



informática

Resolución Directoral

Santa Anita, 17 de Agosto de 2017

VISTO:

El memorándum N° 065/OGC-HHV/2017 contenido en el Expediente N° 17MP-02046-00 de fecha 09 de Julio de 2017, la Oficina de Gestión de la Calidad, remite el "PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN 2017";

CONSIDERANDO:

Que, la Ley General de Salud N° 26842, establece que la salud es una condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público y por tanto responsabilidad del Estado regularla y promoverla, siendo de interés público la provisión de servicios de salud cualquiera sea la persona o institución que los provea y responsabilidad del estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA se aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA se aprobó la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", teniendo entre otros objetivos, la de proporcionar elementos metodológicos para uniformizar los procedimientos para la autoevaluación y la evaluación externa; asimismo establece el esquema para la Elaboración del Plan de Autoevaluación, el mismo que debe ser elaborado por el Equipo Evaluador seleccionado;

Que, en este contexto, con documento del visto, la Oficina de Gestión de la Calidad remite a la Dirección General un (01) ejemplar del Plan de Autoevaluación del Hospital correspondiente a este periodo para su revisión y aprobación respectivo;

Que, el acotado Plan tiene como Objetivo General "Conocer el nivel de cumplimiento de los estándares a la categoría III del Hospital Hermilio Valdizán", y como Objetivo Específico "Desarrollar la programación de actividades para la autoevaluación de los Macro-Procesos, determinando los criterios débiles evaluados, a fin de plantear acciones de mejoramiento continuo de la calidad";



J.M.LINDO C.





Resolución Directoral

Santa Anita, 17 de Agosto de 2017

En uso de las facultades conferidas por el artículo 11º inciso c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado por Resolución Ministerial Nº 797-2003-SA/DM; y contando con la visación de la Oficina de Gestión de la Calidad, Dirección Adjunta de la Dirección General y, la Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar el documento denominado "Plan de Autoevaluación del Hospital Hermilio Valdizán", el mismo que contiene diecisiete (17) páginas, debidamente visados, los que forman parte de la presente Resolución.

Artículo 2º.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática efectúe la publicación de la presente Resolución en la página Web del Hospital.

Regístrese, Comuníquese y Archívese,

MINISTERIO DE SALUD
Hospital "Hermilio Valdizán"

Dr. Carlos Alberto Saavedra Castillo
Director General
C.M.P. Nº 18684 R.N.E. 8818

