

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

**INFORME N° 0003-2026-CQ-HDAC-EJCI**

**A : C. P. C OLIVER HUAMAN MARTEL**  
**JEFE (E) DE LA UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN**

**DE : LIC. ENF. CONDOR IZAGUIRE, ELMER**  
**COORDINADOR DEL CENTRO QUIRÚRGICO**

**ASUNTO : REQUERIMIENTO DE FORMATOS - CHECK LIST**

**FECHA : CERRO DE PASCO, 09 DE ENERO DEL 2026**

Es grato dirigirme a usted respetuosamente para saludarlo a nombre de la jefatura del Centro Quirúrgico, asimismo es para indicarle lo siguiente.

Que siendo de suma importancia contar con los formatos de - CHECK LIST, donde esto nos ayudara a registrar el proceso de la intervención quirúrgica que se tiene diariamente en nuestro servicio (antes, durante y al término de la cirugía), por lo tanto, realizo el **REQUERIMIENTO DE FORMATO - CHECK LIST**, según se detalla en el siguiente cuadro.

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
01	FORMATO – LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (CHECK LIST) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fotocopiable</li> <li>• Tamaño A4</li> </ul>	03 MILLARES

- **Se adjunta:**  
Modelo de formato

Agradecido anticipadamente por la atención que le puedan brindar, la presente quedo de usted no sin antes reiterarle mi estima personal.

Atentamente,

  
 GOBIERNO REGIONAL DE PASCO  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
 HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN  
 LIC. ENF. ELMER LORGE CONDOR IZAGUIRRE  
 CEP: 0468 - RNE: 1028  
 COORDINADOR DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO

MINISTERIO DE SALUD  
 PASCO  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
 HOSPITAL REGIONAL DANIEL A. CARRIÓN  
 ÁREA DE ADQUISICIONES  
 AV. LOS INCAS S/N TELÉF. 4222752  
**14 ENE 2025**  
 Registro: \_\_\_\_\_  
 Hora: \_\_\_\_\_ Folios: \_\_\_\_\_  
 FIRMA

MINISTERIO DE SALUD  
 PASCO  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
 HOSPITAL REGIONAL DANIEL A. CARRIÓN  
 ÁREA DE LOGÍSTICA  
 AV. LOS INCAS S/N TELÉF. 422272  
**09 ENE 2024**  
 Registro: \_\_\_\_\_  
 Hora: 12:24 PM Folios: 1/2  
 FIRMA

SISGEDO	
REG. DO	01835035
REG. EXPE	01170835

MINISTERIO DE SALUD  
 PASCO  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
 HOSPITAL REGIONAL DANIEL A. CARRIÓN  
 UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN  
 AV. LOS INCAS S/N TELÉF. 422272  
**09 ENE 2026**  
 Registro: \_\_\_\_\_  
 Hora: 10:03 Folios: 1/3  
 FIRMA

### ESPECIFICACIONES TECNICAS

**01. AREA USUARIA:**

Servicio de centro quirúrgico y anestesiología del HDAC.

**02. FINALIDAD PUBLICA:**

ADQUISICIÓN DE FORMATOS – LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (CHECK LIST), PARA EL REGISTRO DE LA ATENCIÓN DE NUESTROS PACIENTES.

**03. BASE LEGAL:**

- ✓ Ley N° 28411 Ley General de Sistema Nacional de Presupuesto.
- ✓ Ley N° 32185 Ley del Presupuesto del Sector Publico Para el Año Fiscal 2025.
- ✓ Ley Nª 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria Ley N° 27902.
- ✓ Ley N° 28716 Ley de Control Interno de las Entidades del Estado.
- ✓ Código Civil – Decreto Legislativo N° 295
- ✓ DIRECTIVA N° 007-2018-GRP-GGR/DGA



**04. ANTECEDENTES:**

Mediante Informe de Requerimiento, se requiere la adquisición de **FORMATO – LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (CHECK LIST)**, para el Servicio de centro quirúrgico y anestesiología del HDAC.

**05. OBJETIVO:**

**5.1 OBJETIVO GENERAL:**

Adquisición de **FORMATO – LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (CHECK LIST)**, usado para el registro de los procedimientos quirúrgicos que se realiza antes durante y después de cada intervención.

**06. CARACTERISTICAS DEL BIEN A CONTRATAR:**

ITEM	DESCRIPCION	UND. MED	CANTIDAD
01	FORMATO – LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (CHECK LIST) • Fotocopiable • Tamaño A4	MILLAR	03

**07. REQUISITOS MÍNIMOS QUE DEBE CUMPLIR EL POSTOR:**

**7.1 EL POSTOR:**

- Persona Natural o Jurídica, dedicada a la actividad del rubro.
- Contar con RUC, activo y habido
- No tener impedimento para contratar con el estado.
- Contar con Registro Nacional de Proveedores vigente.

**08. LUGAR DE ENTREGA:**

La entrega se realizará en la oficina de almacén central del Hospital Daniel Alcides Carrión.

**09. PLAZO DE ENTREGA:**

El plazo de entrega del bien, será a 05 días partir de la notificación de la orden de compra.

**10. FORMA DE PAGO:**

El pago se hará efectivo por parte de la entidad en una sola armada, al término de la entrega del bien.

