

 <p><b>GOBIERNO REGIONAL CALLAO</b></p>	<p><b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ 2025</b></p>		<p><b>CÓD.:</b> Plan HC- 2025-O/1.0</p> <hr/> <p><b>REV.:</b>01</p>
---	--	---	---



**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACION PARA  
LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO -  
2025**

 <b>GOBIERNO REGIONAL CALLAO</b>	<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ 2025</b>		<b>CÓD.:</b> Plan HC-2025-O/1.0 <b>REV.:</b> 01
--	---	--	--

## INDICE

<b>1.</b>	<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>JUSTIFICACION .....</b>	<b>4</b>
<b>3.</b>	<b>FINALIDAD .....</b>	<b>5</b>
<b>4.</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>5</b>
<b>5.</b>	<b>ALCANCE .....</b>	<b>6</b>
<b>6.</b>	<b>BASE LEGAL .....</b>	<b>6</b>
<b>7.</b>	<b>CONTENIDO Y METODOLOGIA DE EVALUACION .....</b>	<b>7</b>
<b>8.</b>	<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION .....</b>	<b>17</b>
<b>9.</b>	<b>EQUIPO DE ACREDITACION Y EQUIPO DE EVALUACION .....</b>	<b>21</b>
<b>10.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>22</b>
<b>11.</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>22</b>

 <b>GOBIERNO REGIONAL CALLAO</b>	<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ 2025</b>		<b>CÓD.:</b> Plan HC-2025-O/1.0 <b>REV.:</b> 01
--	---	---	--

## 1. INTRODUCCIÓN

El Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, establecido mediante la Resolución M. N° 519-2006/MINSA, reconoce la acreditación de los establecimientos de salud como un proceso fundamental dentro de la garantía y mejora continua de la calidad. Este proceso busca optimizar el desempeño de las instituciones de salud, asegurando que la atención brindada sea efectiva, eficiente, segura y, sobre todo, orientada a la plena satisfacción de los usuarios. La implementación de este sistema contribuye de manera significativa a elevar los estándares de calidad en los servicios de salud, garantizando la seguridad y bienestar de quienes reciben atención.

La Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02, aprobada el 4 de junio de 2007 mediante la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, regula el proceso de acreditación de los establecimientos de salud. Uno de los primeros pasos en este proceso es la autoevaluación, la cual debe organizarse dentro de un plan de trabajo anual. Este plan incluye un conjunto de pautas y estándares que guían a las instituciones de salud en su camino hacia el cumplimiento de los objetivos de calidad, permitiendo un avance progresivo y firme hacia la mejora continua de sus servicios.

La autoevaluación constituye la fase inicial y obligatoria del proceso de acreditación. En esta etapa, los establecimientos de salud, con un equipo interno de evaluadores capacitados previamente, utilizan el Listado de Estándares de Acreditación para realizar una evaluación interna. Esta evaluación permite medir el grado de cumplimiento de los estándares y, a su vez, identificar tanto las fortalezas como las áreas de mejora necesarias para avanzar hacia el cumplimiento total de los requisitos de calidad establecidos.

La acreditación es un proceso de evaluación externa y periódica que se centra en comparar el desempeño de los prestadores de servicios de salud con estándares alcanzables y óptimos, establecidos y comprendidos por los profesionales en el área. Este proceso busca promover la mejora continua de la calidad en la atención y fomentar el desarrollo integral y armónico de las unidades que conforman un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

 <b>GOBIERNO REGIONAL CALLAO</b>	<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ 2025</b>		<b>CÓD.:</b> Plan HC-2025-O/1.0 <b>REV.:</b> 01
--	---	--	--

Actualmente, el Ministerio de Salud es la entidad encargada de acreditar a los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, tras el cumplimiento de dos fases esenciales: la autoevaluación y la evaluación externa. Una vez cumplidos estos requisitos, se otorga la constancia de acreditación mediante una Resolución Ministerial. En los últimos dos años, la autoevaluación ha adquirido una importancia fundamental para los establecimientos de salud, ya que forma parte del Convenio de Gestión – Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora que se firma anualmente con el MINSA. Este convenio establece el compromiso de cumplir con los estándares necesarios para garantizar una atención de calidad, orientada siempre a la mejora continua y a la satisfacción de los usuarios.

Los servicios de salud deben demostrar que su desempeño está en constante evolución hacia la mejora continua. Por ello, la acreditación se convierte en un factor clave para lograr una mayor percepción de satisfacción en los usuarios, garantizando la seguridad y la calidad en la atención sanitaria.

El presente plan detalla los aspectos técnicos necesarios para la ejecución de la evaluación interna, incluyendo los objetivos, la metodología, el cronograma de actividades, los equipos de acreditación, los evaluadores internos y los instrumentos que se emplearán en el proceso de evaluación.

## 2. JUSTIFICACION

La acreditación de una institución de salud es un proceso clave para asegurar la calidad en la atención y el cumplimiento de estándares nacionales e internacionales. El Hospital San José del Callao, con su misión de brindar atención médica integral, de calidad y accesible, tiene la responsabilidad de garantizar la mejora continua de sus procesos internos, la competencia de su personal y la satisfacción de sus pacientes. En este contexto, el desarrollo de un Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2025 es esencial para asegurar que la institución cumpla con los requisitos y criterios establecidos por las entidades acreditadoras.

 <b>GOBIERNO REGIONAL CALLAO</b>	<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ 2025</b>		<b>CÓD.:</b> Plan HC-2025-O/1.0 <b>REV.:</b> 01
--	---	--	--

### 3. FINALIDAD

El Plan de Autoevaluación del Hospital San José del Callao se fundamenta en el cumplimiento de las normativas del Ministerio de Salud, que establecen la obligación de que los establecimientos de salud, tanto públicos como privados, realicen al menos dos autoevaluaciones al año.

