES	POR FALTA DE PRESUPUESTO NO CONTAMOS CON PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA TODO EL MES	DEBEMOS TRATATAR MAS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS LO QUE ES DERMATOLOGO.
3000005.ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO	NO SE IDENTIFICO PROBLEMÁTICA	NO CORRESPONDE
3033291: POBLACION ACCDEE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	NO SE IDENTIFICO PROBLEMÁTICA	NO CORRESPONDE
3033292: POBLACION ACCDEE A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	POR LA DEMORA DE ATENCION DEPENDIENDO DE QUIEN SI ES POR PRESUPUESTO Y OTROS	REALIZAR OPORTUNAMENTE LA REALIDAD
3033294.ATENCIÓN DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	NO CONTAMOS CON MEDICOS ESPECIALISTA, OBSTETRAS Y TECNICOS EN ENFERMERIAS	SE CONTRATA A MAS DE UN MEDICO GINECO-OBSTETRA Y TECNICOS EN ENFERMERIA PARA CUBRIR LAS AREAS CRITICAS COMO SALA DE OPERACIONES Y HOSPITALIZACION Y ASI PODER ATENDER A LAS PACIENTES REFERIDAS A NUESTRO HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS.
3033295.ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL	POR FALTA DE PRESUPUESTO NO SE LLEVO ACABO LA CAPACITACION.	SE DEBE PLANIFICAR MAS CAPACITACIONES PARA TODO EL PERSONAL DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.
3033297.ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO	NO SE IDENTIFICO PROBLEMÁTICA	NO CORRESPONDE
3033296.ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO	POR FALTA DE PRESUPUESTO NO SE LLEVO ACABO LA CAPACITACION.	SE DEBE PLANIFICAR MAS CAPACITACIONES PARA TODO EL PERSONAL DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.
3033298.ATENCIÓN DEL PUERPERIO	LA DIRECCION EJECUTIVA DEBE OFERTAR PLAZAS CON CONTRATOS ESTABLES Y REMUNERATIVOS JUSTA PARA QUE LOS ESPECIALISTAS CAPACITADOS PUEDAN DESPLAZARSE DE TODOS LOS LUGARES DEL PERU HASTA NUESTRO HOSPITAL Y ASI PODER CON CON PROFESIONALES A CARTA CABAL, EN LA ATENCION DE LAS GESTANTES Y PUERPERAS Y ESTEN PERMANENTE Y NO RENUCIEN A CORTO PLAZO	SE CONTRATA MAS DE UN MEDICO GINECO OBSTETRA PARA CUBRIR LAS AREAS CRITICAS COMO SALA DE OPERACIONES Y HOSPITALIZACION Y ASI PODER ATENDER A LAS PACIENTES REFERIDAS A NUESTRO HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS.
3033299.ATENCIÓN DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES	NO SE IDENTIFICO PROBLEMÁTICA	NO CORRESPONDE
ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL	NO SE IDENTIFICO PROBLEMÁTICA	NO CORRESPONDE
3033305.ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO NORMAL	LA DIRECCION EJECUTIVA DEBE OFERTAR PLAZAS CON CONTRATOS ESTABLES Y REMUNERATIVOS JUSTA PARA QUE LOS ESPECIALISTAS CAPACITADOS PUEDAN DESPLAZARSE DE TODOS LOS LUGARES DEL PERU HASTA NUESTRO HOSPITAL Y ASI PODER CON CON PROFESIONALES A CARTA CABAL, EN LA ATENCION DE LAS GESTANTES Y PUERPERAS Y ESTEN PERMANENTE Y NO RENUCIEN A CORTO PLAZO.	SE CONTRATA MAS DE UN MEDICO GINECO OBSTETRA PARA CUBRIR LAS AREAS CRITICAS COMO SALA DE OPERACIONES Y HOSPITALIZACION Y ASI PODER ATENDER A LAS PACIENTES REFERIDAS A NUESTRO HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS.
3033306.ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES	FALTA DE PRESUPUESTO PARA LA COMPRA DE MATERIALES DE INSUMOS MEDICOS	PRIORIZAR CON COMPRAS DE MATERIALES DE INSUMOS MEDICOS
3033307 ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN	FALTA DE PRESUPUESTO PARA LA COMPRA DE MATERIALES DE INSUMOS MEDICOS	PRIORIZAR LA COMPRA DE MATERIALES DE INSUMOS MEDICOS
3033412: FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	NO SE IDENTIFICO PROBLEMÁTICA	NO CORRESPONDE