DISTRIBUCIÓN :
OGC
SDG
OAJ.
OCI.
INFORMÁTICA.
INTERESADOS.
CASC/egc.
FILE VI RES. - 2017



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Hermilio Valdizán

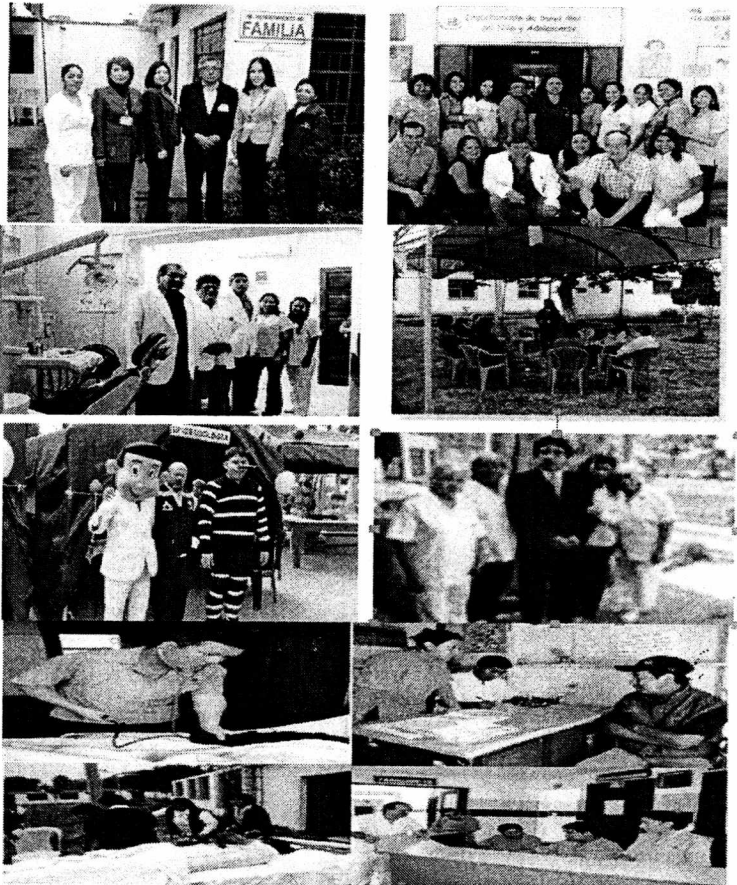
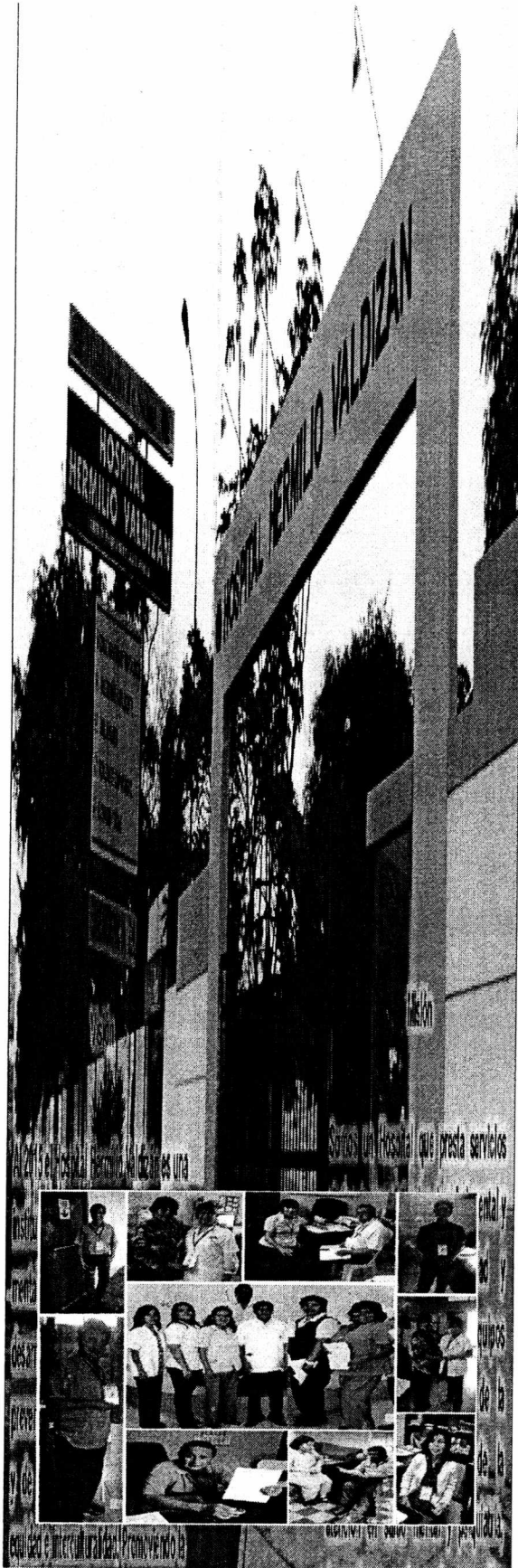
Oficina de Gestión de la Calidad

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"



Hospital Hermilio Valdizán

PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN 2017



LIMA - PERU

Handwritten signature



INDICE

	<u>Pag.</u>
I. Título	01
II. Índice	02
III. Introducción	03
IV. Finalidad	03
V. Objetivo	04
5.1 Objetivo General	04
5.2 Objetivo Especifico	04
VI. Base Legal	04
VII. Ámbito de Aplicación	05
VIII. Contenido	05
8.1 Metodología de la Aplicación	05
IX. Responsabilidades del Evaluador Interno	06
9.1 Cronograma de Actividades para la Autoevaluación	07
9.2 Cronograma General de Actividades de Auto Evaluación Interna 2017	08
9.3 Miembros del Equipo de Acreditación	09
9.4 Comité de Evaluadores Internos del Hospital Hermilio Valdizán	09
X. Anexos, Modelos	10
10.1 Glosario de términos	10
10.2 Anexos:	12
Anexo N° 1 Hoja de registro para Autoevaluación	
Anexo N° 2 Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación	
Anexo N° 3 Hoja de Recomendaciones	
Anexo N° 4 Hoja: "Matriz de selección"	
XI. Bibliografía	17



Handwritten signature



III. INTRODUCCIÓN:

El Plan de Evaluadores Internos para el presente año del Hospital Hermilio Valdizán, se formula en el marco de la normatividad de Acreditación de los Establecimientos de Salud. Es un documento que señala los objetivos y actividades para la aplicación de la Autoevaluación contando con evaluadores internos previamente capacitados (Equipo Institucional), quienes harán uso del listado de estándares de Acreditación con categoría III, nivel I realizando una Evaluación interna, identificando el nivel de cumplimiento (fortalecimiento de procesos) del Hospital Hermilio Valdizán. Asimismo, apoyaran a identificar las brechas en cada uno de los criterios evaluados en los Macro procesos y así promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de servicios de salud.

