



Sección Fiscalización de  
Laboratorios Clínico

## FORMATO DE CRONOGRAMA PARA LA EVALUACIÓN DE PRESTADORES EN TERRENO

Nombre del prestador a evaluar:						
Nombre de la Entidad Acreditadora: <i>(Si la EA desea agregar el logo institucional lo puede hacer)</i>						
Fecha de evaluación en terreno:						
Nº de días de evaluación en terreno: <i>(dependiendo de los días destinados para evaluar, eliminar o agregar la fila en el recuadro de abajo)</i>						
Nombre Completo del Director(a) Técnico(a) del proceso:						
Número de evaluadores:						
Nombre Completo de los evaluadores y profesión: <i>(dependiendo del número de evaluadores, eliminar o agregar la fila en el recuadro de abajo)</i>						
1.						
2.						
3.						
Fecha	Horario	Evaluador Entidad	Puntos de verificación	Características	Característica N.A.	Referente Prestador
Nombre del Día 1 DD/MM/AÑO		<i>DT</i>				
		<i>Evaluador 1</i>				
		<i>Evaluador 2</i>				
		<i>Evaluador 3</i>				
		<i>Almuerzo</i>				
		<i>Evaluador 1</i>				
		<i>Evaluador 2</i>				
Nombre del Día 2 DD/MM/AÑO		<i>Evaluador 3</i>				
		<i>Almuerzo</i>				
		<i>Evaluador 1</i>				
		<i>Evaluador 2</i>				
		<i>Evaluador 3</i>				
		<i>Almuerzo</i>				
		<i>Evaluador 1</i>				
Nombre del Día 3 DD/MM/AÑO		<i>Evaluador 2</i>				
		<i>Evaluador 3</i>				
		<i>Almuerzo</i>				
		<i>Evaluador 1</i>				
		<i>Evaluador 2</i>				
		<i>Evaluador 3</i>				
		<i>DT</i>				
Observaciones:						

*Nota: Lo que esta descrito en cursiva es mero informativo y se debe eliminar una vez completado. Confeccionado el cronograma, este se debe enviar en formato pdf.*