Para el año 2025, es imprescindible llevar a cabo una nueva autoevaluación, dado que, según los resultados obtenidos en 2024, nuestro establecimiento se encuentra en un proceso de mejora continua con el objetivo de alcanzar un puntaje favorable y lograr la acreditación.

### 4. OBJETIVOS

#### 3.1. Objetivo General

Lograr obtener el nivel aprobatorio mínimo en los estándares de calidad para que el Hospital San José del Callao se someta a una evaluación externa y acredite como establecimiento de salud que brinda prestaciones de calidad.

#### 3.2. Objetivos Específicos

- "Fortalecer las competencias del Equipo de Evaluadores Internos mediante la formación de un equipo de miembros, realizando sesiones de capacitación especializadas y asistencias técnicas a lo largo del año, con el fin de asegurar una evaluación más efectiva y alineada con los estándares establecidos."
- "Desarrollar y ejecutar el proceso de autoevaluación con la participación activa de la Dirección, el Equipo de Acreditación y los Evaluadores Internos, asegurando que se cumpla el cronograma establecido y que cada grupo aporte al menos dos sugerencias clave para la mejora del proceso durante las sesiones de evaluación."
- Implementar acciones de mejora de acuerdo a las observaciones recogidas en la autoevaluación, realizando un monitoreo y un seguimiento post-autoevaluación para garantizar la efectividad y el cumplimiento de dichas acciones."

 <b>GOBIERNO REGIONAL CALLAO</b>	<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ 2025</b>		<b>CÓD.:</b> Plan HC-2025-O/1.0 <b>REV.:</b> 01
--	---	--	--

## 5. ALCANCE

El presente Plan de Autoevaluación para la Acreditación - 2025 es de conocimiento, aplicación y cumplimiento obligatorio en todas las áreas, servicios. Departamentos y unidades del Hospital San José del Callao.

## 6. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 - Ley General de Salud y su modificatoria.
- Ley N° 27658 - Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley N° 29344 - Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 30895 – Ley que Fortalece la Función rectora del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1161 – Decreto Legislativo que Aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 030-2002-PCM, Reglamento de la Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el “Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud” y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 123-2018-PCM, que aprueba el Reglamento del Sistema Administrativo de Modernización de la Gestión Pública.
- Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N°047-2004-DGSP/MINSA-V.01: “Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud”.
- 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° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS 050-MINSA/DGSP-V.02 “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de

 <b>GOBIERNO REGIONAL CALLAO</b>	<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ 2025</b>		<b>CÓD.:</b> Plan HC-2025-O/1.0 <b>REV.:</b> 01
--	---	--	--

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 Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Política Nacional de Calidad en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N°021-MINSA/DGSP-V.03
- Resolución Ministerial N° 896-2017/MINSA, que crea en la “Secretaría General del Ministerio de Salud, la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud” y su modificatoria.
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueban las “Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- Resolución de Gestión Pública N° 011-2022-PCM/SGP que aprueba la Norma Técnica N° 001-2022-PCM-SGP “Norma Técnica para la Gestión de la Calidad de Servicios del Sector Público”.
- Resolución Directoral N° 000098-2025-GRC/DE-HSJ, que aprueba la conformación del Equipo de Acreditación de Establecimiento para el año 2025 del Hospital San José.
- Resolución Directoral N° 000103-2025-GRC/DE-HSJ, que aprueba la conformación del “Equipo de Evaluadores Internos para la Auto evaluadores para el periodo 2025”.

## **7. CONTENIDO Y METODOLOGIA DE EVALUACION**

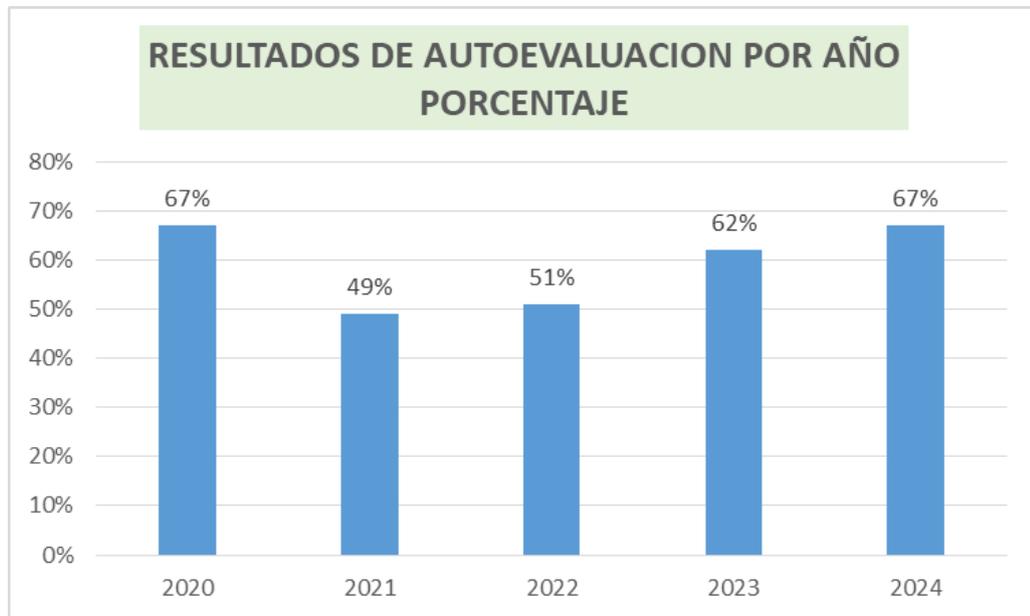
### **7.1. ANTECEDENTES**

El Plan de Autoevaluación del Hospital San José del Callao se sustenta en el cumplimiento de las normativas establecidas por el Ministerio de Salud, las cuales disponen que los establecimientos de salud, tanto del sector público como privado, deben realizar al menos dos autoevaluaciones al año.



Para el año 2025, resulta esencial la ejecución de una nueva autoevaluación, en virtud de los resultados obtenidos en el año 2024, los cuales evidencian que el establecimiento se encuentra en un proceso de mejora continua. Dicho proceso tiene como finalidad la obtención de un puntaje óptimo que permita cumplir con los estándares exigidos para lograr la Acreditación.