Es indispensable impulsar herramientas de calidad para fortalecer, institucionalizar y garantizar la sostenibilidad en el desarrollo eficiente de los procesos de orden gerencial, asistencial y de apoyo a nivel hospital, el compromiso de la organización debe ser permanente para mejorar la calidad de servicio en un entorno seguro con un enfoque humano y social.

Finalmente, como inicio del proceso de autoevaluación es necesario revisar y evaluar el listado de estándares de acuerdo a la naturaleza de servicio que se brinda a la población, luego organizar la intervención del Equipo de Evaluadores Internos en los diferentes macro procesos haciendo uso de los formatos contemplados en la normativa para dicho trabajo.

IV. FINALIDAD:

Conocer el nivel de cumplimiento de los Procesos y Macro-procesos de evaluación de las unidades prestadoras de salud.

Promover la mejora de la calidad de atención de acuerdo a los estándares establecidos, a nivel del Sector Salud, la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

Determinar la valoración y la detección de los nudos críticos que nos permita revertir a través de la implementación y ejecución de proyectos de mejora continua de la calidad de servicios.



Restan



Promover el uso de instrumentos y metodologías para el proceso de la Autoevaluación en el marco de la Acreditación de Establecimientos de Salud - Hospital Hermilio Valdizán.

V. OBJETIVO

5.1 Objetivo General

Conocer el nivel de cumplimiento de los estándares a la categoría III – del Hospital Hermilio Valdizán.

5.2 Objetivos específicos

- 5.1 Fortalecer competencias en el Proceso de Acreditación.
- 5.2 Desarrollar la programación de actividades para la autoevaluación de los Macro-procesos en el Hospital Hermilio Valdizán.
- 5.3 Determinar los criterios débiles evaluados en cada uno de los Macro-procesos y plantear acciones de mejoramiento continuo de la calidad.
- 5.4 Valorar los criterios de evaluación previa constatación de las fuentes de verificación.

VI. BASE LEGAL:

- Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, del 04 de junio 2007, aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- R.M. N° 914 -2010/MINSA aprobó la NTS N° 021 –MINSA/ DGSP v.02 “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.
- Decreto Legislativo N° 1167, Que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1161, Aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, Aprueban Reglamento de Organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Directoral N° 241-DG/ HHV-2014 conforma el Equipo de Acreditación del Hospital Hermilio Valdizán.



Bas



- Resolución Directoral N° 175-DG/HHV-2016 conforma el Comité de Evaluadores internos del Hospital Hermilio Valdizán.
- Listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de Salud categoría III-1 y servicios médicos de apoyo dependiendo del nivel de categorización
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación del Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Categoría III-1 Resolución Directoral N° 0775-2010-DISAIV LE-DG-DESP- DSS-OAJ.

VII. AMBITO DE APLICACIÓN:

El presente plan está dirigido a los equipos de calidad de los establecimientos de salud de la categoría III-1 y es de aplicación a todas las Unidades Orgánicas del Hospital Hermilio Valdizán.

VIII. CONTENIDO:

La acreditación es un mecanismo de gestión y evaluación de la calidad de los servicios de salud, y que va dirigida a comprobar si una entidad prestadora cumple con los estándares establecidos que brindan seguridad en la atención en salud y que generan ciclos de mejoramiento continuo.

8.1 METODOLOGIA DE EVALUACION

a) RECURSOS E INSTRUMENTOS

- Evaluadores seleccionados y capacitados.
- Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP- SP-V.02 técnica de salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- Listado de estándares de acreditación categorías I-1 al III-1.
- Guías de evaluadores para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- Hoja de registro de datos para la evaluación.
- Aplicativo informático para el registro y procesamiento de resultados.





b) CONFORMACION DEL EQUIPO DE ACREDITACION

Lista oficial aprobado con R.D N° 241-DG/HHV-2014.