3000614: PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS	NO SE IDENTIFICO PROBLEMÁTICA	NO CORRESPONDE
3000691: SERVICIOS DE ATENCION DE TUBERCULOSIS CON MEDIDAS DE CONTROL DE INFECCIONES Y BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE SALUD	NO SE IDENTIFICO PROBLEMÁTICA	NO CORRESPONDE
	ALTO RIESGO DE TRANSMISION DE INFECCIONES RELACIONADAS CON ENFERMEDADES EN EL AREA.	IMPLEMENTACION DE SISTEMA DE PRESION NEGATIVA
PERSONAS CON FORMACION Y CONOCIMIENTO EN GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES Y ADAPTACION AL CAMBIO CLIMATICO	ATENCIÓN A DESTIEMPO DEL PEDIDO DESDE EL MES DE MARZO POR LOS CAMBIO DE JEFATURA QUE EXISTE EN NUESTRA INSTITUCIÓN Y LA VISUALIZACION EN LA PAGINA AMIGABLE NO SE NOTA	DEBERIA PRIORIZAR EL PEDIDO DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE LA UGRD PARA PODER ESTAR ATENTO FRENTE A LAS AMENAZAS TANTO NATURALES, ANTROPICOS Y CYBERNAUTA QUE SE PODRIA DAR EN NUESTRA INSTITUCION.
DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL Y COORDINACION DE LA REFERENCIA	POR FALTA DE PRESUPUESTO DE MI PROGRAMA NO SE COMPRO MIS PEDIDOS SOLICITADOS.	SE RECOMIENDA AL ADMINISTRADOR Y AL JEFE DE LOGISTICA, QUE PRIORISE LAS COMPRAS DE MIS PEDIDOS SOLICITADOS.
ATENCION DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	POR FALTA DE PRESUPUESTO DE MI PROGRAMA NO SE COMPRO MIS PEDIDOS SOLICITADOS	SE RECOMIENDA AL ADMINISTRADOR Y AL JEFE DE LOGISTICA, QUE PRIORISE LAS COMPRAS DE MIS PEDIDOS SOLICITADOS
3000801: TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL	NO SE IDENTIFICA PROBLEMÁTICA	NO CORRESPONDE
3000698: PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES DETECTADAS	FALTA DE PRESUPUESTO PARA CONTRATACIÓN DE PSICOLOGOS Y PSIQUIATRAS	MEJORAR EN LA PLANIFICACIÓN DE PRESUPUESTO PARA PODER CUMPLIR TODAS LAS METAS DEL PPR
POBLACION CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD	NO SE IDENTIFICO PROBLEMÁTICA	NO CORRESPONDE
	FALTA DE PRESUPUESTO PARA CONTRATACIÓN DE PSICOLOGOS Y PSIQUIATRAS	MEJORAR EN LA PLANIFICACIÓN DE PRESUPUESTO PARA PODER CUMPLIR TODAS LAS METAS DEL PPR
3000700: PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD TRATADAS OPORTUNAMENTE	FALTA DE PRESUPUESTO PARA CONSTRUCCIÓN DE UN AMBIENTE ADECUADO SOLO PARA PACIENTES DE SALUD MENTAL	MEJORAR EN LA PLANIFICACIÓN DE PRESUPUESTO PARA PODER CUMPLIR TODAS LAS METAS DEL PPR
	FALTA DE PRESUPUESTO PARA CONTRATACIÓN DE PSICOLOGOS Y PSIQUIATRAS	MEJORAR EN LA PLANIFICACIÓN DE PRESUPUESTO PARA PODER CUMPLIR TODAS LAS METAS DEL PPR
3000702: PERSONAS CON TRASTORNOS Y SINDROMES PSICOTICOS TRATADAS OPORTUNAMENTE	FALTA DE PRESUPUESTO PARA CONSTRUCCIÓN DE UN AMBIENTE ADECUADO SOLO PARA PACIENTES DE SALUD MENTAL	MEJORAR EN LA PLANIFICACIÓN DE PRESUPUESTO PARA PODER CUMPLIR TODAS LAS METAS DEL PPR
	FALTA DE PRESUPUESTO PARA CONTRATACIÓN DE PSICOLOGOS Y PSIQUIATRAS	MEJORAR EN LA PLANIFICACIÓN DE PRESUPUESTO PARA PODER CUMPLIR TODAS LAS METAS DEL PPR
PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES JUDICIALIZADAS TRATADAS	NO SE IDENTIFICO PROBLEMÁTICA	NO CORRESPONDE
	FALTA DE PRESUPUESTO PARA CONSTRUCCIÓN DE UN AMBIENTE DE PSICOLOGÍA PARA LOS PACIENTES	MEJORAR EN LA PLANIFICACIÓN DE PRESUPUESTO PARA PODER CUMPLIR TODAS LAS METAS DEL PPR
	FALTA DE PRESUPUESTO PARA CONTRATACIÓN DEL ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE PSICOLOGIA	MEJORAR EN LA PLANIFICACIÓN DE PRESUPUESTO PARA PODER CUMPLIR TODAS LAS METAS DEL PPR
PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DEL ALCOHOL Y TABACO TRATADA OPORTUNAMENTE	FALTA DE PRESUPUESTO PARA CONSTRUCCIÓN DE UN AMBIENTE ADECUADO SOLO PARA PACIENTES DE SALUD MENTAL	MEJORAR EN LA PLANIFICACIÓN DE PRESUPUESTO PARA PODER CUMPLIR TODAS LAS METAS DEL PPR
	NO SE IDENTIFICO PROBLEMÁTICA	NO CORRESPONDE
3000876: ATENCION ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	DEMORA EN LA COMPRAS DE INSUMOS MEDICOS	QUE DEBERIAN PRIORIZAR EL PRESUPUESTO PARA COMPRAS DE LOS INSUMOS MEDICO
3000877: ATENCION ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES	NO SE IDENTIFICO PROBLEMÁTICA	NO CORRESPONDE
NIÑOS Y NIÑAS CON ATENCION DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO	NO SE IDENTIFICO PROBLEMÁTICA	NO CORRESPONDE

ATENCIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES	NO SE IDENTIFICÓ PROBLEMÁTICA	NO CORRESPONDE
3000011: TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON CATARATAS	POBLACION CON PROBLEMAS DE CATARATA QUE NO RECIBEN ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD POR FALTA DE OFTALMOLOGO Y OPTOMETRISTA A TIEMPO COMPLETO	RECOMENDAMOS AL EQUIPO DE CONTROL QUE CUMPLAN CON LAS MEDIDAS DE EXIGENCIA A LOS FUNCIONARIOS CORRESPONDIENTES PARA UNA MEJORA CONTINUA DEL HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
3000012- TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON CATARATAS	POBLACION CON PROBLEMAS DE CATARATA QUE NO RECIBEN ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD POR FALTA DE OFTALMOLOGO Y OPTOMETRISTA A TIEMPO COMPLETO	SE COORDINÓ CON EL DIRECTOR Y SUB DIRECTOR SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CONTRATO DE UN OFTALMÓLOGO PARA QUE SE DEN LAS ATENCIONES A TIEMPO COMPLETO EN EL HOSPITAL AMBOS DIRECTORES ESTÁN INTERESADOS SOBRE EL CONTRATO Y TAMBIÉN ME PUSE EN CONTACTO CON ALGUNOS DE LOS OFTALMÓLOGOS DEL INO CON PROPUESTA DE POSIBLES CONTRATOS PARA QUE TRABAJEN EN EL HOSPITAL SANTA GEMA QUEDANDO A LA ESPERA DE SUS RESPUESTAS. ESPERAMOS QUE SE DE CUMPLIMIENTO A ESTAS MEDIDAS DE CONTROL YA QUE SE VIENE EXIGIENDO DESDE EL AÑO PASADO. ESPEREMOS QUE SE CONCRETE EL CONTRATO DE ESTOS ESPECIALISTAS.
3000811 TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE RECIEN NACIDO CON RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD (ROP)	NO SE IDENTIFICÓ PROBLEMÁTICA	NO CORRESPONDE
3000812 TRATAMIENTO Y CONTROL DE RECIEN NACIDO CON RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD (ROP)	NO SE IDENTIFICÓ PROBLEMÁTICA	NO CORRESPONDE
DETECCION - DIAGNOSTICO - TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON RETINOPATIA DIABETICA	NO SE IDENTIFICÓ PROBLEMÁTICA	NO CORRESPONDE
DETECCION - DIAGNOSTICO - TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON ENFERMEDADES EXTERNAS DEL OJO	NO SE IDENTIFICÓ PROBLEMÁTICA	NO CORRESPONDE
PERSONAS CON DISCAPACIDAD RECIBEN ATENCION DE REHABILITACION EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	FALTA DE PERSONAL DE MEDICO Y TECNOLOGOS Y FALTA INFRAESTRUCTURA PARA TERAPIA OCUPACIONAL Y LENGUAJE	DAR PRIORIDAD A LA NECESIDAD DE SERVICIO YA QUE SE NECESITA PERSONAL MEDICO Y TECNOLOGOS Y INFRAESTRUCTURA PARA TERAPIA OCUPACIONAL Y LENGUAJE
PERSONA CON DISCAPACIDAD CERTIFICADA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	FALTA DE PERSONAL DE MEDICO Y TECNOLOGOS PARA MONITORIZAR REGISTRO DE PACIENTE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DE FISICA Y REHABILITACION.	DAR PRIORIDAD A LA NECESIDAD DEL SERVICIO PARA LA MONITORIZAR EN EL SISTEMA SIHCE EL ESTADO INTERCONSULTAS DE LOS PACIENTES
3000880 POBLACION CON DIAGNOSTICO DE HEPATITIS QUE ACUDE A LOS SERVICIOS DE SALUD RECIBE ATENCION INTEGRAL	NO SE IDENTIFICÓ PROBLEMÁTICA	NO CORRESPONDE
3043969.ADULTOS Y JOVENES RECIBEN CONSEJERIA Y TAMIZAJE PARA INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL Y VIH/SIDA	NO SE IDENTIFICÓ PROBLEMÁTICA	NO CORRESPONDE
3043960.POBLACION ADOLESCENTE INFORMADA SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL Y VIH/SIDA	NO SE IDENTIFICÓ PROBLEMÁTICA	NO CORRESPONDE
POBLACION DE ALTO RIESGO RECIBE INFORMACION Y ATENCION PREVENTIVA	NO SE IDENTIFICÓ PROBLEMÁTICA	NO CORRESPONDE
3043969.PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON VIH/SIDA QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS Y RECIBEN ATENCION INTEGRAL	NO SE IDENTIFICÓ PROBLEMÁTICA	NO CORRESPONDE
3043970: MUJERES GESTANTES REACTIVAS Y NIÑOS EXPUESTOS AL VIH/SIDA RECIBEN TRATAMIENTO OPORTUNO	NO SE IDENTIFICÓ PROBLEMÁTICA	NO CORRESPONDE