**GRAFICO N° 1**



**Fuente: Unidad de Gestión de la Calidad - HSJ**

**GRAFICA N°01:** Se puede observar la tendencia de la Autoevaluación por años, siendo hasta el año 2024 el Hospital San José del Callao con 67% de puntaje obtenido.

**CUADRO N° 1**

**Resultados de Autoevaluación Hospital San José del Callao 2024 por Categoría**

**CATEGORIA GERENCIAL**



	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje Global</b>
Direccionamiento	55.88	<b>70.86</b>
Gestión de Recursos Humanos	79.41	
Gestión de la Calidad	81.71	
Manejo del Riesgo de Atención	75.27	
Gestión de Seguridad ante Desastres	75.00	
Control de la Gestión y Prestación	61.54	

**CATEGORIA PRESTACIONAL**

	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje Global</b>
Atención Ambulatoria	82.50	<b>73.30</b>
Atención Extramural	0.00	
Atención de Hospitalización	88.89	
Atención de Emergencias	47.37	
Atención Quirúrgica	100	
Docencia e Investigación	37.50	

**CATEGORIA APOYO**

	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje Global</b>
Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	81.82	<b>49.82</b>
Admisión y Alta	58.57	
Referencia y Contrareferencia	32.35	
Gestión de Medicamentos	65.38	
Gestión de la Información	47.83	
Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	51.72	

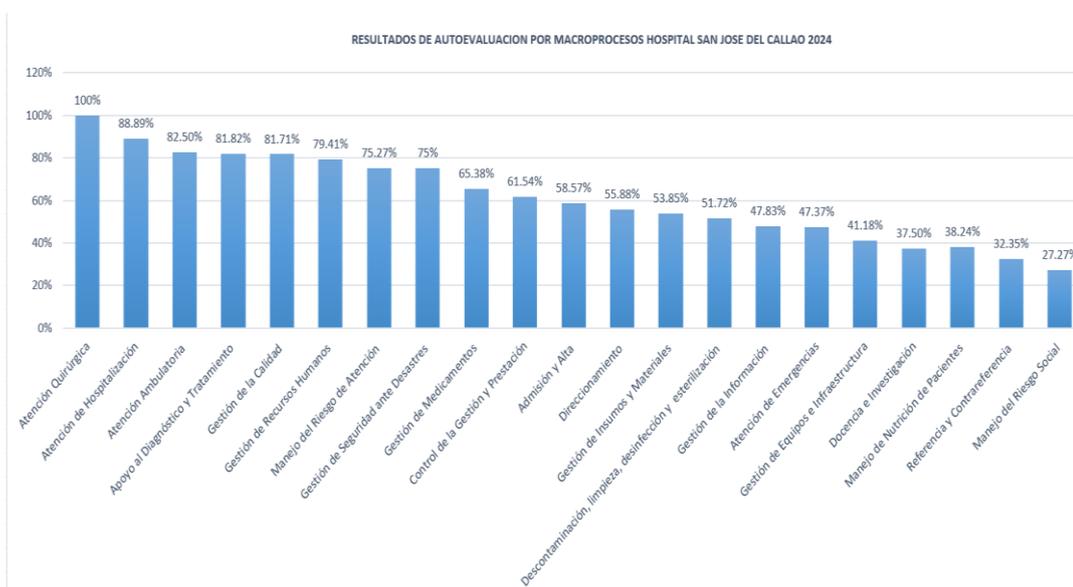
Manejo del Riesgo Social	27.27
Manejo de Nutrición de Pacientes	38.24
Gestión de Insumos y Materiales	53.85
Gestión de Equipos e Infraestructura	41.18

**Resultado Total: 67 %**

**Fuente: Unidad de Gestión de la Calidad - HSJ**

Los resultados de la Autoevaluación por categorías nos demuestran que la categoría “Gerencial” obtuvo un porcentaje de 70.86%, la categoría “Prestacional” obtuvo un puntaje de 73.30% y la categoría “Apoyo” obtuvo un puntaje de 49.82%. Se obtiene un pontaje general del 67%.

### GRAFICO N° 2



**Fuente: Unidad de Gestión de la Calidad - HSJ**

**GRAFICO N°02:** Se observa que existen macroprocesos con puntaje favorable del 100%. Sin embargo, existen macroprocesos con puntajes por debajo del 30% que deben mejorar.

 <p><b>GOBIERNO REGIONAL CALLAO</b></p>	<p><b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ 2025</b></p>		<p><b>CÓD.:</b> Plan HC-2025-O/1.0</p> <hr/> <p><b>REV.:</b>01</p>
---	--	---	--

## 7.2. METODOLOGIA DE EVALUACION

El proceso de Autoevaluación consiste en la evaluación de los Estándares de Calidad para el II nivel de atención, el cual es realizado por los evaluadores internos en cada macroproceso.

A continuación, se desarrolla los puntos clave para el desarrollo de la Autoevaluación:

### a. Definiciones operativas:

- ✓ **Autoevaluación:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la 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 evacuación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.
  
- ✓ **Acreditación:** Proceso de evaluación externa, periódica, 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.
  
- ✓ **Constancia para la acreditación:** Documento emitido por la Comisión Nacional Sectorial o la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud, que garantiza que el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo cumple con los estándares establecidos según niveles luego de la evaluación externa.
  
- ✓ **Criterios de evaluación:** Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.

 <p><b>GOBIERNO REGIONAL CALLAO</b></p>	<p><b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ 2025</b></p>		<p><b>CÓD.:</b> Plan HC-2025-O/1.0</p> <hr/> <p><b>REV.:</b>01</p>
---	--	---	--

- ✓ **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.
  
- ✓ **Evaluador Interno:** Es el trabajador de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del proceso de acreditación. Tiene competencia para desarrollar su labor únicamente en su propia institución u organización de similar nivel y categoría.
  