Presidido por el jefe de la Oficina de Gestion de la Calidad

c) CONFORMACION DEL EQUIPO DE EVALUADPRES INTERNOS

Lista Oficial aprobado con R.D N° 175-DG/HHV-2016.

d) PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPTAL HERMILIO VALDIZAN 2,017

e) COMUNICACIÓN AL INICIO DE LA AUTOEVALUACION

f) PRESENTACION DEL INFORME DE AUTOEVALUACION

Culminado el Proceso de Autoevaluación se digitará los datos en el aplicativo para el registro, procesamiento de resultados.

9 RESPONSABILIDADES DEL EVALUADOR INTERNO

- Haber recibido capacitación como evaluador interno en el marco de la Acreditación de los Establecimientos de Salud.
- Tener solvencia moral y reconocimiento institucional que garantice su desenvolvimiento individual con autonomía, imparcialidad y evitar el conflicto de intereses que pudiera suscitarse.
- Permanecer siempre dentro del alcance y objetivos de la evaluación para así mejorar las técnicas de evaluación a elegir.
- Recolectar y analizar la evidencia objetiva pertinente y suficiente para obtener conclusiones y generar recomendaciones idóneas.
- Documentar sus observaciones.
- Tratar la información confidencial con discreción.
- Recomendar mejoras que respondan a metodologías probadas de mejoramiento continuo.
- Comunicar inquietudes a los evaluados de una manera respetuosa, proactiva y clara.





RESPONSABILIDADES

9.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION

RESPONSABLE DE EQUIPO DE EVALUADORES	GRUPO	EVALUADORES INTERNOS	MACRO-PROCESOS	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGOS.	SET.	OCT.
	GRUPO A	Dr. Rolando Zegarra Lic. Lina Villegas	MP4 : MANEJO DEL RIESGO DE ATENCION	X						
	GRUPO B	DR. Lizardo Rodríguez Lic. Roxana Llata	MP3: GESTION DE LA CALIDAD			X				
	GRUPO C	Lina Villegas Bach. Rut Duran	MP15: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		X					
	GRUPO D	Dra. Elba S. Luna Dra. Jenny Bernal	MP19: MANEJO DEL RIESGO SOCIAL	X						
	GRUPO E	Dr. Lizardo Rodríguez Lic. Alicia Belletti	MP6: CONTROL DE LA GESTION Y PRESTACION		X	X				
GRUPO F / MP7: ATENCION AMBULATORIA:										
	GRUPO F1	Dra. Elba Luna Lic. Liliana Castro	CONSULTA EXTERNA DEL HHV					X		
	GRUPO F2	Lic. Lina Villegas Bach. Ruth Duran G Bach. Colon Flores	CONSULTA EXTERNA DE ÑAÑA			X				
	GRUPO F3	Lic. Doris Mauricio R Dra. Jenny Bernal V	PSIQUIATRIA INFANTIL			X				
	GRUPO F4	DR. Carlos Ordoñez Dr. Manuel Meza	DAMOC	X			X			
	GRUPO F5	Dra. Marlene Barreda Lic. Liliana Castro	TERAPIA DE FAMILIA		X			X		
	GRUPO F6	Lic. José Loconí García Lic. Noemi Paz	PSICODINAMICA					X		
	GRUPO G	Dr. Carlos Ordoñez Lic. Francisca Mauricio	MP13: ATENCION DE POYO AL DX Y TTO						X	
	GRUPO H	Lic. Arturo Dueñas Tap. Violeta Valiente	MP14: ADMISION Y ALTA							X
	GRUPO I	Dr. Carlos Chávez Dr. Raúl Gutiérrez	MP18: DESCONTAMINACION, LIMPIEZA, DEINFECCION Y ESTERILIZACION							X
	GRUPO J	Dr. Julio Quintana Lic. Alicia Belletti	MP1: DIRECCIONAMIENTO						X	
	GRUPO K	Bach. Collón Flores Tap. Alayen Sauñe	MP5: EMERGENCIA Y DESASTRES						X	
	GRUPO L	Lic. Francisca Mauricio Lic. Rafael Pineda	MP16: GESTION DE MEDICAMENTOS				X			
	GRUPO M	Lic. Rafael Pineda Tap. Violeta Valiente	MP421: GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES						X	
	GRUPO N	Dr. Julio Quintana Dr. Rolando Zegarra	MP9: ATENCION DE HOSPITALIZACION				X			X
	GRUPO Ñ	Dr. Carlos Chávez Tap Arturo Espinoza	MP20: NUTRICION Y DIETETICA	X						
	GRUPO O	Dra. Edith Chero Lic. Noemi Paz	MP12: DOCENCIA E INESTIGACION				X			
	GRUPO P	Bach. Collón Flores Tap. Alayen Sauñe	MP22: GESTION DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA		X					
	GRUPO Q	Dr. Raúl Gutiérrez Alic. Mariela Blanco	MP10: ATENCION DE EMERGENCIA					X		
	GRUPO R	Dra. Marlene Barrera Bach. Ruth Duran	MP17: GESTION DE LA INFORMACION							X
	GRUPO S	Bach. Ruth Duran Lic. Luz V. Castillo	MP8: ATENCION EXTRAMURAL							X