3043971 MUJERES GESTANTES REACTIVAS A SIFILIS Y SUS CONTACTOS Y RECEN NACIDOS EXPUESTOS RECIBEN TRATAMIENTO OPORTUNO	NO SE IDENTIFICO PROBLEMÁTICA	NO CORRESPONDE
--	-------------------------------	----------------

5. CUADROS RESUMEN DEL REPORTE DE SEGUIMIENTO

MEDIDAS DE REMEDIACIÓN

Eje	Pendiente	En Proceso	Implementada	No Aplicable	Desestimada	Total
CULTURA ORGANIZACIONAL	7	12	3	0	0	22
GESTIÓN DE RIESGOS	3	0	11	0	0	14
SUPERVISIÓN	7	0	8	0	0	15

MEDIDAS DE CONTROL

Productos	Pendiente	En Proceso	Implementada	No Aplicable	Desestimada	Total
MUJER TAMIZADA EN CANCER DE MAMA	0	0	1	0	0	1
MUJER TAMIZADA EN CANCER DE CUELLO UTERINO	0	0	2	0	0	2
PERSONA ATENDIDA CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO	0	1	0	0	0	1
PERSONA TAMIZADA PARA DETECCION DE OTROS CANCERES PREVALENTES	1	0	0	0	0	1
3000005.ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO	0	0	1	0	0	1
3033291: POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	0	0	1	0	0	1

3033292: POBLACION ACCEDE A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	0	1	0	0	0	1	0	1
3033294.ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	0	1	0	0	0	0	0	1
3033295.ATENCION DEL PARTO NORMAL	1	0	0	0	0	0	0	1
3033297.ATENCION DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO	0	0	1	0	0	0	0	1
3033296.ATENCION DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO	1	0	0	0	0	0	0	1
3033298.ATENCION DEL PUERPERIO	1	0	0	0	0	0	0	1
3033299.ATENCION DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES	0	0	1	0	0	0	0	1
ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL	0	0	1	0	0	0	0	1
3033305.ATENCION DEL RECIENTE NACIDO NORMAL	1	0	0	0	0	0	0	1
3033306.ATENCION DEL RECIENTE NACIDO CON COMPLICACIONES	0	1	0	0	0	0	0	1
3033307.ATENCION DEL RECIENTE NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN	0	1	0	0	0	0	0	1
3033412: FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	0	0	1	0	0	0	0	1
3000614.PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS	0	0	1	0	0	0	0	1