- ✓ **Evaluador Externo:** Es la persona que desarrolla la fase de evaluación externa del proceso de acreditación. Tiene competencia para llevarla a cabo en los tres niveles de atención.
  
- ✓ **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 la fase anterior de autoevaluación. Es una fase necesaria para acceder tanto a la Constancia para la Acreditación como a la Resolución Ministerial o Resolución Ejecutiva Regional según corresponda de la condición de Acreditado.
  
- ✓ **Guía Técnica del Evaluador:** Documento técnico que describe la metodología a seguir en las diferentes fases de la acreditación. Con especial énfasis en la verificación en los criterios de evaluación del estándar para su correcta calificación, con la finalidad de garantizar la total objetividad del proceso.
  
- ✓ **Informe técnico de la autoevaluación:** Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo del Avanzando hacia la acreditación, proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.

 <b>GOBIERNO REGIONAL CALLAO</b>	<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ 2025</b>		<b>CÓD.:</b> Plan HC-2025-O/1.0 <b>REV.:</b> 01
--	---	--	--

✓ **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 médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.

✓ **Macroproceso:** Es un proceso de mayor complejidad en una organización, el cual a su vez agrupa a varios procesos.

**b. Macroprocesos a evaluar**

El Hospital San José del Callao tiene la categoría II- 2, por lo tanto, corresponde evaluar los siguientes macroprocesos:

**Macroprocesos a evaluar al Hospital San José – Callao**

N°	CATEGORIA	MACROPROCESOS
1	GERENCIAL	Direccionamiento
2		Gestión de Recursos Humanos
3		Gestión de la Calidad
4		Manejo del Riesgo de Atención
5		Gestión de Seguridad ante Desastres
6		Control de la Gestión y Prestación
7	PRESTACIONAL	Atención Ambulatoria
9		Atención de Hospitalización
10		Atención de Emergencias
11		Atención Quirúrgica
12		Docencia e Investigación
13	APOYO	Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
14		Admisión y Alta
15		Referencia y Contrareferencia
16		Gestión de Medicamentos
17		Gestión de la Información
18		Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización
19		Manejo del Riesgo Social
20		Manejo de Nutrición de Pacientes
21		Gestión de Insumos y Materiales
22		Gestión de Equipos e Infraestructura

 <b>GOBIERNO REGIONAL CALLAO</b>	<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ 2025</b>		<b>CÓD.:</b> Plan HC-2025-O/1.0 <b>REV.:</b> 01
--	---	---	--

### c. Requerimientos Básicos

Para llevar a cabo la Autoevaluación es necesario contar con los siguientes requerimientos:

- Evaluadores seleccionados y capacitados.
- NTS 050-MINSA/DGSP-V.02 “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo” y sus modificatorias.
- Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud para el II nivel de atención.
- Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Hojas de Registro de Datos para la Evaluación y de Recomendaciones.
- Aplicativo informático para el registro y procesamiento de resultados.

### d. Pasos de la Autoevaluación

La Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital San José del Callao, en el marco del cumplimiento los Criterios de Programación que rigen las actividades establecidas, realizará las siguientes actividades:

### e. Conformación / Actualización / Oficialización y publicación del Equipo de Acreditación y Evaluadores Internos:

Los acreditadores estarán conformados por el equipo multidisciplinario de los departamentos y Unidades designados oficialmente con resolución directoral, de igual manera se debe conformar los equipos de evaluadores internos con resolución directoral. De forma complementaria cada equipo se organizará internamente para el cumplimiento de las actividades. Lo que dará inicio al proceso de la autoevaluación. Los equipos antes mencionados deberán disponer del tiempo necesario para cumplir con los objetivos ya

 <b>GOBIERNO REGIONAL CALLAO</b>	<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ 2025</b>		<b>CÓD.:</b> Plan HC-2025-O/1.0 <b>REV.:</b> 01
--	---	---	--

establecidos y remitirán sus informes al coordinador de la Autoevaluación de la Unidad de Gestión de la calidad.

**f. Capacitación de evaluadores internos – Certificación:**

Se solicitará la capacitación de los evaluadores internos en la Unidad de Gestión de la Calidad con la finalidad de fortalecer sus conocimientos con respecto a este tipo evaluación para establecimientos de salud.

**g. Elaboración, aprobación y publicación del Plan de Autoevaluación:**

El equipo de evaluadores internos elabora el Plan de Autoevaluación para la Acreditación para ser elevado a la Dirección General y aprobado con resolución directoral. Presentación del Plan de Autoevaluación a la Dirección Ejecutiva y socialización con las jefaturas de los servicios asistenciales y administrativos orientados a sensibilizar al personal de salud en general, sobre el proceso de Autoevaluación y Acreditación. Para el cual se realizará la presentación del plan en reunión del equipo de gestión (a cargo del Comité de Autoevaluación) y la publicación de este en la página web institucional

**h. Comunicación del inicio de la autoevaluación:**

Se comunicará en forma oficial el inicio de la Autoevaluación con informe a la Dirección General del Hospital San José del Callao y con oficio a la DIRESA CALLAO.

**i. Ejecución de la autoevaluación y remisión del informe técnico final:**

Establecido el cronograma de actividades se procederá a la revisión de la normatividad a ser aplicada en el proceso de autoevaluación por cada uno de los integrantes del equipo evaluador, de forma complementaria se realizará la organización de tareas y metas por los responsables de equipos, para proceder al desarrollo de la autoevaluación acorde al cronograma establecido.

