

	ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS		CÓDIGO : AP-CT-F-01-05				
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 5				
Fecha de Solicitud D/M/A		09/01/2018	Fecha de Recibido D/M/A				
DATOS DEL SOLICITANTE							
Nombre del Solicitante:		YANETH SOFIA RODRIGUEZ LEGUIZAMON					
Proceso:		DIRECTORA ADMINISTRATIVA					
Correo Electrónico y teléfono		diradministrativo@subrednorte.gov.co					
PAA(x) PROYECTO ()		SUPERVISOR DEL CONTRATO PERFIL O CARGO					
OBJETO A CONTRATAR							
La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Requiere contratar un proveedor especializado para realizar la adquisicion de servicios de papeleria pre impresa necesarios para atender las necesidades de todos los servicios, bajo parametros de calidad, accesibilidad y oportunidad.							
JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
Con el fin de dar cumplimiento a la Ley 594 de 2000, Ley General de Archivo, y al Decreto 2609 DE 2012, Por el cual se reglamenta el Título V de la Ley 594 de 2000, parcialmente los artículos 58 y 59 de la Ley 1437 de 2011 y se dictan otras disposiciones en materia de Gestión Documental para todas las Entidades del Estado, en su ANEXO "PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL (PGD), Programas específicos Permitirán lograr las metas y objetivos haciendo la distribución correspondiente a cada programa, asegurar que la entidad cuente con la documentación necesaria, se busca evidenciar su actuación, permitiendo cumplir con la política de Desarrollo Administrativo de Eficiencia Administrativa considerando la identificación, racionalización, simplificación y automatización de los trámites, los procesos, procedimientos y mejorando los sistemas de organización y recuperación, garantizando a su vez la disponibilidad y acceso de los documentos a largo plazo", entre ellos el "Programa de reprografía (incluye los sistemas de fotocopiado, impresión, digitalización y microfilmación". En este sentido es de señalar que los funcionarios y contratistas de la Subred requieren diariamente contar con formatos preimpresos que cumplan con los parametros de calidad segun la normatividad vigente.							
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*PAA
1	Prestación del servicio de papelería pre impresa (litografía)	1	Unidad	800.000	Duplicacion de formatos en papel bond de 75 gramos tamaño carta y oficio	Los pedidos de duplicacion se realizaran de manera mensual según la necesidad que tenga la Subred	
¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI_X_ NO___ CD CONTENTIVO DE LOS FORMATOS MATERIA DE OBJETO							

REQUISITOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR				
1. Licencia reprografica vigente Experiencia: el oferente debe presentar 3 constancias de contratos suscritos por el mismo objeto durante los 3 últimos años y por un valor igual o superior al presupuesto inicial destinado para este contrato con calificación de cumplimiento. 3. El oferente debe presentar en su propuesta los equipos con los que cuenta para realizar el objeto a contratar con los mínimos de características de cada uno 4. Los equipos deben ser de propiedad del contratista 5. El contratista contar con una operación logística que garantice la entrega de los preimpresos que se soliciten mensualmente a cada una de las sedes segun el requerimiento que se realizara de manera mensual por parte del supervisor del contrato, capacidad organizacional. 6. La subred realizar una visita a las instalaciones del oferente, esto para garantizar que cumpla con los equipos y los suministros necesarios para la realizacion del objeto a contratar				
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA				
TÉCNICOS X HABILITANTE	ECONÓMICOS X PUNTAJE 100 MENOR VALOR	OTROS	CUALES:	
SE REQUIERE VISITA TÉCNICA				
SI X		NO		
GARANTIAS DEL CONTRATO				
Patrimonio Autónomo	Póliza Seriedad de la Oferta	Póliza Calidad y Correcto Funcionamiento de Bienes	Póliza Pago de Salario, Prestaciones Sociales e Indemnizaciones	Póliza Seguro de Manejo de Recursos Públicos para Particulares
☐	☐	☒	☐	☐
Garantía Bancaria	Póliza Cumplimiento del Contrato	Póliza Estabilidad de Obra	Póliza Responsabilidad Civil Extracontractual	Póliza Provisión de Repuestos , Accesorios y Correcto Funcionamiento de Equipos
☐	☒	☐	☐	☐

61
9/6
1601/10
100

	ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS		CÓDIGO : AP-CT-F-01-05
			VERSIÓN : 5
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.		PÁGINA : 2 DE 2
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		FECHA : 12/06/2018

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

GENERALES:

1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS.
2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO.
3. MANTENER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA . EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD.
4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTIA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS .
5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACEN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.
6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN.
7. NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS S PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN.
9. EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS.
10. LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

ESPECIFICAS

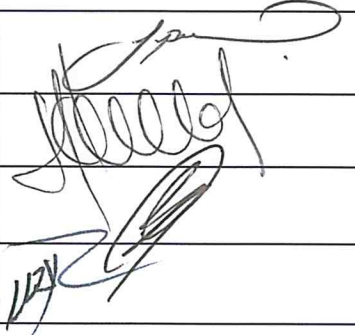
1. PRESTAR EL SERVICIO CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.
2. CONTAR CON EL PERSONAL EXIGIDO PARA LA CORRECTA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y MANTENERLO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO. DE PRESENTARSE CAMBIOS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO ÚNICAMENTE PODRÁN TENER LUGAR POR EVENTOS DE FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, Y DEBERÁN CONTAR CON LA AUTORIZACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO O POR QUIEN HAGA SUS VECES, ASÍ MISMO DEBERÁN REEMPLAZARSE CON PERSONAL DE IGUALES O MAYORES CALIDADES. DADA LA CONTINUIDAD EN EL SERVICIO A PRESTAR
3. BRINDAR A SATISFACCIÓN, LA TOTALIDAD DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES CONSIGNADOS EN LA PROPUESTA ACEPTADA, Y EN LOS DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO
4. SUMINISTRAR PARA LA OPORTUNA PRESTACIÓN DEL SERVICIO LAS SOLICITUDES DE PRE IMPRESOS CON LA CALIDAD REQUERIDA DENTRO DE LOS CINCO (5) DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE GENERADA LA SOLICITUD
5. MANTENER VIGENTE EL CERTIFICADO Y CONTRATO DE LICENCIA REPROGRÁFICA PARA OPERAR MÁQUINAS LITOGRAFICAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.
6. MANTENER ESTRUCTA CONFIDENCIALIDAD Y RESERVA SOBRE EL MATERIAL, DOCUMENTOS E INFORMACIÓN QUE SE ENCUENTRE BAJO SU CUSTODIA, O QUE POR CUALQUIER CIRCUNSTANCIA DEBE CONOCER O MANIPULAR PARA DAR CUMPLIMIENTO AL OBJETO CONTRACTUAL.
7. ABSTENERSE DE REPRODUCIR LA INFORMACIÓN DE PROPIEDAD DE LA SUBRED PARA BENEFICIO PROPIO. SOLO HARÁ LA REPRODUCCIÓN DE LOS DOCUMENTOS EN EL NÚMERO EXACTO SOLICITADO Y SE COMPROMETERÁ A ENTREGAR LAS DUPLICACIONES Y DEVOLVER LOS ORIGINALES DEL SOLICITANTE, TAL Y COMO LE FUERON ENTREGADOS.
8. CUMPLIR CON TODAS LAS NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL.
9. CUMPLIR CON LAS CONDICIONES TÉCNICAS, ECONÓMICAS Y COMERCIALES PRESENTADAS EN SU PROPUESTA.
10. ESTAR DISPUESTO A APOYAR CONTINUAMENTE EL PROCESO DE MANERA TAL QUE SE ESTABLEZCA UNA COMUNICACIÓN CLARA, CONSTANTE Y EFICAZ ENTRE LA FORMA CONTRATISTA Y LA SUBRED.
11. LLEVAR EL REPORTE DETALLADO MENSUAL DE LOS PRE IMPRESOS SOLICITADOS ENTREGADOS Y SI ES EL CASO DEVUELTOS POR MALA CALIDAD
12. PRESENTAR UN INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN AL SUPERVISOR DEL CONTRATO DEL CONSUMO GENERADO EN EL MES CORRESPONDIENTE,
13. REEMPLAZAR LOS PRE IMPRESOS ILEGIBLES O DE MALA CALIDAD SIN QUE GENERE COSTO ALGUNO PARA LA SUBRED.
14. RESPONDER A LOS REQUERIMIENTOS REALIZADOS POR LA SUBRED A TRAVÉS DEL SUPERVISOR O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS TIEMPOS DISPUESTOS EN LOS ANTERIORES ÍTEMS.
15. PRESTAR TODA LA INFORMACIÓN Y COLABORACIÓN QUE SE REQUIERA A TRAVÉS DE LA LÍNEA TELEFÓNICA Y EL CORREO ELECTRÓNICO DISPUESTO POR LA ENTIDAD PARA TAL EFECTO.
16. PAGAR A LA GENTE QUE TIENE A SU SERVICIO LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DE SEGURIDAD SOCIAL DE LEY. 18. HACERLE MANTENIMIENTO A LOS EQUIPOS EN FORMA PERIÓDICA.
17. GUARDAR LA RESERVA DE LA INFORMACIÓN QUE SE ENTREGUE PARA SU REPRODUCCIÓN.
18. LAS DEMÁS QUE SE DERIVEN DE LA NATURALEZA DEL PRESENTE CONTRATO, AUNQUE NO ESTÉN ESPECIFICADAS Y QUE SE REQUIERAN PARA EL CORRECTO CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL MISMO