3000691 SERVICIOS DE ATENCION DE TUBERCULOSIS CON MEDIDAS DE CONTROL DE INFECCIONES Y BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE SALUD	0	1	0	0	2
PERSONAS CON FORMACION Y CONOCIMIENTO EN GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES Y ADAPTACION AL CAMBIO CLIMATICO	1	0	0	0	1
DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL Y COORDINACION DE LA REFERENCIA	1	0	0	0	1
ATENCION DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	0	1	0	0	1
3000801:TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL	0	0	1	0	1
3000698: PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES DETECTADAS	1	0	0	0	1
POBLACION CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD	0	1	0	0	2
3000700: PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD TRATADAS OPORTUNAMENTE	0	2	0	0	2
3000702: PERSONAS CON TRASTORNOS Y SINDROMES PSICOTICOS TRATADAS OPORTUNAMENTE	0	2	1	0	3
PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES JUDICIALIZADAS TRATADAS	0	2	1	0	3

PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DEL ALCOHOL Y TABACO TRATADA OPORTUNAMENTE	0	1	0	0	0	2
3000876: ATENCION ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	1	1	0	0	0	2
3000877: ATENCION ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES	1	0	1	0	0	2
NIÑOS Y NIÑAS CON ATENCION DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO	1	0	1	0	0	2
ATENCION DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES	1	0	1	0	0	2
3000011: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CATARATAS	0	1	0	0	0	1
3000012- TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON CATARATAS	0	1	0	0	0	1
3000811 TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE RECIEN NACIDO CON RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD (ROP)	0	0	1	0	0	1
3000812 TRATAMIENTO Y CONTROL DE RECIEN NACIDO CON RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD (ROP)	0	0	1	0	0	1

DETECCION - DIAGNOSTICO - TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON RETINOPATIA DIABETICA	0	0	1	0	0	1	0	1
DETECCION - DIAGNOSTICO - TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON ENFERMEDADES EXTERNAS DEL OJO	0	0	1	0	0	1	0	1
PERSONAS CON DISCAPACIDAD RECIBEN ATENCION DE REHABILITACION EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	0	1	0	0	0	1	0	1
PERSONA CON DISCAPACIDAD CERTIFICADA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	0	1	0	0	0	1	0	1
3000880 POBLACION CON DIAGNOSTICO DE HEPATITIS QUE ACUDE A LOS SERVICIOS DE SALUD RECIBE ATENCION INTEGRAL	0	0	1	0	0	1	0	1
3043959 ADULTOS Y JOVENES RECIBEN CONSEJERIA Y TAMIZAJE PARA INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL Y VIH/SIDA	0	0	1	0	0	1	0	1
3043960 POBLACION ADOLESCENTE INFORMADA SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL Y VIH/SIDA	0	0	1	0	0	1	0	1
POBLACION DE ALTO RIESGO RECIBE INFORMACION Y ATENCION PREVENTIVA	0	0	1	0	0	1	0	1

3043969.PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON VIH/SIDA QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS Y RECIBEN ATENCIÓN INTEGRAL	0	1	0	0	1	0	1
3043970: MUJERES GESTANTES REACTIVAS Y NIÑOS EXPUESTOS AL VIH/SIDA RECIBEN TRATAMIENTO OPORTUNO	0	1	0	0	1	0	1
3043971 MUJERES GESTANTES REACTIVAS A SIFILIS Y SUS CONTACTOS Y RECIBEN NACIDOS EXPUESTOS RECIBEN TRATAMIENTO OPORTUNO	0	1	0	0	1	0	1

PROBLEMÁTICA Y RECOMENDACIONES DE MEJORA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI (POR PRODUCTO)