 <b>GOBIERNO REGIONAL CALLAO</b>	<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ 2025</b>		<b>CÓD.:</b> Plan HC-2025-O/1.0 <b>REV.:</b> 01
--	---	--	--

Elaboración de los informes de cada equipo evaluador y remisión al Equipo de Calidad que se encargará de la consolidación de los resultados y redactará el INFORME TECNICO DE AUTOEVALUACION que debe ser elevado a la Dirección General. Presentación del Informe técnico: Esta actividad será coordinada por el Comité de Acreditación y la Dirección ejecutiva (a fin de definir la fecha y el espacio en las reuniones de gestión), en un plazo no mayor de 15 días de haberse remitido el informe técnico final. Se debe generar Acta de reunión. Remitir el Informe Técnico de Autoevaluación a la Unidad de Gestión de la Calidad de la DIRESA-CALLAO. Finalmente, se procederá a la retroalimentación a las jefaturas.

**j. Monitoreo y seguimiento de las acciones de mejora:**

Las áreas, servicios, departamentos y unidades proceden a implementar las acciones de mejora, que son actividades para levantar las observaciones emitidas por los evaluadores internos. La Oficina de Calidad en Salud monitoriza y hace el seguimiento de los avances, consolidando toda la información en el informe final de mejora post autoevaluación.

**7.3. Puntajes y resultados**

De acuerdo a los resultados obtenidos en la Autoevaluación, nuestro establecimiento podrá aprobar o desaprobar para seguir una Evaluación Externa:

<b>ACREDITADO</b>	= > 85% del cumplimiento de los estándares.
<b>CALIFICACIONES</b>	
NO APROBADO (< 50%)	Reiniciar desde Autoevaluación
NO APROBADO (50% - 69%)	Subsanar en 9 meses
NO APROBADO (70%-84%)	Subsanar en 6 meses
APROBADO (85% o más)	Evaluación externa

	<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ 2025</b>		<b>CÓD.:</b> Plan HC-2025-O/1.0
			<b>REV.:</b> 01

## 8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION

### 8.1. Matriz de Cumplimiento de Actividades del Plan De Autoevaluación del Hospital San José del Callao – 2025.

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES	FUENTE DE VERIFICADOR	META	CRONOGRAMA 2025												RESPONSABLES	
					I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE			IV TRIMESTRE				
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC		
Lograr obtener el nivel aprobatorio mínimo en los estándares de calidad para que el Hospital San José del Callao se someta a una evaluación externa y acredite como establecimiento de salud que brinda prestacione	Fortalecer las competencias del Equipo de Evaluadores Internos mediante la formación de un equipo de miembros, realizando sesiones de capacitación y especializadas y asistencias técnicas a lo largo del año, con el fin de asegurar una evaluación más efectiva y alineada con los estándares establecidos."	Conformación, actualización, oficialización y publicación del Equipo de Acreditación y Evaluadores Internos	Resolución Directoral	2		X											Dirección General Asesoría Legal	
		Capacitación de equipos de Acreditación y Evaluadores Internos	Informe	1								X						Unidad de Gestión de la Calidad
	"Desarrollar y ejecutar el proceso de autoevaluación con la participación activa de la Dirección, el Equipo de Acreditación y los Evaluadores Internos, asegurando que se cumpla el cronograma establecido y que cada	Elaboración, aprobación y publicación del Plan de Autoevaluación e Informe de Evaluación del Plan de Autoevaluación	Plan Resolución Directoral / Informe	1			X											Unidad de Gestión de la Calidad Evaluadores internos
		Difusión de los Estándares de Calidad en Salud	Circular/informe	2			X						X					Unidad de Gestión de la Calidad



**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ 2025**



**CÓD.:** Plan HC-2025-O/1.0

**REV.:**01

s de calidad.	grupo aporte al menos dos sugerencias clave para la mejora del proceso durante las sesiones de evaluación.	Comunicación del inicio de Autoevaluación a la Dirección General del Hospital San José del Callao y a la DIRESA Callao	Informe/Oficio	1														Equipo de Acreditación		
		Ejecución del proceso de Autoevaluación	Hoja de Registros	1															Unidad de Gestión de la Calidad	
		Informe Técnico Final de Autoevaluación con resultados	Informe/ Aplicativo de Acreditación	1														X	Unidad de Gestión de la Calidad	
	Implementar acciones de mejora de acuerdo a las observaciones recogidas en la autoevaluación, realizando un monitoreo y un seguimiento post-autoevaluación para garantizar la efectividad y el cumplimiento de dichas acciones."	Socialización de resultados con las observaciones y recomendaciones	Circular	1														X	Unidad de Gestión de la Calidad Departamentos, servicios y áreas	
		Seguimiento y monitoreo de las acciones de mejora post Autoevaluación	Circular/matriz de mejoras	1														X	X	Unidad de Gestión de la Calidad
		Informe de seguimiento y monitoreo de las acciones de mejora post Autoevaluación.	Informe	1														X	Unidad de Gestión de la Calidad	



