



Dirección General

## RESOLUCION DIRECTORAL

N° 186 -2018-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 23 de octubre de 2018

**Visto;** la Nota Informativa N° 178-2018-OGC-HVLH/MINSA, emitida por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor Larco Herrera";

**CONSIDERANDO:**

Que, el numeral IV del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de la Salud, establece que es una 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 Decreto Supremo N° 013-2006-SA, aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el cual tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, a través de Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, se aprobó el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad de Salud", que consigna los principios, objetivos, estrategias, entre otros, aspectos que permitirán orientar los esfuerzos para mejorar la calidad en los servicios y establece como uno de sus componentes la garantía y mejoramiento de la calidad, siendo una de sus líneas de acción, la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, de fecha 04 de junio de 2007, se aprobó la NTS N° 50-MINSA-DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación 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, asimismo, la citada Norma Técnica de Salud establece que el proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa, definiendo a la primera como: *"La fase inicial obligatoria del proceso de acreditación en los establecimientos de salud que cuenten con un equipo institucional de evaluadores internos, previamente conformados, quienes harán uso del listado de estándares de Acreditación y realizar una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y área susceptibles de mejoramiento"*;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA, de fecha 23 de abril de 2009, se aprobó la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" cuya finalidad es estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, la Autoevaluación y la Evaluación Externa; buscando lograr mayor precisión en la aprobación de los criterios de evaluación;

Que, a través de Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA se aprueba la "Política Nacional de Calidad en Salud" cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional, con el objetivo de establecer directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;



Que, mediante Resolución Directoral N° 029-2018-DG-HVLH, de fecha 09 de febrero de 2018, se aprobó el documento denominado "Plan Anual de Gestión de la Calidad – 2018" del Hospital Víctor Larco Herrera, con la finalidad de contribuir a la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital;

Que, mediante Resolución Directoral N° 144-2018-DG-HVLH, de fecha 30 de julio de 2018, se conformó el Comité de Evaluadores Internos del Hospital Víctor Larco Herrera;

Que, mediante documento del visto, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite el proyecto del Documento Técnico: Plan de Autoevaluación 2018, para su aprobación mediante acto resolutivo;

Que, mediante Nota Informativa N° 126-2018-OEPE/HVLH/MINSA, de fecha 10 de octubre de 2018, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico informa que el Plan de Autoevaluación 2018, cuenta con opinión favorable por lo que resulta necesario formalizar su aprobación, mediante la emisión del correspondiente acto de administración;

Estando a lo propuesto por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad;

Con las visaciones del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital "Víctor Larco Herrera"; y,

De conformidad con lo previsto por el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA.

#### SE RESUELVE:


**Artículo 1°.-** Aprobar el Documento Técnico: "**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN -2018**" del Hospital Víctor Larco Herrera, el mismo que en documento adjunto a folios (12) incluidos dos (2) anexos, forman parte integrante de la presente resolución.

**Artículo 2°.-** Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad, como unidad orgánica competente realizar la difusión, implementación, monitoreo, supervisión y ejecución del presente plan, asimismo, informar trimestralmente a la Dirección General y a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico los avances del Plan de Autoevaluación -2018, aprobado por la presente resolución.

**Artículo 3°.-** Disponer la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital Víctor Larco Herrera ([www.larcoherrera.gob.pe](http://www.larcoherrera.gob.pe)).

Regístrese y Comuníquese

Ministerio de Salud  
Hospital Víctor Larco Herrera

  
.....  
Med. Elizabeth M. Rivera Chávez  
Directora General  
C.M.P. 24232 R.N.E. 10693

EMRC/MYRV/agfb

#### Distribución:

- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Archivo

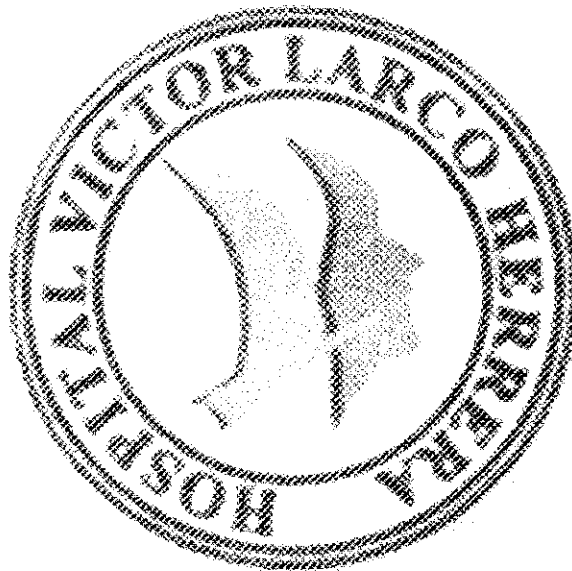


"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

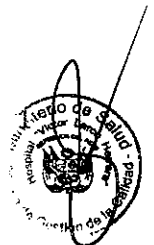
# PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

## HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA" OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

### EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS



2018





## II. INDICE

I.	TITULO	1
II.	INDICE	2
III.	INTRODUCCIÓN	3
IV.	FINALIDAD	3
V.	AMBITO DE APLICACIÓN	3
VI.	BASE LEGAL	3-4
VII.	DISPOSICIONES GENERALES	4
	OBJETIVO GENERAL	
	OBJETIVO ESPECÍFICO	
VIII.	DISPOSICIONES ESPECÍFICAS	4-6
	8.1 METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN	
IX.	RESPONSABILIDADES	7
	9.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE AUTOEVALUACIÓN	
X.	ANEXOS	8
	ANEXO N° 01 : GLOSARIO DE TÉRMINOS	9-10
	ANEXO N° 02: HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN	11
XI.	BIBLIOGRAFÍA	12





### III. INTRODUCCIÓN

Dentro de los Lineamientos de la Política Sectorial, se promueve como un derecho de condición indispensable del ser humano acceder a un servicio de salud de calidad, el cual no es una acción del momento, sino un proceso permanente con el compromiso de todos los involucrados que permita su sostenibilidad en el tiempo, en ese sentido, consideramos que es oportuno mejorar y fortalecer la calidad de nuestros servicios a través del desarrollo de procesos y procedimientos adecuados para alcanzar el bienestar individual y colectivo de nuestra población.

El Plan de Evaluación Interna es un documento que señala los objetivos y actividades para la aplicación de la autoevaluación, fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, contando con evaluadores internos previamente capacitados (equipo institucional), quienes harán uso del Listado de Estándares de Acreditación con categoría III-1, realizando una evaluación interna identificando el nivel de cumplimiento (aspectos que debilitan la oferta) y fortalezas (fortalecimiento de procesos) del Hospital "Victor Larco Herrera".

### IV. FINALIDAD

Conocer el nivel de cumplimiento de los procesos y macroprocesos de evaluación de las unidades prestadoras de salud, para alcanzar los estándares de calidad para la acreditación del Hospital "Victor Larco Herrera", según los Lineamientos de la normativa vigente contemplado en la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA del 04JUN2007 que aprueba la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", así como la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA del 23ABR2009.

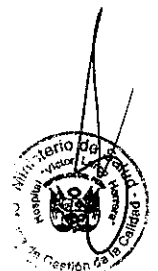
El Listado de Estándares de Acreditación aplicados será de la categoría III-1 correspondiente a Hospitales.

### V. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan es de aplicación a todos las Direcciones, Departamentos, Oficinas y Servicios del hospital.

### VI. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, "Ley General de Salud".
2. Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud".
3. Ley N° 27815, "Ley del Código de Ética de la Función Pública"
4. Ley N° 27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del estado"
5. Ley N° 29344, "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud".
6. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el: "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

7. Decreto Legislativo N° 1088, "Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN)".
8. Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, aprueban el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.
9. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA que aprueba el documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".
10. Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
11. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
12. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA que aprueba la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
13. Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
14. Resolución Directoral N° 144-2018-DG-HVLH de fecha 30JUL2018, que conforma el Comité de Evaluadores Internos del Hospital Víctor Larco Herrera 2018.

## VII. DISPOSICIONES GENERALES

### OBJETIVO GENERAL:

Conocer el nivel de cumplimiento de los estándares correspondientes a la categoría III-1 del Hospital "Víctor Larco Herrera".

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

**Objetivo Específico 1:** Gestión de procesos para la certificación y acreditación

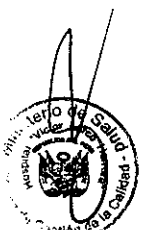
- 1.1 Fortalecer competencias en el Proceso de Evaluación Integral de la Calidad para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 1.2 Desarrollar el Proceso de Autoevaluación para la Acreditación / Certificación Institucional.

