



**SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN  
COORDINACIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN CIVIL  
COMITÉ NACIONAL DE EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y CERTIFICACIÓN  
PROGRAMA HOSPITAL SEGURO**

**ANEXO 11  
Evaluación Interinstitucional  
Grupo Evaluador**

<b>INSTITUCIÓN A EVALUAR</b>	<b>UNIDAD MÉDICA A EVALUAR</b>	<b>FACILITADOR</b>	<b>COORD. / EVALUADOR 1</b>	<b>EVALUADOR 2</b>	<b>EVALUADOR 3</b>	<b>CANDIDATOS A EVALUADOR</b>
	<b>HOSPITAL</b>  Director General:  Domicilio:  Tel.  Fecha: Horario:	Institución:  Nombre:  Tel.  Cel.  Correo electrónico.	Institución:  Nombre:  Tel.  Cel.  Correo electrónico.	Institución:  Nombre:  Tel.  Cel.  Correo electrónico.	Institución:  Nombre:  Tel.  Cel.  Correo electrónico.	Institución:  Nombre:  Tel. Cel. Correo Electrónico.  Especificar si es la 1ª. o 2ª. Práctica de Visita Hospitalaria