



Dirección General

## RESOLUCION DIRECTORAL

N° 114-2021-DG-HVLH/MINSA

Magdalena del Mar, 12 de octubre de 2021

**Visto;** Exp. N° 2100014774 - Nota Informativa N° 112-2021-OGC-HVLH/MINSA, emitida por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Víctor Larco Herrera;

### CONSIDERANDO:

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, señala que es 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, se aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el cual tiene por objeto 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, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual 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 la 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", la misma que en sus disposiciones finales establece que se emitirá la Guía Técnica del Evaluador, documento que contiene la metodología de la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

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, con la finalidad es estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación por parte de los evaluadores, para cada uno de los macro procesos gerenciales, prestacionales y de apoyo;

Que, mediante 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;

Que, mediante Resolución Directoral N° 010-2021-DG-HVLH/MINSA de fecha 01 de febrero del 2021 se aprobó el documento denominado "Plan Anual de Gestión de la Calidad – 2021 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° 070-2021-DG-HVLH/MINSA de fecha 20 de julio del 2021, se conformó el Comité de Evaluadores Internos del Hospital Víctor Larco Herrera, para realizar el proceso de autoevaluación 2021;



Que, mediante el documento del Visto, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite a la Dirección General, el documento técnico denominado "Plan de Autoevaluación – 2021", elaborado por el Comité de Evaluadores Internos del Hospital Víctor Larco Herrera para su revisión y aprobación con la Resolución Directoral correspondiente, a fin de dar inicio al Proceso de Autoevaluación para la Acreditación – 2021;

Que, el citado documento ha sido revisado por la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital Víctor Larco Herrera, como órgano asesor en aspectos normativo, emitiendo opinión favorable a través de la Nota Informativa N° 093-2021-OEPE/HVLH/MINSA, estableciendo la estructura del mencionado documento, cumple con la indicada en el numeral 6.1.4 Documento Técnico, de las Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud aprobada con Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA;

Que, en consecuencia, por convenir a los intereses funcionales institucionales que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la institución, resulta necesario formalizar su aprobación, mediante la emisión del correspondiente acto de administración;

Estando a lo informado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad; y,

Con el visado del Jefe de la Oficina de Gestión de la calidad, del Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital "Víctor Larco Herrera"; y,

De conformidad con lo previsto en 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 AUTOEVALUACION – 2021**", del Hospital Víctor Larco Herrera, el mismo que en documento adjunto debidamente visado, a folios once (11) incluido dos anexos, forma 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 – 2021, 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/JRCR/JDCFS/MYRV/

#### Distribución:

- o Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del HVLH.
- o Oficina de Gestión de la Calidad
- o Oficina de Asesoría Jurídica
- o Archivo





Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres  
"Año del Bicentenario: 200 Años de Independencia"

## PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

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

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS



**ÍNDICE**

INTRODUCCIÓN	3
1. FINALIDAD	3
2. OBJETIVOS:	3
2.1 OBJETIVO GENERAL	
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
3. AMBITO DE APLICACIÓN	4
4. BASE LEGAL	4
5. CONTENIDO:	4
5.1 DEFINICIONES GENERALES	4
5.2 METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN	6
6. RESPONSABILIDADES	8
7. ANEXOS:	8
ANEXO N° 01: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN 2021	9
ANEXO N° 02: HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN	10
8. BIBLIOGRAFÍA	11



## **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 de los estándares (aspectos que debilitan la oferta) y las fortalezas de procesos del Hospital "Víctor Larco Herrera".

### **1. 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 "Víctor 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.

### **2. OBJETIVOS**

#### **2.1 Objetivo General**

La Autoevaluación interna permitirá conocer el grado de cumplimiento de los criterios de evaluación indicados en cada uno de los Macroprocesos de acuerdo al listado de estándares correspondiente a la categoría III-1 del Hospital "Víctor Larco Herrera".

#### **2.2 Objetivos Específicos**

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



### 3. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan es de aplicación a todos los Departamentos, Oficinas y Servicios del hospital.

### 4. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud" y sus modificatorias.
- Decreto Legislativo N° 1161 que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27815, "Ley del Código de Ética de la Función Pública" y sus modificatorias.
- Ley N° 27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del estado" y sus modificatorias.
- Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud" aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el: "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Decreto Legislativo N° 1088, "Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN)".
- Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, aprueban el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA que aprueba el documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- 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" y sus modificatorias.
- 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".
- Resolución Directoral N° 070-2021-DG-HVLH/MINSA de fecha 20JUL2021, que conforma el Comité de Evaluadores Internos del Hospital Víctor Larco Herrera para realizar el proceso de autoevaluación 2021.
- Resolución Directoral N° 071-2021-DG-HVLH/MINSA de fecha 20JUL2021, que conforma el Equipo de Acreditación del Hospital Víctor Larco Herrera para el periodo 2021.



### 5. CONTENIDO

#### 5.1 DEFINICIONES GENERALES:

Para el desarrollo del presente plan es necesario tener en cuenta las siguientes definiciones:

#### **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.

**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 servicio médicos de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.