## VIII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

### 8.1 METODOLOGÍA DE LA EVALUACION

#### a) RECURSOS E INSTRUMENTOS

- Evaluadores seleccionados y capacitados.
- Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
 "Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

- Listado de Estándares de Acreditación categorías de I-1 al III-1
- Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Hoja de Registro de datos para Autoevaluación.
- Aplicativo Informático para el registro y procesamiento de resultados.

**b) CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE ACREDITACIÓN.**

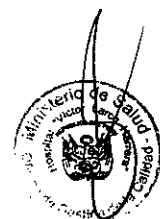
Integrado por cada Director, Jefes de los diferentes Departamentos, Oficinas y Servicios del hospital.

- Directora General del HVLH  
**Coordinadora del Equipo de Acreditación del Hospital "Víctor Larco Herrera".**
- Director Adjunto del HVLH
- Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Administración
- Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica
- Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
- Jefe de la Oficina de Estadística e Informática
- Jefa de la Oficina de Personal
- Jefa de la Oficina de Logística
- Jefa de la Oficina de Economía
- Jefa de la Oficina de Comunicaciones
- Jefe de la Oficina de la Gestión de la Calidad
- Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento
- Jefe del Departamento de Emergencia
- Jefe del Departamento de Hospitalización
- Jefa del Departamento de Rehabilitación y Psicoterapia
- Jefa del Departamento Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria
- Jefa del Departamento de Trabajo Social
- Jefa del Departamento de Psicología
- Jefa del Departamento de Farmacia
- Jefa del Departamento de Adicciones
- Jefe del Departamento de Apoyo Médico Complementario
- Jefa Departamento de Psiq. del Niño y Adolescente
- Jefa Departamento de Nutrición y Dietética
- Jefa del Departamento de Enfermería
- Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación.

**c) CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS**

Listado Oficial aprobado mediante Resolución Directoral N° 144-2018-DG-HVLH, según se detalla:

- Méd. José Del Carmen Farro Sánchez  
**Responsable del Equipo de Evaluadores Internos**
- Méd. Carlos Eduardo Palacios Valdivieso





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

- Méd. Roger Alejandro Abanto Marín
- Méd. Juana Ysabel Villa Morocho
- Med. Gisella Esther Vargas Cajahuanca
- Méd. Leonardo Augusto Rodríguez Monzón
- Méd. Rosa Elizabeth Zegarra Moretti
- Méd. Lindsey Nadia Multhauptff Palomino
- Méd. Prysca Magdalena Cersso Gómez
- Méd. Ana María Boza Huamani
- Méd. Clara Huamán Aguado
- Méd. Carlos Alexis Salgado Valenzuela
- Méd. Jorge José Jacinto Heredia
- Méd. Armando Torres Olivera
- Méd. Guillermo Enrique Vargas Moreno
- Lic. Nut. Nelly Vásquez Delgado de Rentería
- Lic. Enf. Zita Silvia Cjahuá Huanachi
- Lic. Enf. Doris Pilar Alarco Aguirre
- Lic. Enf. Carmen Olga Malpica Chihua
- Lic. Ps. Lourdes Mercedes López Moreno
- Lic. T.S. María Patricia Canorio Alvarez

**d) PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2018**

Aprobado mediante Resolución Directoral N° 029-2018-DG-HVLH de fecha 09FEB2018.

**e) COMUNICACIÓN DEL INICIO DE LA AUTOEVALUACIÓN**

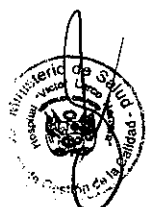
Después de la aprobación del presente Plan.

**f) PLAN DE AUTOEVALUACIÓN**

Elaborado en el presente documento.

**g) PRESENTACIÓN DEL INFORME DE AUTOEVALUACIÓN**

Culminado el proceso de autoevaluación se ingresarán los datos obtenidos, en el aplicativo para el registro y procesamiento de resultados.