**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ 2025**



**CÓD.:** Plan HC-2025-O/1.0

**REV.:**01

**8.2. Cronograma de Actividades para la Autoevaluación del Hospital del Hospital San José del Callao - 2025 – A.**

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES MENSUALIZADO PARA LA AUTOEVALUACIÓN A - HSJ DEL CALLAO 2025														
ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA												
		AGOSTO	SETIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE			
		19 - 20	1RA SEMANA	2DA SEMANA	3RA SEMANA	4RA SEMANA	1RA SEMANA	2DA SEMANA	3RA SEMANA	4RA SEMANA	1RA SEMANA	2DA SEMANA	3RA SEMANA	4RA SEMANA
1.Reuniones del Equipo Evaluador y Designación de Evaluador Lider	Unidad de Gestión de la Calidad													
2.Capacitación de Evaluadores	Lic. TM Magnolia Nolasco Corrales													
<b>3. MACROPROCESOS</b>														
Macroproceso 1: Direccinamiento (DIR)	Lic. TM Walter Ymael Pelaez Carbajal Representante del Servicio de Medicina Fisica y Rehabilitacion													
Macroproceso 2 : Gestión de Recursos Humanos (GRH)	Aux. Adm. Cynthia Janet Cuadros Suarez Representante de la Unidad de Gestión de la calidad													
Macroproceso 3 : Gestión de Calidad (GCA)	Med. Karina Magall Ciudad Arana Representante del Departamento de Medicina													
Macroproceso 4 : Manejo del Riesgo de la atención( MRA)	Med. Anny Gergelly Heredia Calvera Representante del Servicio de Anestesiologia													
Macroproceso 5 : Gestión de seguridad ante desastres(GSD)	Lic. TM Walter Ymael Pelaez Carbajal Representante del Servicio de Medicina Fisica y Rehabilitacion													
Macroproceso 6: Control de la gestión y prestación (CGP)	Med. Karina Magall Ciudad Arana Representante del Departamento de Medicina													
Macroproceso 7 :Atención ambulatoria (ATA)	Lic. Ps. Juan Carlos Ortiz Duclos Representante de la Unidad de Apoyo al Tratamiento- Psicología													
Macroproceso 9 :Atención de hospitalización (ATH)	Lic. Enf. Melissa Wendy Acuña Aucocahual Representante de la Unidad de Epidemiologia													
Macroproceso 10 :Atención en emergencia (EMS)	Lic. Enf. Rocio del Pilar Jave Matos Representante del Departamento de Enfermeria													
Macroproceso 11 : Atención quirúrgica(ATQ)	Lic. T.M. Magnolia Nolasco Corrales Representante de la Unidad de Gestión de la calidad													
Macroproceso 12 : Docencia e investigación (DIV)	Lic. TM Patricia Benavente Montoro de Reto Representante Servicio de Medicina Fisica y Rehabilitacion													
Macroproceso 13:Atención de apoyo al diagnostico y tratamiento(ADT)	Lic. Pamela Stefany Castelar Cardenas Representante del Departamento de Enfermeria													
Macroproceso 14 :Admisión y Alta(ADA)	Med. Erika del Rocio Jordan Cabrera Representante del Departamento de Medicina													
Macroproceso 15:Referencia y Contrareferencia(RCR)	Aux. Adm. Cynthia Janet Cuaros Suarez Representante de la Unidad de Gestión de la calidad													
Macroproceso 16:Gestión de medicamentos(GMD)	Lic. T.M. Magnolia Nolasco Corrales Representante de la Unidad de Gestión de la calidad													
Macroproceso 17:Gestión de la información(GIN)	Aux. Adm. Cynthia Janet Cuaros Suarez Representante de la Unidad de Gestión de la calidad													
Macroproceso 18:Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización(DLDE)	Lic. T.M. Magnolia Nolasco Corrales Representante de la Unidad de Gestión de la calidad													
Macroproceso 19:Manejo del Riesgo Social( MRS)	Tecn. Rad. Carlos Alberto Flores Minchon Representante del Departamento de Diagnostico por Imágenes													
Macroproceso 20: Nutrición y Dietética (NYD)	Lic. Enf. Auda Sanchez Panduro Representante del Departamento de Enfermeria													
Macroproceso 21:Gestión de insumos y materiales(GIM)	Lic. Ps. Juan Carlos Ortiz Duclos Representante de la Unidad de Apoyo al Tratamiento- Psicología													
Macroproceso 22:Gestión de equipos e infraestructura(EIF)	Aux. Adm. Cynthia Janet Cuaros Suarez Representante de la Unidad de Gestión de la calidad													
4.Procesamiento de Datos	Lic. TM Magnolia Nolasco Corrales													
5.Análisis de los Resultados	Lic. TM Magnolia Nolasco Corrales													
6.Elaboración del Informe FINAL	Lic. TM Magnolia Nolasco Corrales													
7.Presentación del Informe FINAL	Lic. TM Magnolia Nolasco Corrales													