PLAZO ESTIMADO DE EJECUCION DEL CONTRATO (en días o meses)

3 MESES

CAUSALES DE RECHAZO DE UNA OFERTA

1. Cuando las condiciones técnicas, económicas, financieras y legales de la propuesta no lo permita. 2. Cuando se demuestre la participación de un oferente en varias propuestas. 3. Cuando se solicite alguna aclaración y no sea enviado en dicho termino. 4. Cuando la propuesta sea presentado en lugar o fechas diferente al cronograma. 5. Cuando el oferente presente información inexacta o no corresponda a la verdad. 6. Cuando existan motivos que impidan la escogencia objetiva de la oferta y proponente.

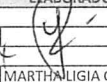
Firmas	Nombre y Firma del solicitante:	YANETH SOFIA RODRIGUEZ LEGUIZAMON	
	Firma del Director de la Oficina de Contratación :	HEMILET CALA CELIS	
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud:	ALAVARO DE JESUS GALVIS BARRIO	
	Nombre y Firma Gerente:	YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	

Observaciones:

TIPO DE RIESGO	TIPIFICACIÓN (EJEMPLOS PARA TIPIFICAR LOS RIESGOS GENERALES DE LA COLUMNA ANTERIOR)	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				IMPACTO				ESTIMACIÓN	ASIGNACIÓN DEL RIESGO (DEFINICIÓN)	QUIÉN ASUME EL RIESGO	FORMA DE MITIGARLO
		4	3	2	1	4	3	2	1				
		ALTA	MEDIA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	MEDIA	BAJA				
		ALTA	ALTA	BAJA		ALTA	ALTA	BAJA					
Casilla de selección	Casilla de diligenciamiento	Casilla de selección (Escoja solo una)				Casilla de selección (Escoja solo una)				Generación automática	Generación automática	Generación automática	
ECONÓMICOS:	Son los derivados del comportamiento del mercado, tales como la fluctuación de los precios de los insumos, desabastecimiento y especulación de los mismos, entre otros				1			2		3	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE	Revisar periódicamente el comportamiento del mercado respecto de los bienes y/o servicios a contratar
SOCIALES O POLÍTICOS:	Son los derivados de los cambios de las políticas gubernamentales y de cambios de las condiciones sociales que tengan impacto en la ejecución del contrato									0			
OPERACIONAL:	Son los asociados a la operatividad del contrato, tales como la suficiencia del presupuesto oficial, del plazo o los derivados de procesos procedimientos, parámetros, sistemas de información y tecnológicos, equipos humanos o técnicos inadecuados o insuficientes				1			2		3	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE	Ejecución presupuestal supervisada
FINANCIERO:	Son el riesgo de consecución de financiación o riesgo de liquidez para obtener recursos para cumplir con el objeto del contrato y el riesgo de las condiciones financieras establecidas para la obtención de los recursos, tales como plazo, tasas, garantías, contragarantías y refinanciaciones entre otros							2		2	BAJA - GESTIONARLO	CONTRATISTA	Respaldar las operaciones presupuestales con los debidos certificados
REGULATORIO:	Derivados de los cambios regulatorios o reglamentarios que afecten la ecuación económica del contrato				1				1	2	BAJA - GESTIONARLO	CONTRATISTA	Análisis del mercado cambiario de la moneda extranjera
DE LA NATURALEZA:	Son los eventos naturales previsibles en los cuales no hay intervención humana que puedan tener impacto en la ejecución del contrato, por ejemplo los temblores, inundaciones, lluvias, sequías, entre otros								1	1	BAJA - GESTIONARLO	CONTRATISTA	Acatar las recomendaciones que emitan as entidades encargadas
AMBIENTALES:	Son los derivados de las obligaciones legales o reglamentarias de carácter ambiental, así como las licencias planes de manejo o permisos y autorizaciones ambientales incluyendo tasas retributivas y compensatorias, obligaciones de mitigación, tareas de monitoreo y control, entre otras									0			
TECNOLÓGICO:	Son los derivados de fallas en los sistemas de comunicación de voz y de datos, suspensión de servicios públicos nuevos desarrollos tecnológicos o estándares que deben ser tenidos en cuenta para la ejecución del contrato.				1				1	2	BAJA - GESTIONARLO	CONTRATISTA	Acatar las recomendaciones que emiten las entidades y áreas recomendadas

ELABORADO POR

Firma:



Nombre:

MARTHA LIGIA CASTILLO DIAZ

Correo Electrónico

gestiondocumental@subrednorte.gov.co

Cargo:

Referente Gestion Documental

Fecha Elaboración d/m/a

03/01/2018

ANEXO No 1

MACROPROCESO	PROCESOS	TIPO DE DOCUMENTO	CÓDIGO	NOMBRE DEL FORMATO / PIEZA COMUNICATIVA
	GESTIÓN ESTRATÉGICA	FORMATOS	ES-GE-F-01-04	HOJA DE VIDA DEL INDICADOR
			ES-GE-F-02-01	COTIZACIÓN DE SERVICIOS
			ES-GE-F-03-02	FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE USOS DE IMAGEN MENORES DE EDAD
			ES-GE-F-04-02	FORMATO BRIEF
			ES-GE-F-05-02	FORMATO DE SATISFACCIÓN DE RENDICIÓN DE CUENTAS
			ES-GE-F-06-01	SOLICITUD DE REFERENCIACIÓN COMPETITIVA
			ES-GE-F-07-01	MATRIZ CONTRATOS VENTA DE SERVICIOS
			ES-GE-F-08-01	MATRIZ CONTRATOS VENTA DE SERVICIOS-SALUD OCUPACIONAL
			ES-GE-F-09-02	MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2018
			ES-GE-F-10-02	MAPA DE RIESGOS POR PROCESO 2018
			ES-GE-F-11-02	FORMATO DE PREGUNTAS ESCRITAS RENDICIÓN DE CUENTAS
			ES-GE-F-12-01	RONDA ADMINISTRATIVA UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD
			ES-GE-F-13-01	FASE DE PLANEACIÓN BENCHMARKING PARA REFERENCIACIÓN COMPETITIVA Y COMPARATIVA
			ES-GE-F-14-01	FASE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN BENCHMARKING PARA REFERENCIACIÓN COMPETITIVA Y COMPARATIVA
			ES-GE-F-15-01	ENCUESTA DE EVALUACIÓN DEL EJERCICIO DE REFERENCIACIÓN COMPETITIVA
			ES-GE-F-16-01	PLANTILLA DE PRESENTACIÓN
	PARTICIPACIÓN SOCIAL Y ATENCIÓN AL USUARIO	FORMATOS	ES-PA-F-01-01	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CONSULTA EXTERNA
			ES-PA-F-02-01	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN URGENCIAS
			ES-PA-F-03-01	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN HOSPITALIZACIÓN
			ES-PA-F-04-01	FORMATO DE CONSTANCIA DE NO AFILIACIÓN
			ES-PA-F-05-02	FORMATO DE ACTA DE APERTURA DE BUZONES DE OPINIONES Y SUGERENCIAS
			ES-PA-F-06-02	FORMATO OPINIONES Y SUGERENCIAS
			ES-PA-F-07-01	ATENCIÓNES INDIVIDUALES
			ES-PA-F-08-01	CAPACITACIÓN GRUPAL
			ES-PA-F-09-01	COMPARENDO PEDAGÓGICO CUMPLIMIENTO DE CITAS
			ES-PA-F-10-01	DEMANDA INSATISFECHA
			ES-PA-F-11-01	SOLICITUD DE CITAS
			ES-PA-F-12-01	CANCELACIÓN DE CITAS
			ES-PA-F-13-01	NO ACEPTA OFERTA DISPONIBLE
			ES-PA-F-14-01	FORMATO EXTERNO-ESTUDIO SOCIAL DEL CASO-TRABAJO SOCIAL
			ES-PA-F-15-01	INDICADORES INDIVIDUALES SERVICIO AL CIUDADANO
			ES-PA-F-16-01	INFORME SOCIAL
			ES-PA-F-17-01	ORIENTACIONES GRUPALES
			ES-PA-F-18-01	SOCIALIZACIÓN DERECHOS Y DEBERES
			ES-PA-F-19-01	ACTA DE POSESIÓN JUNTAS ASESORAS COMUNITARIAS
			ES-PA-F-20-01	FORMATO DE REGISTRO DE PETICIONES PARA INGRESO A ORFEQ
			ES-PA-F-21-01	FORMATO DE REGISTRO DE PETICIONES DEVUELTAS POR CRITERIOS DE CALIDAD
			ES-PA-F-22-02	MEDICIÓN Y ADHERENCIA AL CONOCIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES EN SALUD
			ES-PA-F-23-01	PLANILLA Y AUTORIZACIÓN TRASLADOS RUTA DE LA SALUD RED DISTRITAL
			ES-PA-F-24-01	REGISTRO DE USUARIOS AGENDADOS EN LAS UNIDADES DE LA RED PARA TRASLADO
			ES-PA-F-25-01	PLANILLA KILOMETRAJE RUTA DE LA SALUD
	DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	FORMATOS	ES-DI-F-01-02	EVALUACIÓN DE ESTUDIANTES A LAS PRÁCTICAS FORMATIVAS
			ES-DI-F-02-02	EVALUACIÓN INDUCCIÓN
			ES-DI-F-03-01	RADICACIÓN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN Y ACTAS DE COMPROMISO
			ES-DI-F-04-02	EVALUACIÓN APROBACIÓN Y SEGUIMIENTO PROYECTOS INVESTIGACIÓN
			ES-DI-F-05-01	REVISIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN COMITÉ INVESTIGACIÓN
			ES-DI-F-06-01	APROBACIÓN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN COMITÉ INVESTIGACIÓN
			ES-DI-F-07-01	REVISIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN COMITÉ DE ÉTICA
			ES-DI-F-08-01	APROBACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN COMITÉ DE ÉTICA
			ES-DI-F-09-02	ACTA DE INICIO PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