9.2 CRONOGRAMA GENERAL DE AUTO EVALUACION INTERNA 2017.

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGOS.	SET.	OCT.	NOV.	DIC.
Capacitación de los Evaluadores internos.			X									
Evaluación y selección del listado de estándares de acreditación aplicables en HHV.			X									
Reunión de trabajo con los evaluadores internos para designar a los líderes responsables por cada macro-proceso y reforzamiento en los contenidos de la guía del evaluador interno.			X									
Presentación del Plan a la Dirección General y Equipo de Gestión del HHV, Jefes de Oficinas y Departamentos y Trabajadores.		X										
Seguimiento de Recomendaciones Emitidas en AE 2016			X									
Inicio de la AE 2017				X	X	X	X	X	X	X		
Seguimiento de Recomendaciones Emitidas en AE 2017											X	
Procesamiento de Datos											X	
Análisis de Datos												X
Formulación de Informe final												X
Entrega de Informe Técnico del Equipo Evaluador										X		
Socialización del Informe con los evaluadores internos, DG y Jefaturas de Servicios y oficinas Evaluados												X

Desarrollo de actividades:

- Capacitación de los Evaluadores internos
- Difusión de los lineamientos de la Acreditación al personal institucional y público en general.
- Reunión de trabajo con los evaluadores internos para designar a los líderes responsables por cada Macro-proceso y reforzamiento en los contenidos de la guía del evaluador interno.
- Evaluación y selección del listado de estándares de acreditación aplicables en el HHV.
- Presentación del Plan a la Dirección General y Equipo de Gestión del HHV, Jefes de Oficinas, Departamentos y Trabajadores.
- Informar del inicio de la Autoevaluación.
- Reunión de trabajo con los evaluadores internos para consolidar los resultados de la Autoevaluación.





- Reunión de trabajo con Dirección General, jefaturas de los servicios y/o oficinas, evaluadores internos; con el fin de socializar los resultados de la Autoevaluación.
- Registrar los nudos críticos detectados e informar a las autoridades competentes para toma de decisiones.
- Formulación del Informe final

9.3 MIEMBROS DEL EQUIPO DE ACREDITACION

Dr. John Loli Depaz F
 Dr. Carlos Chávez Ascón
 Lic. Mariela Blanco Tercero
 Bach. Ruth Duran Gutierrez
 Bach. Willy Colon Flores

9.4 COMITÉ DE EVALUADORES INTERNO

Dr. Julio Quintana Leonardo	Presidente
Lic. Lina Villegas Ccatamayo	Secretaria
Dr. Lizardo Rodríguez Villacrés F	Miembro
Dr. Carlos Ordoñez Huamán	Miembro
Dra. Edith Chero Campos	Miembro
Dr. Raúl Gutiérrez Abregú	Miembro
Dra. Marlene Barreda Torres	Miembro
Dra. Elba Susana Luna Incio F	Miembro
Dr. Manuel Engels Meza Ichpas F	Miembro
Ps. Alicia Belletti de Bellido	Miembro
Lic. José Loconi García	Miembro
Lic. Francisca Mauricio Roque F	Miembro
Lic. Doris Mauricio Roque F	Miembro
Lic. Luis Rafael Pineda Gallardo	Miembro
Tap. Violeta Valiente Caro	Miembro
Tap. Alayen Sauñe Muñoz	Miembro
Lic. Noemi Paz Flores	Miembro
Dr. Rolando Zegarra Molina	Miembro
Lic. Luz V. Castillo Zamora	Miembro
Lic. Arturo Dueñas Yactayo	Miembro



Handwritten signature



Lic. Liliana Castro Deza	Miembro
Lic. Roxana E. Llata Janampa	Miembro
Tab. Arturo Espinoza Eulogio	Miembro
Dra. Jenny Bernal Vergara	Miembro

10 ANEXOS, MODELOS.

10.1 Glosario de términos

GLOSARIO DE TERMINOS

Acreditación:

Proceso de evaluación externa, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo Atención de salud:

- Conjunto de prestaciones que se brinda a la persona, familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación
- Atributos de calidad:
- Propiedades o requisitos que se identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles deseados

Autoevaluación:

Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en el cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del listado de estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

Criterios de evaluación:

Parámetros referenciales que terminan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.