**GOBIERNO REGIONAL CALLAO**

**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ 2025**



**CÓD.: Plan HC-2025-O/1.0**

**REV.:01**

**8.3. Cronograma de Actividades para la Autoevaluación del Hospital del Hospital San José del Callao – 2025 – B.**

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DIARIAS PARA LA AUTOEVALUACIÓN B- HSJ DEL CALLAO 2025														
ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA												
		AGOSTO 19-20	SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE			
			1RA SEMANA	2DA SEMANA	3RA SEMANA	4RA SEMANA	1RA SEMANA	2DA SEMANA	3RA SEMANA	4RA SEMANA	1RA SEMANA	2DA SEMANA	3RA SEMANA	4RA SEMANA
1.Reuniones del Equipo Evaluador y Designación de Evaluador Lider	Unidad de Gestion de la Calidad													
2.Capacitacion de Evaluadores	Lic. TM Magnolia Nolasco Corrales													
<b>3. MACROPROCESOS</b>														
Macroproceso 1: Direccionamiento (DIR)	Lic. TM Walter Ysmael Pelaez Carbajal Representante del Servicio de Medicina Fisica y Rehabilitacion	DEL 01 AL 05 DE 8.00 AM A 12.M			DEL 15 AL 19 DE 8.00 AM A 12.M	DEL 22 AL 26 DE 8.00 AM A 12.M	DEL29 AL 03 DE 8.00 AM A 12.M		DEL 13 AL 17 DE 8.00 AM A 12.M					
Macroproceso 2 : Gestión de Recursos Humanos (GRH)	Aux. Adm. Cynthia Janet Cueros Suarez Representante de la Unidad de Gestión de la calidad		DEL 08 AL 12 DE 8.00 AM A 12.M		DEL 22 AL 26 DE 8.00 AM A 12.M		DEL 06 AL 10 DE 8.00 AM A 12.M		DEL 20 AL 24 DE 8.00 AM A 12.M					
Macroproceso 3 : Gestión de Calidad (GCA)	Med. Karina Magalli Ciudad Arana Representante del Departamento de Medicina			DEL 15 AL 19 DE 8.00 AM A 12.M				DEL 13 AL 17 DE 8.00 AM A 12.M						
Macroproceso 4 : Manejo del Riesgo de la atención( MRA)	Med. Anny Gergelly Haredia Calvera Representante del Servicio de Anestesiologia	DEL 01 AL 05 DE 8.00 AM A 12.M	DEL 08 AL 12 DE 8.00 AM A 12.M				DEL29 AL 03 DE 8.00 AM A 12.M							
Macroproceso 5 : Gestión de seguridad ante desastres(GSD)	Lic. TM Walter Ysmael Pelaez Carbajal Representante del Servicio de Medicina Fisica y Rehabilitacion					DEL 22 AL 26 DE 8.00 AM A 12.M		DEL 06 AL 10 DE 8.00 AM A 12.M		DEL 20 AL 24 DE 8.00 AM A 12.M				
Macroproceso 6: Control de la gestión y prestación (CGP)	Med. Karina Magalli Ciudad Arana Representante del Departamento de Medicina		DEL 08 AL 12 DE 8.00 AM A 12.M					DEL 13 AL 17 DE 8.00 AM A 12.M						
Macroproceso 7 :Atención ambulatoria (ATA)	Lic. Ps. Juan Carlos Ortiz Duclos Representante de la Unidad de Apoyo al Tratamiento- Psicología				DEL 15 AL 19 DE 8.00 AM A 12.M		DEL 06 AL 10 DE 8.00 AM A 12.M							
Macroproceso 9 :Atención de hospitalización (ATH)	Lic. Enf. Melissa Wendy Acuña Aucahuasi Representante de la Unidad de Epidemiologia	DEL 01 AL 05 DE 8.00 AM A 12.M			DEL 22 AL 26 DE 8.00 AM A 12.M	DEL29 AL 03 DE 8.00 AM A 12.M			DEL 20 AL 24 DE 8.00 AM A 12.M					
Macroproceso 10 :Atención en emergencia (EMG)	Lic. Enf. Rocio del Pilar Jave Matos Representante del Departamento de Enfermeria		DEL 08 AL 12 DE 8.00 AM A 12.M					DEL 13 AL 17 DE 8.00 AM A 12.M						
Macroproceso 11 : Atención quirúrgica(ATQ)	Lic. T.M. Magnolia Nolasco Corrales Representante de la Unidad de Gestión de la calidad	DEL 01 AL 05 DE 8.00 AM A 12.M			DEL 15 AL 19 DE 8.00 AM A 12.M			DEL 06 AL 10 DE 8.00 AM A 12.M		DEL 20 AL 24 DE 8.00 AM A 12.M				
Macroproceso 12 : Docencia e investigación (DIV)	Lic. TM Patricia Benavente Montoro de Reto Representante Servicio de Medicina Fisica y Rehabilitacion		DEL 08 AL 12 DE 8.00 AM A 12.M			DEL 22 AL 26 DE 8.00 AM A 12.M		DEL 06 AL 10 DE 8.00 AM A 12.M	DEL 13 AL 17 DE 8.00 AM A 12.M					
Macroproceso 13:Atención de apoyo al diagnostico y tratamiento(ADT)	Lic. Pamela Stefany Castellar Cardenas Representante del Departamento de Enfermeria				DEL 15 AL 19 DE 8.00 AM A 12.M		DEL29 AL 03 DE 8.00 AM A 12.M		DEL 20 AL 24 DE 8.00 AM A 12.M					
Macroproceso 14 :Admisión y Alta(ADA)	Med. Erika del Rocio Jordan Cabrera Representante del Departamento de Medicina	DEL 01 AL 05 DE 8.00 AM A 12.M				DEL 22 AL 26 DE 8.00 AM A 12.M		DEL 13 AL 17 DE 8.00 AM A 12.M						
Macroproceso 15:Referencia y Contrareferencia(RCR)	Aux. Adm. Cynthia Janet Cueros Suarez Representante de la Unidad de Gestión de la calidad		DEL 08 AL 12 DE 8.00 AM A 12.M					DEL 06 AL 10 DE 8.00 AM A 12.M						
Macroproceso 16:Gestión de medicamentos(GMD)	Lic. T.M. Magnolia Nolasco Corrales Representante de la Unidad de Gestión de la calidad				DEL 15 AL 19 DE 8.00 AM A 12.M		DEL29 AL 03 DE 8.00 AM A 12.M		DEL 13 AL 17 DE 8.00 AM A 12.M	DEL 20 AL 24 DE 8.00 AM A 12.M				
Macroproceso 17:Gestión de la información(GN)	Aux. Adm. Cynthia Janet Cueros Suarez Representante de la Unidad de Gestión de la calidad	DEL 01 AL 05 DE 8.00 AM A 12.M				DEL 22 AL 26 DE 8.00 AM A 12.M		DEL 06 AL 10 DE 8.00 AM A 12.M		DEL 20 AL 24 DE 8.00 AM A 12.M				
Macroproceso 18:Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización(DLDE)	Lic. T.M. Magnolia Nolasco Corrales Representante de la Unidad de Gestión de la calidad				DEL 15 AL 19 DE 8.00 AM A 12.M		DEL29 AL 03 DE 8.00 AM A 12.M							
Macroproceso 19:Manejo del Riesgo Social( MRS)	Tecn. Rad. Carlos Alberto Flores Minchon Representante del Departamento de Diagnostico por Imágenes		DEL 08 AL 12 DE 8.00 AM A 12.M			DEL 22 AL 26 DE 8.00 AM A 12.M			DEL 13 AL 17 DE 8.00 AM A 12.M					
Macroproceso 20: Nutrición y Dietética (NYD)	Lic. Enf. Auda Sanchez Panduro Representante del Departamento de Enfermeria				DEL 15 AL 19 DE 8.00 AM A 12.M			DEL 06 AL 10 DE 8.00 AM A 12.M		DEL 20 AL 24 DE 8.00 AM A 12.M				
Macroproceso 21:Gestión de insumos y materiales(GIM)	Lic. Ps. Juan Carlos Ortiz Duclos Representante de la Unidad de Apoyo al Tratamiento- Psicología	DEL 01 AL 05 DE 8.00 AM A 12.M				DEL 22 AL 26 DE 8.00 AM A 12.M		DEL 06 AL 10 DE 8.00 AM A 12.M		DEL 20 AL 24 DE 8.00 AM A 12.M				
Macroproceso 22:Gestión de equipos e infraestructura(EIF)	Aux. Adm. Cynthia Janet Cueros Suarez Representante de la Unidad de Gestión de la calidad		DEL 08 AL 12 DE 8.00 AM A 12.M	DEL 15 AL 19 DE 8.00 AM A 12.M			DEL29 AL 03 DE 8.00 AM A 12.M		DEL 13 AL 17 DE 8.00 AM A 12.M					
4.Procesamiento de Datos	Lic. TM Magnolia Nolasco Corrales													
5.Análisis de los Resultados	Lic. TM Magnolia Nolasco Corrales													
6.Elaboración del Informe FINAL	Lic. TM Magnolia Nolasco Corrales													
7.Presentación del Informe FINAL	Lic. TM Magnolia Nolasco Corrales													