ES-DI-F-10-01	ESTADO CONTRARESTACIÓN CONVENIOS DOGENCIA SERVICIO
ES-DI-F-11-01	GABEN DE ADQUISICIÓN
ES-DI-F-12-01	REGISTRO DE ESTUDIANTE INTERNO
ES-DI-F-13-01	MATRIZ CAPACIDAD INSTALADA PARA LA DOCENCIA
ES-DI-F-14-01	SEGUIMIENTO A INVESTIGACIONES COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
ES-GC-F-01-04	LISTA DE CHEQUEO PACIENTE TRAZADOR AMBULATORIO
ES-GC-F-02-03	SEGUIMIENTO MAKING Y CUMPLIMIENTO PACIENTE TRAZADOR HOSPITALARIO
ES-GC-F-03-04	LISTA DE CHEQUEO PACIENTE TRAZADOR HOSPITALARIO
ES-GC-F-04-02	PLANTILLA INSTRUMENTO
ES-GC-F-05-03	PLANTILLA GUÍA PRÁCTICA
ES-GC-F-06-02	PLANTILLA MANUAL
ES-GC-F-07-02	PLANTILLA CARACTERIZACIÓN PROCESO
ES-GC-F-08-02	PLANTILLA PROCEDIMIENTO
ES-GC-F-09-02	PLANTILLA PROTOCOLO
ES-GC-F-10-03	FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL
ES-GC-F-11-02	PRIOORIZACIÓN Y PLANES ESTÁNDARES
ES-GC-F-12-02	AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN
ES-GC-F-13-02	SOLICITUD NOVEDADES SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN
ES-GC-F-14-02	FORMATO RONDA DE SEGUIMIENTO DEL PACIENTE
ES-GC-F-15-03	REPORTE DE SUCESOS DE SEGUIMIENTO DE GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA
ES-GC-F-16-03	MATRIZ REPORTES PROGRAMA DE GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA
ES-GC-F-17-04	LISTA DE CHEQUEO PRÁCTICA SEGURA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE
ES-GC-F-18-02	LISTA DE CHEQUEO PRÁCTICA CIRUGÍA SEGURA
ES-GC-F-19-02	LISTA DE CHEQUEO PRÁCTICA SEGURA BIVOMIO MADRE E HIJO
ES-GC-F-21-02	LISTA CHEQUEO PRÁCTICA SEGURA COMPRENSION CONSENTIMIENTO INFORMADO
ES-GC-F-22-02	LISTA DE CHEQUEO PRÁCTICA SEGURA PASO Sonda Vesical
ES-GC-F-23-02	LISTA DE CHEQUEO PRÁCTICA SEGURA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN
ES-GC-F-24-02	LISTA DE CHEQUEO PRÁCTICA SEGURA EN SALUD MENTAL
ES-GC-F-25-02	LISTA DE CHEQUEO PRÁCTICA SEGURA IDENTIFICACION CORRECTA DE MUESTRAS
ES-GC-F-26-03	LISTA DE CHEQUEO PRÁCTICA SEGURA PREVENCIÓN DE CAÍDAS
ES-GC-F-27-02	LISTA CHEQUEO PREVENCIÓN COMPLICACIONES MANEJO DE SANGRE
ES-GC-F-28-02	LISTA CHEQUEO PREVENCIÓN COMPLICACIONES MANEJO DE SANGRE-COLABORADOR
ES-GC-F-29-03	LISTA DE CHEQUEO PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD-IAS
ES-GC-F-30-02	INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DEL EVENTO ADVERSO CON BASE EN PROTOCOLO LONDRES
ES-GC-F-31-02	CLASIFICACIÓN Y ANÁLISIS DEL SUCESO SEGUIMIENTO
ES-GC-F-34-02	VERIFICACIÓN BARRERAS DE SEGURIDAD AMBULATORIAS
ES-GC-F-36-02	PLANTILLA PROGRAMA
ES-GC-F-37-02	PLANTILLA PLAN
ES-GC-F-38-01	PROGRAMA/Acción ANUAL DE COMITÉS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS
ES-GC-F-39-01	PLAN DE ACCIÓN ANUAL COMITÉ
ES-GC-F-40-01	FORMATO PLANIFICACIÓN
ES-GC-F-41-01	FORMATO OPERATIVIZACIÓN POLÍTICA
ES-GC-F-42-01	INSTRUMENTO PARA CONSOLIDAR LA EVALUACIÓN VALIDACIÓN DE GUÍAS
ES-GC-F-43-01	SEGUIMIENTO MAKING Y CUMPLIMIENTO PACIENTE TRAZADOR AMBULATORIO
ES-GC-F-44-01	MATRIZ SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN DE CALIDAD ENFOQUE ACREDITACIÓN
ES-GC-F-45-01	HERAMIENTA DE SEGUIMIENTO DE LA GESTIÓN DE COMITÉS
ES-GC-F-46-02	EVALUACIÓN CALIDAD DE LOS REGISTROS DE LA HISTORIA CLÍNICA
ES-GC-F-48-01	SEGUIMIENTO AUTOCOMISORIO
ES-GC-F-49-01	SEGUIMIENTO PERSONERÍA
ES-GC-F-50-01	CICLO DE SERVICIO
ES-GC-F-51-01	LISTA DE CHEQUEO PRÁCTICA SEGURA DE MEDICAMENTOS
ES-GC-F-52-01	LISTA DE CHEQUEO PRÁCTICA SEGURA EN LA COMUNICACIÓN ENTRE EL TALENTO HUMANO EN SALUD Y PACIENTES
ES-GC-F-53-01	CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