**11. CONFORMIDAD DE LA RECEPCION DEL BIEN:**

Después de la entrega del bien, se otorgará la conformidad por parte del sub gerente de supervisión de obras, previa verificación del cumplimiento de las especificaciones técnicas.

**12. PENALIDADES:**

Si el proveedor incurre en retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto de la compra, LA ENTIDAD le aplicará en todos los casos, una penalidad por cada día calendario de atraso, hasta por un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto de la O/C La penalidad se aplicará automáticamente y se calculará de acuerdo a la siguiente formula:

$$\text{PENALIDAD DIARIA} = 0.10 \times \text{monto} \\ \text{F} \times \text{PLAZO EN DIAS}$$

Donde:

F= 0.40 para plazos menores o iguales a 60 días.

F = 0.25 para plazos mayores a 60 días.

**13. RESOLUCION DEL VINCULO CONTRACTUAL:**

Conforme a la DIRECTIVA N°002-2023-GRP-HDAC-UA/AL PASCO en el numeral 6.2.1 dispone lo siguiente:

- En caso de incumplimiento en la prestación por parte del proveedor, se le requerirá mediante carta simple, correo electrónico suscrita por el Director de abastecimiento el cumplimiento de sus obligaciones **EN CASO PERSISTIR EL INCUMPLIMIENTO SE DISPONDRA LA ANULACION DE CONTRATO**, por tanto, se podrá llamar al proveedor que ocupó el segundo lugar de acuerdo al cuadro comparativo.



GOBIERNO REGIONAL DE PASCO  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN  
LIC. ENF. ELMER FERRE CONDOR IZAGUIRRE  
CEN 0000 - RNE 0028  
COORDINADOR DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO



# LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA (CHECK LIST)



## Antes de la administración de la anestesia

### ENTRADA

Con el (la) enfermero(a) y el anestesiólogo(a), como mínimo

¿Ha confirmado el (la) paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento

Si

¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?

Si  No procede

¿Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de anestesia y la medicación anestésica?

Si

¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?

Si

¿Tiene el(la) paciente...

...Alergias conocidas?

No  Si

...Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?

No  En este caso, hay instrumental y equipos / ayuda disponible  No  Si

... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7ml/Kg en niños)?

No  Si

En este caso, se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos dos vías de acceso (TV/central)

## Antes de la incisión cutánea

### PAUSA

Con el(la) enfermero(a) el(la) anestesiólogo(a) y el(la) cirujano

Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función

Confirmar la identidad del/de la paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico.

Confirmar si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica

¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos?

Si  No

## PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS

Cirujano revisa:

¿Cuales serán los pasos críticos o inesperados?

¿Cuanto durara la operación?

¿Cuanto es la pérdida de sangre prevista?

Anestesta verifica:

¿Presenta el paciente algun problema específico?

Equipo de enfermería verifica:

¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa, instrumental y equipos (con resultados de los indicadores)?

¿Hay dudas o problemas relacionados con ellos.

¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

Si  No

## Antes de que el(la) paciente salga del quirófano

### SALIDA

Con el(la) enfermero(a) el(la) anestesiólogo(a) y el(la) cirujano

El(la) enfermero (a) confirma verbalmente:

El nombre del procedimiento

El recuento de instrumentos, gasas y agujas

El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente

Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos

El(la) Cirujano, Anestesiólogo(a) y enfermero(a) revisan:

¿Cuales son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?

N° de Historia clínica: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos del/de la paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del(la) coordinador(a)

Firma del(la) cirujano(a)

Firma del(la) anestesiólogo(a)

Firma del(la) enfermero(a)



# LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA (CHECK LIST)



## Antes de la administración de la anestesia

### ENTRADA

Con el (la) enfermero(a) y el anestesiólogo(a), como mínimo

¿Ha confirmado el (la) paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento

Si

¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?

Si  No  No procede

¿Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de anestesia y la medicación anestésica?

Si

¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?

Si

¿Tiene el (la) paciente...

...Alergias conocidas?

No  Si

...Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?

No  En este caso, hay instrumental y equipos / ayuda disponible  No  Si

... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7ml/Kg en niños)?

No  Si

En este caso, se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos por vías de acceso (TV/central)

## Antes de la incisión cutánea

### PAUSA

Con el/la enfermero(a) el/la anestesiólogo(a) y el/la cirujano

Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función

Confirmar la identidad del/de la paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico.

Confirmar si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica

¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos?

Si  No

### PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS

Cirujano revisa:

¿Cuales serán los pasos críticos o inesperados?  
 ¿Cuanto durara la operación?  
 ¿Cuanto es la pérdida de sangre prevista?

Anestesiista verifica:

¿Presenta el paciente algun problema específico?

Equipo de enfermería verifica:

¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa, instrumental y equipos (con resultados de los indicadores)?  
 ¿Hay dudas o problemas relacionados con ellos.

¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

Si  No

## Antes de que el (la) paciente salga del quirófano

### SALIDA

Con el/la enfermero(a) el/la anestesiólogo(a) y el/la cirujano

El (la) enfermero (a) confirma verbalmente:

El nombre del procedimiento

El recuento de instrumentos, gasas y agujas

El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)

Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos

El (la) Cirujano, Anestesiólogo(a) y enfermero(a) revisan:

¿Cuales son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?

N° de Historia clínica: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos del/de la paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del/la coordinador(a)

Firma del/la cirujano(a)

Firma del/la anestesiólogo(a)

Firma del/la enfermero(a)