 <b>GOBIERNO REGIONAL CALLAO</b>	<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ 2025</b>		<b>CÓD.:</b> Plan HC-2025-O/1.0
			<b>REV.:</b> 01

## 9. EQUIPO DE ACREDITACION Y EQUIPO DE EVALUACION

El Comité de Acreditación del Hospital San José, junto con el equipo de Evaluadores internos, serán los responsables de la implementación, seguimiento y monitoreo del presente plan, con el respaldo y apoyo de la Dirección Ejecutiva y la Unidad de Gestión de la Calidad.

### 9.1. Equipo de Acreditación:

El Equipo de Acreditación del Hospital San José del Callao- 2025, se encuentra aprobado con Resolución Directoral N°000098-2025-GRC/DE-HSJ.

#### EQUIPO DE ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSE DEL CALLAO – 2025

INTEGRANTES	CARGO	DEPENDENCIA
Lic. TM Magnolia Miriam Nolasco Corrales	Coordinador Autoevaluación	Unidad de Gestión de la Calidad
Dra. Claudia Liliana Ontaneda Gonzales	Miembro	Departamento de Cirugía
Dra. Humberto Jacinto Vizcarra Valencia	Miembro	Departamento de Pediatría

### 9.2. Equipo de Evaluadores Internos:

Equipo Institucional de Evaluadores Internos del Hospital San José del Callao 2025, está conformado por diversos profesionales asistenciales y administrativos y se encuentra aprobado con Resolución Directoral N°000103-2025-GRC/DE-HSJ. Asimismo, se encuentran identificados el Coordinador de la Autoevaluación y el Evaluador Líder:

 <b>GOBIERNO REGIONAL CALLAO</b>	<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ 2025</b>		<b>CÓD.:</b> Plan HC-2025-O/1.0
			<b>REV.:</b> 01

<b>EVALUADOR INTERNO</b>	<b>Cargo</b>	<b>DPTO/SERVICIO/AREA/UNIDAD</b>
Lic. T.M. Magnolia Miriam Nolasco Corrales	Evaluador Líder	Unidad de Gestión de la Calidad
Dra Anny Gergelly Heredia Calvera	Evaluador	Servicio de Anestesiología
Dra Erika del Rocio Jordán Cabrera	Evaluador	Departamento de Medicina – Endocrinología
Lic. Enf. Melissa Wendy Acuña Auccahuasi	Evaluador	Unidad de Epidemiología
Aux. Adm. Cynthia Janet Cuadros Suarez	Evaluador	Unidad de Gestión de la Calidad
Dra. Karina Magaly Ciudad Arana	Evaluador	Departamento de Medicina
Lic. Enf. Auda Sánchez Panduro	Evaluador	Departamento de Enfermería
Tec Rad. Carlos Alberto Flores Minchón	Evaluador	Departamento de Diagnóstico por Imagen
Lic. Enf. Rocio del Pilar Jave Matos	Evaluador	Departamento de Enfermería
Lic. Enf Pamela Stefany Castelar Cárdenas	Evaluador	Departamento de Enfermería
Lic. T.M. Zoila Patricia Benavente Montoro de Reto	Evaluador	Servicio de Medicina Física y Rehabilitación
Lic. T.M Walter Ysmael Peláez Carbajal	Evaluador	Servicio de Medicina Física y Rehabilitación
Lic. Ps. Juan Carlos Ortiz Duclos	Evaluador	Unidad de Apoyo al Tratamiento- Psicología

## 10. ANEXOS

- **ANEXO 01 – HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA EVALUACIÓN**
- **ANEXO 02 – HOJA DE RECOMENDACIONES**

**ANEXO 01 – HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA EVALUACIÓN**

<b>ESTABLECIMIENTO DE SALUD:</b>	<b>HOSPITAL SAN JOSE DEL CALLAO</b>
<b>MACROPROCESO:</b>	
<b>EVALUADOR (ES):</b>	
<b>SERVICIOS EVALUADOS:</b>	
<b>PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN:</b>	
<b>CÓDIGO DEL ESTÁNDAR:</b>	
<b>FECHA:</b>	

<b>CÓDIGO DE CRITERIO DE EVALUACIÓN</b>	<b>PUNTAJE</b>	<b>FUENTE AUDITABLE</b>	<b>TÉCNICA UTILIZADA SUSTENTO DEL PUNTAJE -</b>	<b>COMENTARIOS</b>

**ANEXO 02 – HOJA DE RECOMENDACIONES**

<b>ESTABLECIMIENTO DE SALUD:</b>	<b>HOSPITAL SAN JOSE DEL CALLAO</b>
<b>MACROPROCESO:</b>	
<b>EVALUADOR(ES):</b>	
<b>SERVICIOS EVALUADOS:</b>	
<b>PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN:</b>	
<b>CÓDIGO DEL ESTÁNDAR:</b>	
<b>FECHA:</b>	

<b>CÓDIGO DE CRITERIO DE EVALUACIÓN</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>