FORMATOS

GESTIÓN DE CALIDAD

ES-GC-F-54-01	<u>VERIFICACIÓN BARRERAS DE SEGURIDAD</u>
ES-GC-F-55-01	<u>MATRIZ DE SEGUIMIENTO A COMPROMISOS</u>
ES-GC-F-56-01	<u>FORMATO DE VALORACIÓN DE RIESGO DE FUGA</u>
ES-GC-F-57-01	<u>NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD</u>
ES-GC-F-58-02	<u>IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE</u>
ES-GC-F-59-01	<u>VERIFICACIÓN BARRERAS DE SEGURIDAD SERVICIOS AMBULATORIOS Y COMPLEMENTARIOS</u>
ES-GC-F-60-01	<u>IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE RECÉN NACIDO</u>
ES-GC-F-61-01	<u>ANEXO ENCUESTA INFRAESTRUCTURA ESTRATEGIA HIGIENE DE MANOS IAAS</u>
ES-GC-F-62-01	<u>ENCUESTA DE INFRAESTRUCTURA ESTRATEGIA HIGIENE DE MANOS IAAS</u>
ES-GC-F-63-01	<u>BUSQUEDA ACTIVA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN IAAS</u>
ES-GC-F-64-01	<u>LISTA DE CHEQUEO ADHERENCIA A LOS 5 MOMENTOS DE MANOS IAAS</u>
ES-GC-F-65-01	<u>LISTA DE CHEQUEO ADHERENCIA HIGIENE DE MANOS INDIVIDUAL IAAS</u>
ES-GC-F-66-01	<u>LISTA DE CHEQUEO DE LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO IAAS</u>
ES-GC-F-67-01	<u>LISTA DE CHEQUEO PROTOCOLO DE AISLAMIENTO IAAS</u>
ES-GC-F-68-01	<u>LISTA DE CHEQUEO REDUCCIÓN EN LA ATENCIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO-GCES</u>
ES-GC-F-69-01	<u>LISTA DE CHEQUEO PRÁCTICA SEGURA SISTEMA DE REPORTE DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS</u>
ES-GC-F-70-01	<u>LISTA DE CHEQUEO PRÁCTICA SEGURA PREVENCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN O DESNUTRICIÓN-GCES</u>
ES-GC-F-71-01	<u>LISTA DE CHEQUEO PRÁCTICA SEGURA EVALUACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICA ANTES DEL ALTA HOSPITALARIA-GCES</u>
ES-GC-F-72-01	<u>LISTA DE CHEQUEO PRÁCTICA SEGURA ATENCIÓN DE URGENCIAS POBLACIÓN PEDIÁTRICA-GCES</u>
ES-GC-F-73-01	<u>BÓTULO DETERGENTES Y DESINFECTANTES INFECCIONES</u>
ES-GC-F-74-01	<u>AUDITORÍA MÉDICA</u>
MI-RS-F-01-01	<u>ACTA DE INSPECCIÓN VIGILANCIA ESTABLECIMIENTOS 100% LIBRES</u>
MI-RS-F-02-01	<u>ASENTIMIENTO INFORMADO IDENTIFICACIÓN POSIBLE FACTORES RESPIRATORIOS</u>
MI-RS-F-03-01	<u>CONFORMACIÓN DE LA RED DE ALERTA POR EPISODIOS DE CONTAMINACIÓN</u>
MI-RS-F-04-01	<u>DIARIO DE SÍNTOMAS EPISODIOS DE CONTAMINACIÓN DEL AIRE-EBOCA</u>
MI-RS-F-06-01	<u>DETERMINACIÓN DE EFECTOS NEUROPSICOLÓGICOS EN NIÑOS EXPUESTOS A PLOMO</u>
MI-RS-F-07-01	<u>ARACTERIZACIÓN CENTINELAS UNIDADES DE AIRE</u>
MI-RS-F-08-01	<u>ENCUESTA PREVALENCIA SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA MAYORES 60 AÑOS</u>
MI-RS-F-09-01	<u>ENCUESTA PERIÓDICA PREVALENCIA SINTOMATOLOGÍA NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS</u>
MI-RS-F-10-01	<u>ENCUESTA PERIÓDICA PREVALENCIA SINTOMATOLOGÍA NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS</u>
MI-RS-F-11-01	<u>CADENA DE CUSTODIA DE FILTROS</u>
MI-RS-F-12-01	<u>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE AIRE</u>
MI-RS-F-13-01	<u>FORMATO DIAGNÓSTICO ALMACENAMIENTO CARNE Y PRODUCTOS CÁRNICOS</u>
MI-RS-F-14-01	<u>FORMATO DIAGNÓSTICO EXPENDIO CARNE Y PRODUCTOS CÁRNICOS COMESTIBLES</u>
MI-RS-F-15-01	<u>FORMATO ATENCIÓN QUEJAS EXPOSICIÓN CONTAMINACIÓN AIRE ACTIVIDADES</u>
MI-RS-F-16-01	<u>FORMATO ATENCIÓN QUEJAS EXPOSICIÓN CONTAMINACIÓN AIRE UNIDADES</u>
MI-RS-F-17-01	<u>EXPOSICIÓN AMBIENTAL PLOMO POBLACIÓN INFANTIL HISTORIA CLÍNICA</u>
MI-RS-F-18-01	<u>VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ,AMBIENTAL SANITARIA INTOXICACIÓN AGUDA</u>
MI-RS-F-19-01	<u>DIARIO DE SÍNTOMAS POR OLORES OFENSIVOS</u>
MI-RS-F-20-01	<u>FORMATO INSTITUCIONAL DE QUEJAS POR EXPOSICIÓN DE OLORES OFENSIVOS</u>
MI-RS-F-21-01	<u>FORMATO INSTITUCIONAL DE QUEJAS POR EXPOSICIÓN DE OLORES OFENSIVOS</u>
MI-RS-F-22-01	<u>DETERMINACIÓN EFECTOS NEUROPSICOLÓGICOS EN NIÑOS EXPUESTOS AL PLOMO</u>
MI-RS-F-23-01	<u>CADENA DE CUSTODIA DE FILTROS</u>
MI-RS-F-24-01	<u>EXPOSICIÓN AMBIENTAL A PLOMO EN LA POBLACIÓN INFANTIL</u>
MI-RS-F-25-01	<u>LISTA DE CHEQUEO CALIBRADOR DE FLUJO</u>
MI-RS-F-26-01	<u>LISTA DE CHEQUEO EQUIPO DE BOMBAS DE MUESTREO GIL AIR PLUS</u>
MI-RS-F-27-01	<u>LISTA DE CHEQUEO EQUIPO DUSTRACK</u>
MI-RS-F-28-01	<u>LISTA DE CHEQUEO MONITOR DE CARBONO NEGRO</u>
MI-RS-F-29-01	<u>LISTA DE CHEQUEO MONITOR DE GASES MODELO MULTITRAE</u>
MI-RS-F-30-01	<u>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO</u>
MI-RS-F-31-01	<u>ENCUESTA DE PERCEPCIÓN RIESGO POR RADIACIÓN ELECTROMAGNÉTICA</u>
MI-RS-F-32-01	<u>ENCUESTA SÍNTOMAS NO ESPECÍFICOS RADIACIÓN ELECTROMAGNÉTICA</u>
MI-RS-F-33-01	<u>FICHA TÉCNICA CARACTERIZACIÓN INFRAESTRUCTURA ELÉCTRICA</u>
MI-RS-F-34-01	<u>FORMATO DE ATENCIÓN A QUEJAS POR INFRAESTRUCTURA ELÉCTRICA</u>
MI-RS-F-35-01	<u>ASENTAMIENTO INFORMADO IDENTIFICACIÓN DE POSIBLES FACTORES AUDITIVOS</u>
MI-RS-F-36-01	<u>CONSENTIMIENTO INFORMADO IDENTIFICACIÓN POSIBLES FACTORES</u>