Producto	Problemática			Recomendaciones de Mejora			
MUJER TAMIZADA EN CANCER DE MAMA	1				1		
MUJER TAMIZADA EN CANCER DE CUELLO UTERINO	1				1		
PERSONA ATENDIDA CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO	1				1		
PERSONA TAMIZADA PARA DETECCIÓN DE OTROS CANCERES PREVALENTES	1				1		
3000005.ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO	1				1		
3033291: POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	1				1		
3033292: POBLACION ACCEDE A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	1				1		
3033294.ATENCIÓN DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	1				1		
3033295.ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL	1				1		
3033297.ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO	1				1		
3033296.ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO	1				1		
3033298.ATENCIÓN DEL PUERPERIO	1				1		
3033299.ATENCIÓN DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES	1				1		
ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL	1				1		

3033305. ATENCION DEL RECIEN NACIDO NORMAL	1	1
3033306. ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES	1	1
3033307. ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN	1	1
3033412: FAMILIAS SALUDABLES INFORMADAS RESPECTO DE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	1	1
3000614. PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS	1	1
3000691 SERVICIOS DE ATENCION DE TUBERCULOSIS CON MEDIDAS DE CONTROL DE INFECCIONES Y BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE SALUD	2	2
PERSONAS CON FORMACION Y CONOCIMIENTO EN GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES Y ADAPTACION AL CAMBIO CLIMATICO	1	1
DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL Y COORDINACION DE LA REFERENCIA	1	1
ATENCION DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	1	1
3000801. TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL	1	1
3000698: PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES DETECTADAS	1	1
POBLACION CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD	2	2
3000700: PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD TRATADAS OPORTUNAMENTE	2	2
3000702: PERSONAS CON TRASTORNOS Y SINDROMES PSICOTICOS TRATADAS OPORTUNAMENTE	2	2
PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES JUDICIALIZADAS TRATADAS	3	3
PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DEL ALCOHOL Y TABACO TRATADA OPORTUNAMENTE	2	2
3000876: ATENCION ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	1	1
3000877: ATENCION ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES	1	1
NIÑOS Y NIÑAS CON ATENCION DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO	1	1
ATENCION DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES	1	1
3000011: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CATARATAS	1	1
3000012- TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON CATARATAS	1	1
3000811 TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE RECIEN NACIDO CON RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD (ROP)	1	1

3000812 TRATAMIENTO Y CONTROL DE RECIEN NACIDO CON RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD (ROP)	1	1
DETECCION - DIAGNOSTICO - TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON RETINOPATIA DIABETICA	1	1
DETECCION - DIAGNOSTICO - TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON ENFERMEDADES EXTERNAS DEL OJO	1	1
PERSONAS CON DISCAPACIDAD RECIBEN ATENCION DE REHABILITACION EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	1	1
PERSONA CON DISCAPACIDAD CERTIFICADA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	1	1
3000880 POBLACION CON DIAGNOSTICO DE HEPATITIS QUE ACUDE A LOS SERVICIOS DE SALUD RECIBE ATENCION INTEGRAL	1	1
3043959 ADULTOS Y JOVENES RECIBEN CONSEJERIA Y TAMIZAJE PARA INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL Y VIH/SIDA	1	1
3043960. POBLACION ADOLESCENTE INFORMADA SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL Y VIH/SIDA	1	1
POBLACION DE ALTO RIESGO RECIBE INFORMACION Y ATENCION PREVENTIVA	1	1
3043969. PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON VIH/SIDA QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS Y RECIBEN ATENCION INTEGRAL	1	1
3043970: MUJERES GESTANTES REACTIVAS Y NIÑOS EXPUESTOS AL VIH/SIDA RECIBEN TRATAMIENTO OPORTUNO	1	1
3043971 MUJERES GESTANTES REACTIVAS A SIFILIS Y SUS CONTACTOS Y RECIEN NACIDOS EXPUESTOS RECIBEN TRATAMIENTO OPORTUNO	1	1



GERENCIA REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL H-3 SANTA ROSA DE YUMBAGUANAS
VERIFICA
MC. ANDRES ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO HSGY
CMP: 27715 - RNE: 024593



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL H-3 SANTA ROSA DE YUMBAGUANAS
Lic. Adm. DARWIL PINEDO TORRES
CLAD N° 08966
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

Firma del Titular de la Entidad

Cargo: TITULAR

Nombre y Apellidos: ANDRES ADOLFO ALVAREZ ANTONIO

DNI: 09104420

V°B° del Funcionario a Cargo de la UO responsable de implementar el SCI

Cargo: ADMINISTRADOR

Nombre y Apellidos: DARWIL PINEDO TORRES

DNI: 05614159