**5.2 METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN:**

**5.2.1 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".
- 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.

**5.2.2 CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE ACREDITACIÓN.**

De acuerdo a lo indicado en la Resolución Directoral N° 071-2021-DG-HVLH/MINSA del 20JUL2021, se conforma el Equipo de Acreditación del Hospital Víctor Larco Herrera para el período 2021, el cual se encuentra integrado por los siguientes profesionales:



- Directora General del HVLH
- Director Adjunto del HVLH
- Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Administración
- 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 Psiquiatría del Niño y Adolescente
- Jefa del Departamento de Emergencia
- Jefe del Departamento de Apoyo Médico Complementario
- Jefa del Departamento de Farmacia
- Jefa del Departamento de Trabajo Social
- Jefa del Departamento de Enfermería
- Jefa del Departamento de Psicología
- Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
- Jefe de la Oficina de la Gestión de la Calidad
- Jefe de la Oficina de Estadística e Informática
- Jefa de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación

### 5.2.3 CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

Listado Oficial aprobado mediante Resolución Directoral N° 070-2021-DG-HVLH, según se detalla:

- Méd. José Del Carmen Farro Sánchez  
**Responsable del Equipo de Evaluadores Internos**
- Méd. Carlos Eduardo Palacios Valdivieso
- Méd. Luis Arturo Vilchez Salcedo
- Med. Gisella Esther Vargas Cajahuanca
- Méd. Judy Soraya López Arias
- Lic. Carmen Rosa Díaz Tejada
- Med. Álvaro Velásquez Acosta
- Méd. Rosa Elizabeth Zegarra Moretti
- Méd. Rudy Ángel Varillas Marín
- Méd. Yvon Camacho Barreto
- Méd. Liesel Ludowieg Casinelli
- Méd. Clara Huamán Aguado
- Méd. Donald Jack Cabrera Astudillo
- Méd. José Bojórquez De la Torre
- Méd. Armando Torres Olivera
- Méd. Juana Ysabel Villa Morocho
- Ps. Lourdes Mercedes López Moreno
- Ps. Leandro Iván Lizárraga Ramos
- Lic. Enf. Carmen Olga Malpica Chihua
- Lic. Enf. Zita Silvia Cjagua Huanachi
- Lic. Enf. Doris Pilar Alarco Aguirre



### 5.2.4 PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2021

Con Resolución Directoral N° 010-2021-DG-HVLH de fecha 01FEB2021 se aprueba el "Plan Anual de Gestión de la Calidad 2021" del Hospital Víctor Larco Herrera.

### **5.2.5 COMUNICACIÓN DEL INICIO DE LA AUTOEVALUACIÓN**

Después de la aprobación del presente Plan de Autoevaluación.

### **5.2.6 PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2021**

Al elaborar el Plan de Autoevaluación se formaron grupos de evaluadores entre los cuales se distribuirán todos los macroprocesos a evaluar.

### **5.2.7 PRESENTACIÓN DEL INFORME DE AUTOEVALUACIÓN**

Culminado el proceso de autoevaluación por parte de los evaluadores internos, se procederá al ingreso de los datos obtenidos, en el aplicativo respectivo, para el registro y procesamiento de los resultados.

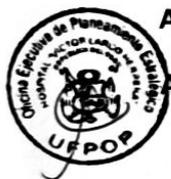
## **6. RESPONSABILIDADES**

La responsabilidad es del Equipo de Evaluadores Internos.

## **7. ANEXOS**

**Anexo 1: Cronograma de actividades para la autoevaluación 2021**

**Anexo 2: Hoja de registro de datos para autoevaluación**





**ANEXO N° 01**  
**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN 2021**

RESPONSABLE DE EQUIPO DE EVALUADORES	GRUPOS	EVALUADORES INTERNOS	MACROPROCESOS	OCTUBRE							NOVIEMBRE													
				Lun 18	Mar 19	Mie 20	Jue 21	Vie 22	Lun 25	Mar 26	Mie 27	Jue 28	Vie 29	Mar 02	Mie 03	Jue 04								
Méd. Jose Farro Sánchez	<b>GRUPO 1</b>	Med. Y von Camacho Barreto Lic. Leandro Iván Lizarraga Ramos	MP4: MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN MP19: MANEJO DEL RIESGO SOCIAL	X	X																			
	<b>GRUPO 2</b>	Lic. Lourdes Lopez Moreno Lic. Carmen Rosa Díaz Tejada	MP15: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MP18: DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN			X	X																	
	<b>GRUPO 3</b>	Lic. Zita Gjahua Huanachi Med. Donald Cabrera Astudillo Med. Juana Isabel Villa Morochu	MP5: GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES MP16: GESTIÓN DE MEDICAMENTOS				X	X																
	<b>GRUPO 4</b>	Med. José Farro Sánchez Med. Armando Torres Olivares	MP6: CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN MP9: ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN							X	X													
	<b>GRUPO 5</b>	Med. Carlos Eduardo Palacios Valdivieso Med. Judy López Anas	MP13: ATENCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MP20: NUTRICIÓN Y DIETÉTICA									X	X											
	<b>GRUPO 6</b>	Med. Clara Huamán Aguado Lic. Carmen Malpica Chihua	MP12: DOCENCIA E INVESTIGACIÓN MP22: GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA											X	X									
	<b>GRUPO 7</b>	Med. Liesel Ludowieg Casnelli Med. José Bojorquez De la Torre	MP2: GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS MP3 : GESTIÓN DE LA CALIDAD													X	X							
	<b>GRUPO 8</b>	Med. Gisella Vargas Cajahuanca Med. Alvaro Velásquez Acosta	MP1: DIRECCIONAMIENTO MP7: ATENCIÓN AMBULATORIA															X	X					
	<b>GRUPO 9</b>	Med. Luis Vilchez Salcedo Med. Rosa Zegarra Moretti	MP17: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN MP21: GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES																X	X				
	<b>GRUPO 10</b>	Med. Rudy Varillas Marin Lic. Doris Alarco Aguirre	MP10: ATENCIÓN DE EMERGENCIAS MP14: ADMISIÓN Y ALTA																				X	X



**ANEXO N° 02**

**HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN**

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

Macroproceso: \_\_\_\_\_

Evaluador(es):  
 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Servicios evaluados:  
 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

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 Evaluadores \_\_\_\_\_  
 Participantes \_\_\_\_\_

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

**8. BIBLIOGRAFÍA**

- 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".