MI-RS-F-37-01	CUESTIONARIO CLEVELAND DE SOMETNOLENCIA PARA ADOLESCENTES
MI-RS-F-38-01	ENCUESTA DE CAUDAD DEL SUEÑO Y SOMETNOLENCIA POBLACION ADULTA
MI-RS-F-39-01	CARACTERIZACION SANITARIA DE JARDINES INFANTILES RUIDO
MI-RS-F-40-01	ENCUESTA DE PERCEPCION DE RUIDO EN UNIDAD HABITACIONAL
MI-RS-F-41-01	ENCUESTA DE ANTECEDENTES DE SALUD DOCENTES
MI-RS-F-42-01	ENCUESTA DE ANTECEDENTES DE SALUD ESTUDIANTES
MI-RS-F-43-01	AUDIOESTERIA TONAL
MI-RS-F-44-01	FORMATO ATENCION QUEJAS POR RUIDO EN UNIDADES HABITACIONALES
MI-RS-F-45-01	CONSOLIDADO OPERATIVOS DE ESPACIO 100% LIBRES DE HUMO
MI-RS-F-46-01	FORMATO DE ATENCION DE QUEJAS POR EXPOSICION A HUMO DE TABACO
MI-RS-F-47-01	FORMATO DE VISITA SANITARIA PARA LA ATENCION DE BROTES ETA
MI-RS-F-48-01	ACTA DE INSPECCION SANITARIA ENFOQUE RIESGO ESTABLECIMIENTOS
MI-RS-F-49-01	ACTA DE INSPECCION SANITARIA ENFOQUE RIESGO EXPENDIO CARNE
MI-RS-F-50-01	ACTA INSPECCION SANITARIA ENFOQUE RIESGO EXPENDIO ALIMENTOS
MI-RS-F-51-01	ACTA INSPECCION SANITARIA RIESGO ALIMENTOS SUPERMERCADOS
MI-RS-F-52-01	ACTA INSPECCION SANITARIA ESTABLECIMIENTOS ALMACENAMIENTO ALIMENTOS
MI-RS-F-53-01	ACTA INSPECCION SANITARIA ENFOQUE VENTA ALIMENTOS Y BEBIDAS
MI-RS-F-54-01	ACTA INSPECCION SANITARIA ENFOQUE RIESGO EXPENDIOS BEBIDAS
MI-RS-F-55-01	ACTA INSPECCION SANITARIA ENFOQUE RIESGO PLAZAS DE MERCADO
MI-RS-F-56-01	ACTA INSPECCION SANITARIA RIESGO ESTABLECIMIENTOS ENSAYABLE ALIMENTOS
MI-RS-F-57-01	ACTA INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL HIGIENICO VEHICULOS
MI-RS-F-58-01	FORMATO DE FACTORES DE RIESGO
MI-RS-F-59-01	ACTA VISITA- DILIGENCIA DE INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL
MI-RS-F-60-01	FORMATO DE VERIFICACION DE ROTULADO ANEXO ACTA DE VISITA
MI-RS-F-61-01	DESCRIPCION ACTIVIDADES OPERATIVOS ALIMENTOS Y BEBIDAS ALCOHOLICAS
MI-RS-F-62-01	DESCRIPCION ACTIVIDADES OPERATIVOS ALIMENTOS Y BEBIDAS ALCOHO
MI-RS-F-63-01	NOTIFICACION INSPECCION VIGILANCIA LICORES TEMPORADA FIN DE AÑO
MI-RS-F-64-01	ACTA INSPECCION ESTABLECIMIENTOS ALMACENAMIENTO DISTRIBUCION CARNICOS
MI-RS-F-65-01	ACTA INSPECCION RIESGO EXPENDIO PRODUCTOS CARNICOS COMESTIBLE
MI-RS-F-66-01	ACTA INSPECCION SANITARIA ENFOQUE RIESGO TRANSPORTADORES
MI-RS-F-67-01	ACTA INSPECCION SANITARIA VIGILANCIA Y CONTROL TATUAJES
MI-RS-F-68-01	ACTA INSPECCION HIGIENICO SANITARIA A VIVIENDA EN RIESGO
MI-RS-F-69-01	ACTA INSPECCION HIGIENICO ESTABLECIMIENTOS DE VIVIENDA TRANSITORIA
MI-RS-F-70-01	ACTA INSPECCION CARCELES Y CENTROS REHABILITACION A MENORES
MI-RS-F-71-01	ACTA INSPECCION VIGILANCIA HIGIENICO A SALAS Y CENTROS DE RETENCION
MI-RS-F-72-01	ACTA INSPECCION HIGIENICO SANITARIA ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS
MI-RS-F-73-01	ACTA INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL A HOGARES COMUNITARIOS
MI-RS-F-74-01	ESTABLECIMIENTOS DONDE SE REALIZAN ACTIVIDADES DE TATUAJES
MI-RS-F-75-01	ACTA INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL A HOGARES GERIATRICOS
MI-RS-F-76-01	ACTA INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL EDIFICIOS Y ESTABLECIMIENTOS
MI-RS-F-77-01	ACTA INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL A RELLENO SANITARIO
MI-RS-F-78-01	ACTA DE SECTORES SIN ACUEDUCTO O SIN ALCANTARILLADO
MI-RS-F-79-01	ACTA DE DONACION DE PRODUCTOS
MI-RS-F-80-01	ACTA DIAGNOSTICO SECTORES SIN ACUEDUCTO O SIN ALCANTARILLADO
MI-RS-F-81-01	ACTA INSPECCION ESTABLECIMIENTOS CON SERVICIOS ALTO IMPACTO
MI-RS-F-82-01	ANEXO TECNICO PRODUCTO TERMINADO JUGUETES
MI-RS-F-83-01	ACTA INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIA A CEMENTERIOS
MI-RS-F-84-01	ACTA INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL SERVICIOS FUNERARIOS
MI-RS-F-85-01	ACTA VIGILANCIA Y CONTROL HIGIENICO SANITARIO OSARIOS
MI-RS-F-86-01	ACTA INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL VEHICULOS FUERABES
MI-RS-F-87-01	ACTA INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL BAÑOS TUECOS Y SAUNAS
MI-RS-F-88-01	ACTA INSPECCION Y CONTROL POZOS DE AGUA PARA EL CONSUMO
MI-RS-F-89-01	FORMATO UNICO ACTA INSPECCION SANITARIA SUMINISTRO AGUA
MI-RS-F-90-01	ACTA INSPECCION VIGILANCIA PORTECENCIA INADECUADA DE ANIMALES
MI-RS-F-91-01	ACTA INSPECCION HIGIENICO ESTABLECIMIENTOS HOSPTALARIOS
MI-RS-F-92-01	ACTA INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL VISITA POR VECTORES
MI-RS-F-93-01	ACTA INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL HIGIENICO A BODEGAS
MI-RS-F-94-01	ACTA INSPECCION ESTABLECIMIENTOS PRESTAN SERVICIOS ANIMALES

MI-RS-F-95-01	ACTA INSPECCION VEHICULOS QUE PRESTAN SERVICIOS A ANIMALES
MI-RS-F-96-01	ACTA INSPECCION TERMINALES PORTUARIOS CERTIFICADO VERIFICACION
MI-RS-F-97-01	CTA INSPECCION SANITARIA TERMINALES PORTUARIOS
MI-RS-F-98-01	ACTA INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIA A HANGARES
MI-RS-F-99-01	ACTA INSPECCION ESTABLECIMIENTOS QUE ELABORAN ALIMENTOS - AERONAVES
MI-RS-F-100-01	SEGUIMIENTO EN CAMPO AL PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES EN EL DISTRITO
MI-RS-F-101-01	ACTA INSPECCION SANITARIA A VEHICULOS TRANSPORTE PASAJEROS
MI-RS-F-102-01	ACTA DE INSPECCION VIGILANCIA A PROVEEDORES PORTUARIOS
MI-RS-F-103-01	ACTA DE ESTABLECIMIENTO TERMINADO
MI-RS-F-104-01	FORMATO VERIFICACION ASPECTOS QUE AFECTAN BIENESTAR ANIMAL
MI-RS-F-105-01	FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO AL ANIMAL AGRESOR
MI-RS-F-106-01	FORMATO INTEGRAL DE ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS
MI-RS-F-107-01	PLANILLA DE VACUNACION
MI-RS-F-108-01	ACTA DE ARQUEO DE MEDICAMENTOS ANEXO ACTA ESTABLECIMIENTO
MI-RS-F-109-01	ACTA INSPECCION ESTABLECIMIENTOS DISTRIBUIDORES DISPOSITIVOS
MI-RS-F-110-01	ACTA INSPECCION ESTABLECIMIENTOS FARMACEUTICOS MAYORISTAS
MI-RS-F-111-01	ACTA INSPECCION ESTABLECIMIENTOS FARMACEUTICOS MINORISTAS
MI-RS-F-112-01	ACTA INSPECCION VIGILANCIA FARMACIAS HOMEOPATICAS
MI-RS-F-113-01	ACTA INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL TIENDAS NATURISTAS
MI-RS-F-114-01	VEHICULOS TRANSPORTADORES DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS
MI-RS-F-115-01	VIGILANCIA A ESTABLECIMIENTOS QUE DISTRIBUYEN DISPOSITIVOS
MI-RS-F-116-01	ACTA DE INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL TIENDAS NATURISTAS
MI-RS-F-117-01	ACTA INSPECCION VIGILANCIA A OPERADORES FARMACEUTICOS
MI-RS-F-118-01	ACTA DE PERITAJE
MI-RS-F-119-01	ACTA INSPECCION Y CONTROL ESTABLECIMIENTOS NO FARMACEUTICOS
MI-RS-F-120-01	ACTA VIGILANCIA A DISPOSITIVOS MEDICOS USO ODONTOLÓGICO
MI-RS-F-121-01	ACTA INSPECCION PRODUCTOS DE HIGIENE DOMESTICA Y ABSORBENTE
MI-RS-F-122-01	DESCRIPCION ACTIVIDADES EN OPERATIVOS LINEA MEDICAMENTOS
MI-RS-F-123-01	ACTA ESTABLECIMIENTOS COMERCIALIZADORES EQUIPO BIOMEDICO
MI-RS-F-124-01	ACTA CARACTERIZACION ESTABLECIMIENTOS EQUIPO BIOMEDICO
MI-RS-F-125-01	ACTA MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD -DECOMISO
MI-RS-F-126-01	ACTAS- CONGELACION INMOVILACION Y SUSPENSION PRODUCTOS
MI-RS-F-127-01	ACTA MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD DECOMISO ANIMALES
MI-RS-F-128-01	ACTA SANITARIA DECOMISO VEHICULO TRANSPORTADORES ALIMENTOS
MI-RS-F-129-01	ACTA DE DESTRUCCION O DESNATURALIZACION DE PRODUCTOS
MI-RS-F-130-01	ACTA APLICACION MEDIDA SANITARIA SEGURIDAD ESTABLECIMIENTO
MI-RS-F-131-01	ACTA LEVANTAMIENTO MEDIDA CONGELACION SUSPENSION PRODUCTOS
MI-RS-F-132-01	ACTA LEVANTAMIENTO DE MEDIDA SANITARIA A ESTABLECIMIENTO
MI-RS-F-133-01	ACTA APLICACION DE MEDIDA SANITARIA A ESTABLECIMIENTO
MI-RS-F-134-01	ACTA VERIFICACION ESTANDARES DE ACREDITACION ESTETICA FACIAL
MI-RS-F-135-01	ACTA VERIFICACION ESTANDARES DE ESTETICA ORNAMENTAL
MI-RS-F-136-01	ACTA VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO A EVENTOS TEMPORALES DE BELLEZA
MI-RS-F-137-01	ACTA DE INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO BARBERIAS
MI-RS-F-138-01	ACTA INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL CENTROS DE ESTETICA
MI-RS-F-139-01	ACTA INSPECCION VIGILANCIA EMPRESAS APLICADORAS PLAGUICIDAS
MI-RS-F-140-01	ACTA INSPECCION A ESTABLECIMIENTOS CON RIESGO QUIMICOS
MI-RS-F-141-01	FORMATO CLAUSURADO
MI-RS-F-142-01	FORMATO CONGELACION
MI-RS-F-143-01	FORMATO SELLO DE SEGURIDAD
MI-RS-F-144-01	FORMATO SUSPENSION DE TRABAJOS O SERVICIOS
MI-RS-F-145-01	ACTA TOMA DE MUESTRAS
MI-RS-F-146-01	ACTA INSPECCION ESTABLECIMIENTOS MEDICOS VETERINARIOS
MI-RS-F-147-01	IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE ATENCIÓN PROTECCIÓN ESPECÍFICA PYD
MI-RS-F-148-01	SEGUIMIENTO INDIVIDUAL ESTRATEGIA SOJU
MI-RS-F-149-01	HISTORIA OCUPACIONAL ESTRATEGIA SOJU
MI-RS-F-150-01	HOJA DE SEGUIMIENTO DE CASO
MI-RS-F-151-01	LISTA DE CHEQUEO DISCAPACIDAD EDUCATIVO

