**PLANTILLA DE AUTOEVALUACIÓN  
ANEXO 1B  
(Informe de autoevaluación)  
PLANTILLA DE AUTOEVALUACIÓN PARA OPTAR A CAMPOS CLÍNICOS**

**DATOS DE LA UNIVERSIDAD**

* **Nombre de la Universidad:**
* **Fecha de creación de la Universidad:**
* **Domicilio Legal de la Universidad:**
* **Convenio Marco: fecha de caducidad**

**DATOS DE LA FACULTAD O ESCUELA DE MEDICINA**

* **Nombre de la Facultad o Escuela:**
* **Fecha de creación:**
* **Fecha de la creación de la unidad de posgrado:**
* **Nombre del Director, Jefe o encargado de la Unidad de Especialización:**
* **MOF de la unidad: Convenio específico, fecha de caducidad**
* **Teléfonos:**
* **Fax:**
* **Correo electrónico:**
* **Biblioteca en físico Base de datos acceso a distancia**

**DATOS DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD SEDE O POSIBLE SEDE DOCENTES**

* **Nombre de la Institución de Salud:**
* **Ubicación:**
* **Departamento: Servicio:**
* **Nombre del Director de la Institución de salud:**
* **Nombre del Jefe del Departamento:**
* **Nombre del Jefe de Servicio:**

**DATOS GENERALES DE LA SEDE DOCENTE**

* **DEPARTAMENTOS: MEDICINA CIRUGÍA PEDIATRÍA GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA**
* **LABORATORIO PATOLOGÍA RADIOLOGÍA EMERGENCIA OTROS**
* **Número de camas por departamento o servicio: TOTALES:**

**Número de profesionales Médicos por departamento o servicio:**

* **Número de consultas por departamento o servicio**
* **Número de ingresos por emergencia y consulta externa:**
* **Número de Altas:**
* **Estadística de patologías por departamento o servicio:**
* **Número de campos clínicos aprobados existentes:**
* **Número de campos clínicos de la universidad:**

**NO**

**SI**

* **Aula para reuniones o auditorio SI CAPACIDAD:**

**DEL CURRICULO**

* **Existe el currículo:**
* **Existen los sílabos:**
* **Existe un plan de estudio:**
* **Se establecen las rotaciones, sedes de rotación.**
* **Coordinador:**
* **Tutor:**

**DESCRIPCIÓN Del desarrollo de la especialización, aportes de la universidad y de la sede, rotaciones, normas de evaluación. Relación cama/Residente. Estadística/Residente.**

**FECHA: DD/MM/AA**

**FIRMA DEL DIRECTOR O JEFE DE LA UNIDAD FIRMA DEL DECANO**