Estándar:

Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.

Estándar de estructura:

Nivel de desempeño deseado sobre recursos materiales, organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asistencial asignada, recuperativa, rehabilitadora o de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Estándar de proceso:

Nivel de desempeño deseado de todos los pasos que se deben realizar para desarrollar la labor asistencial, recuperativa, rehabilitadora, o de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Estándar de resultado:

Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en salud.

Estándares específicos:

Niveles de desempeño deseado y definido de manera concreta sobre aspectos propios de la realidad sanitaria diferenciada por su complejidad, naturaleza jurídica y prioridades.

Estándares Genéricos:

Niveles de desempeño deseado y definido de manera amplia, que abarcan los diferentes componentes de la prestación.

Evaluación por pares:

Procedimiento de evaluación opcional del proceso de Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Tiene como finalidad contar con la opinión de evaluadores internos de otros establecimientos de salud de similar categoría considerados pares.



Don



Evaluación externa:

Fase final de evaluación del proceso de acreditación que se orienta a CONFIRMAR de manera externa los resultados obtenidos respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación en las fases anteriores, autoevaluación o evaluación por pares (opcional).

Guía del evaluador:

Informe Técnico de la Autoevaluación:

Documento que contiene los resultados de la Autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisan el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.

Informe Técnico de Seguimiento de la Acreditación:

Documento que contiene los resultados de la evaluación del seguimiento anual a cargo de evaluadores externos. Sirve para verificar el grado de mantenimiento de las condiciones que permitieron la acreditación, así como el cumplimiento de las recomendaciones emitidas en el informe técnico de la evaluación externa.

Listado de Estándares de Acreditación:

Documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macro-procesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicio médicos de apoyo y que sirve como instrumento para evaluadores.

10.2 Anexos:

- Anexo N° 1 Hoja de registro para Autoevaluación
- Anexo N° 2 Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación
- Anexo N° 3 Hoja de Recomendaciones
- Anexo N° 4 Hoja: "Matriz de selección"



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILO VALDIZÁN

Julio César Quintana Leonardo
JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
C.M.P. 13283 / B.N.E. 15010



Anexo 1: Hoja de Registro para Autoevaluación

Macro proceso: _____

Evaluador(es): -

-
-
-

Fecha: _____

Servicios evaluados: _____

Participantes de la evaluación: _____

Código Estándar: _____

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del puntaje / Comentarios



Firma:

Bas



Anexo Nº 2: Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación

Establecimiento: _____

Macroproceso: _____

Evaluador(es): _____

Fecha: _____

Servicios evaluados: _____

Participantes de la evaluación:

Código del Estándar: _____

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada (verificación/revisión, observación, entrevista, muestreo, encuesta)	Sustento del puntaje / Comentarios



Firma:

Duain



Anexo N° 3: Hoja de Recomendaciones

Evaluador(es): _____

Fecha: _____

Servicios evaluados: _____

Macroproceso	Observaciones	Recomendaciones



Firma:



Anexo N° 4: "Matriz de Selección"

Cuando la evaluación es realizada por un equipo, cada persona asignará una puntuación para cada uno de los problemas de acuerdo a cada criterio. Todos los puntajes asignados por criterio se totalizan antes de sumar el resultado global de puntajes para cada problema.

Problemas de Interés	Frecuencia	Importancia	Vulnerabilidad	Total



Firma:

[Handwritten signature]



11 BIBLIOGRAFÍA

- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA que aprueba la Norma Técnica N° O50 MINSA/DGSP-V, O2 Norma Técnica de salud para la Acreditación de establecimientos de salud y servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 270- 2,007/MINSA, que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de salud y servicios Médicos de Apoyo.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
.....
Julio César Quintana Leonardo
JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
CMP. 13253 / RNE. 15910