MI-RS-F-152-02	ABC
MI-RS-F-153-02	CARNET CUIDATE SE FELIZ
MI-RS-F-154-01	FICHA PARA EL REGISTRO DE PUNTOS CUIDATE SE FELIZ ESPACIO PUEBLO
MI-RS-F-155-01	FORMATO COMPROMISO CITA ASIGNADA SUBAREO
MI-RS-F-156-01	FICHA SEGUIMIENTO GESTORES
MI-RS-F-157-01	FORMATO REGISTRO DE PERSONAS CON ACCIONES EN MEDICINA ANCESTRAL PROPIA
MI-RS-F-158-01	FICHA REPORTE DE INTERVENCIÓN DE ACCIONES EN SALUD
MI-RS-F-159-01	FORMATO REGISTROS DE ASISTENCIA ACCIONES COLECTIVAS ETNIAS
MI-RS-F-160-01	CONTROL ENTREGA Y RECIBO DE MEDICAMENTOS PROGRAMA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
MI-RS-F-161-01	FORMATO ENTREGA DE TRATAMIENTO AL PACIENTE CON TUBERCULOSIS
MI-RS-F-162-01	FORMATO DE MOVIMIENTO DE MEDICAMENTOS O INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS
MI-RS-F-163-01	FORMATO ÚNICO DE VIGILANCIA DE LAS MICROBACTERIAS
MI-RS-F-164-01	INSTRUMENTO PSICOSOCIAL PARA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
MI-RS-F-165-01	VISITA DOMICILIARIA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ADHERENCIA Y TRATAMIENTO EN LA PERSONA Y SU NÚCLEO FAMILIAR
MI-RS-F-166-01	GUÍA PARA LAS VISTAS DE IMPLEMENTACIÓN ESTRATÉGICA DE MONITOREO DE ELIMINACIÓN DE LA LEPRA
MI-RS-F-167-01	SERVICIOS DE SALUD
MI-RS-F-168-01	TAQUETA INDIVIDUAL INICIO DEL TRATAMIENTO DE LEPRA
MI-RS-F-169-01	TAQUETA INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO CON TUBERCULOSIS
MI-RS-F-170-01	TAQUETA INDIVIDUAL DE ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOPROFILAXIS CON ISONIAZIDA
MI-RS-F-171-01	FORMATO CONTROL ENTREGA DE MEDICAMENTOS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
MI-RS-F-172-01	LISTA DE CHEQUEO POR ASISTENCIA TÉCNICA EN ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES
MI-RS-F-173-01	FORMATO VISITA DOMICILIARIA PARA EL PACIENTE CON MANSÉN Y SUS CONVIVIENTES
MI-RS-F-174-01	REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN ADULTOS ESTRATEGIA EXTRAORDINARIA
MI-RS-F-176-01	REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN ADULTOS ESTRATEGIA EXTRAORDINARIA
MI-RS-F-177-01	CENSO DE POBLACIÓN SUJETO DEL PAI
MI-RS-F-178-01	CONSEJO DE POBLACIÓN SUJETO DEL PAI
MI-RS-F-179-01	PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN PAULISTA DE CHEQUEO
MI-RS-F-180-01	ANEXO 4 ARQUEO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS
MI-RS-F-181-01	LISTA DE CHEQUEO REVISIÓN PREHISTORIA TÉCNICA DE ACTIVIDADES A FUNCIONARIOS DEL ÁREA DE VIGILANCIA SALUD
MI-RS-F-182-01	CONSOLIDADO MENSUAL DE ACTIVIDADES REALIZADAS GAS
MI-RS-F-183-01	PLANILLA DE ENTREGA DE SOPORTES E INCONSISTENCIAS GAS
MI-RS-F-184-01	ACTA DE AUDITORÍA DE ACTIVIDADES A FUNCIONARIOS DEL ÁREA DE VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL
MI-RS-F-185-01	FICHA TÉCNICA DE CAPACITACIÓN LÍNEA DE MEDICAMENTOS SEGUROS
MI-RS-F-186-01	ACCIDENTE OFICIO
MI-RS-F-187-01	BAJO PESO AL NACER
MI-RS-F-188-01	DESNUTRICIÓN AGUDA, MODERADA Y SEVERA MENORES DE 5 AÑOS
MI-RS-F-189-01	CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS
MI-RS-F-190-01	CÁNCER DE MAMA CUELLO UTERINO
MI-RS-F-191-01	CLÓTERA
MI-RS-F-192-01	ENFERMEDAD DE CHAGAS
MI-RS-F-193-01	DENGUE
MI-RS-F-194-01	DEFECTOS CONGÉNITOS
MI-RS-F-195-01	CHIKUNGUNYA
MI-RS-F-196-01	EXPOSICIÓN A FLUOR
MI-RS-F-197-01	DIFTERIA
MI-RS-F-198-01	EVENTO SUPUESTAMENTE ATRIBUIDO A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN
MI-RS-F-199-01	AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA
MI-RS-F-200-01	TRACOMA
MI-RS-F-201-01	HEPATITIS B, HEPATITIS C Y COMBINACIÓN SUPERINFECCIÓN HEPATITIS B-DELTA
MI-RS-F-202-01	ENFERMEDADES HÍGIDAS
MI-RS-F-203-01	VIGILANCIA CENTINELA ENFERMEDAD SIMILAR A INFLUENZA ESPIRAL
MI-RS-F-204-01	INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE-IRAGINUSITADA
MI-RS-F-205-01	BACTERIAS DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS Y VEHICULADAS POR AGUA, HEPATITIS A-HEPARE TIPODEA
MI-RS-F-206-01	INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO ASOCIADAS A PROCEDIMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO-ENDOCRINOLÓGICO-TRATAMIENTO PULMONAR
INSTRUMENTOS PARA CONSIGNAR LOS CAMBIOS EN FUNCIONAMIENTO Y PARTICIPACIÓN DE LOS ESCOLARES CON DISCAPACIDAD INCLUIDOS EN LA ESTRATEGIA	