"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

IX. RESPONSABILIDADES

9.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN 2018

RESPONSABLE DE EQUIPO DE EVALUADORES	GRUPOS	EVALUADORES INTERNOS	MACROPROCESOS	OCTUBRE							NOVIEMBRE							
				Mar 23	Mie 24	Jue 25	Vie 26	Lun 29	Mar 30	Mie 31	Lun 05	Mar 06	Mie 07					
Méd. José Farro Sánchez	GRUPO 1	Méd. Leonardo Rodríguez Monzón Méd. Lindsey Multhauptff Palomino Lic. Lourdes Lopez Moreno	MP4: MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN MP1: DIRECCIONAMIENTO	X	X													
	GRUPO 2	Méd. Pryscya Cersso Gómez Lic. Nelly Vásquez Delgado	MP15: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MP19: MANEJO DEL RIESGO SOCIAL	X	X													
	GRUPO 3	Méd. Ana María Boza Huamani Lic. Patricia Canorio Alvarez	MP6: CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN MP7: ATENCIÓN AMBULATORIA		X													
	GRUPO 4	Méd. Carlos Eduardo Palacios Valdivieso Méd. Clara Huamán Aguado	MP13: APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MP18: ESTERILIZACIÓN, LAVANDERÍA Y LIMPIEZA		X	X												
	GRUPO 5	Lic. Carmen Malpica Chihua Méd. Rosa Zegarra Moretti	MP2: GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS MP3: GESTIÓN DE LA CALIDAD				X	X										
	GRUPO 6	Lic. Zita Cjahua Huanachi Méd. Juana Isabel Villa Morocho	MP5: EMERGENCIAS Y DESASTRES MP16: GESTIÓN DE MEDICAMENTOS					X	X									
	GRUPO 7	Méd. Gisella Vargas Cajahuanca Méd. Jorge Jacinto Heredia	MP9: ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN MP20: MANEJO DE NUTRICIÓN DE PACIENTES							X	X							
	GRUPO 8	Méd. Armando Torres Olivera Méd. José Farro Sánchez	MP10: ATENCIÓN DE EMERGENCIAS MP17: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN										X	X				
	GRUPO 9	Méd. Guillermo Vargas Moreno Lic. Doris Alarco Aguirre	MP14: ADMISIÓN Y ALTA MP21: GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES												X	X		
	GRUPO 10	Méd. Roger Abanto Marín Méd. Carlos Alexis Salgado Valenzuela	MP12: DOCENCIA E INVESTIGACIÓN MP22: GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA														X	X





PERU

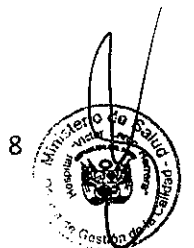
Ministerio de Salud

Hospital "Dr. Juan Valero Herrera"  
Oficina de Gestión de la Calidad



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

## X. ANEXOS





## ANEXO N° 01

### GLOSARIO DE TÉRMINOS

**Acreditación:**

Proceso de evaluación externa, periódico, 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 brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

**Atributos de calidad:**

Propiedades o requisitos que 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 determinan 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:**

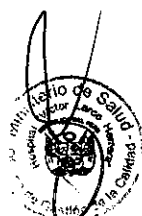
Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en salud.

**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 territoriales

**Estándares genéricos:**

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





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

**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. Su importancia está dada por el mejoramiento de la consistencia de la evaluación interna, como un paso previo a someterse a la evaluación externa, incrementando la oportunidad del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo para ser acreditado.

**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). Es una fase necesaria para acceder a la Resolución Ministerial otorgada por el Ministerio de Salud o Resolución Presidencial otorgada por los Gobiernos Regionales.

**Guía del evaluador:**

Documento técnico que describe la metodología de las diversas fases de evaluación para la aplicación de los criterios de evaluación con la finalidad de garantizar la total objetividad.

**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 la Evaluación Externa:**

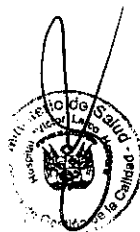
Documento que contiene los resultados de la evaluación externa realizada por evaluadores externos y que sirve para precisar el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional, incluyendo la opinión de calificación para la acreditación.

**Informe Técnico de Seguimiento de la Acreditación:**

Documento que contiene los resultados de la evaluación de 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 servicios médicos de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres" "Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

ANEXO Nº 02

HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN

Establecimiento de Salud: Categoría III-1 - Hospital "Víctor Larco Herrera"

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

Macroproceso: \_\_\_\_\_  
Evaluador(es): \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Servicios evaluados:

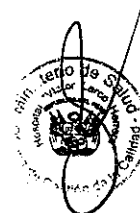
1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Participantes de la evaluación:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

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

Firmas: \_\_\_\_\_





IX. **BIBLIOGRAFIA**

- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA de fecha 04JUN2007 que aprueba la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA de fecha 23ABR2009 que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