MI-RS-F-207-01	CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS
MI-RS-F-208-01	INTENTO DE SUICIDIO
MI-RS-F-209-01	INFECCIÓN ASOCIADA A DISPOSITIVOS-IAD EN UCI-CÓDIGO 357
MI-RS-F-210-01	INFECCIÓN ASOCIADA A DISPOSITIVOS-IAD EN UCI-CÓDIGO 359
MI-RS-F-211-01	INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO ASOCIADAS A PROCEDIMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO-COLETIVO
MI-RS-F-212-01	INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS QUÍMICAS
MI-RS-F-213-01	LEISHMANIASIS CUTÁNEA-LEISHMANIASIS MUCOSA-LEISHMANIASIS VISCERAL
MI-RS-F-214-01	LEPRA
MI-RS-F-215-01	LESIONES POR PÓLVORA PIROTÉCNICA
MI-RS-F-216-01	LESIONES DE CAUSA EXTERNA
MI-RS-F-217-01	LEPTOSPIROSIS
MI-RS-F-218-01	MALARIA
MI-RS-F-219-01	MENINGITIS BACTERIANA Y ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA
MI-RS-F-220-01	MORBILIDAD MATERNA EXTERNA
MI-RS-F-221-01	MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA
MI-RS-F-222-01	VIGILANCIA INTEGRADA DE MUERTES EN MENORES CINCO AÑOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, ENFERMEDAD DIARREICA
MI-RS-F-223-01	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA POR ROTAVIRUS
MI-RS-F-224-01	PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA
MI-RS-F-225-01	RABIA HUMANA
MI-RS-F-226-01	SARAMPIÓN-RUBÉOLA
MI-RS-F-227-01	SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA
MI-RS-F-228-01	SÍFILIS GESTACIONAL-SÍFILIS CONGÉNITA
MI-RS-F-229-01	TÉTANOS ACCIDENTAL
MI-RS-F-230-01	TÉTANOS NEONATAL
MI-RS-F-231-01	TOSFERINA
MI-RS-F-232-01	TUBERCULOSIS
MI-RS-F-233-01	VIH SIDA MORTALIDAD POR SIDA
MI-RS-F-234-01	VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR
MI-RS-F-235-01	ZIKA
MI-RS-F-236-01	MORBILIDAD POR IRA
MI-RS-F-237-01	MORBILIDAD POR EDA -VARICELA- EVENTO COLECTIVO SIN ESTABLECER
MI-RS-F-238-01	DATOS BÁSICOS
MI-RS-F-239-01	ENFERMEDAD DIARREICA POR ROTAVIRUS
MI-RS-F-240-01	SOLICITUD DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA
MI-RS-F-241-01	SOLICITUD DE ANULACIÓN CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN Y NACIDOS VIVOS
MI-RS-F-242-02	COMPARENCIA PEDAGÓGICA INSTITUCIONAL DE ESTADÍSTICAS VITALES Y SIGVILA
MI-RS-F-243-01	PERFIL MORBILIDAD VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA INTRAMURAL
SP-F-01-01	PLAN DE ACCIÓN ESPACIO EDUCATIVO COLEGIOS
SP-F-02-02	FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIAL Y AMBIENTAL
SP-F-03-01	REGISTRO INDIVIDUAL PRUEBAS DE VIH
SP-F-05-01	AUDIT- CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL
SP-F-06-01	CÍRCULO CONVENCIONAL REFLEXIVO
SP-F-07-02	PRÁCTICAS DE CRIANZA
SP-F-08-01	RELACION DE PACIENTES CON ASESORÍAS, PRUEBAS REALIZADAS Y ENTREGA DE RESULTADOS
SP-F-09-02	FORMATO DE ACTIVACIÓN DE RUTAS PARA PRIORIDADES ALTAS
SP-F-11-01	PRETEST -6-14
SP-F-12-01	CUESTIONARIO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS PARA NIÑOS RQC
SP-F-13-01	SOPORTE RECORRIDOS A ZONAS Y ESTABLECIMIENTOS DE ENCUENTRO SEXUAL
SP-F-14-01	PRETEST 15 A 20
SP-F-15-01	CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS SRQ
SP-F-16-01	APGAR FAMILIAR
SP-F-17-01	FORTALECIMIENTO DE GRUPOS ORGANIZADOS DE TRABAJADORES INFORMALES
SP-F-18-01	RETEST 25 Y MÁS
SP-F-19-02	CARTA DE COMPROMISO FAMILIAR
SP-F-199-01	IDENTIFICACIÓN, INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO EN INSTITUCIONES DE PROTECCIÓN
SP-F-20-01	FORMATO N° 1 Y 2 CARACTERIZACIÓN Y PLAN DE ACCIONES DE HOGARES COMUNITARIOS

SP-F-21-01	FORMATO N° 3 FORMATO FICHA TÉCNICA
SP-F-22-01	FORMATO N° 4 ESTRUCTURA EJERCICIO CONVERSACIONAL
SP-F-23-01	SEGUIMIENTO CON PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA
SP-F-24-02	FORMATO IDENTIFICACIÓN Y MONITOREO DEL RIESGO
SP-F-25-01	CONCERTACIÓN DE OBJETIVOS
SP-F-26-01	INSTRUMENTO DE REGISTRO PRÁCTICAS EN SALUD ORAL
SP-F-27-01	LISTA DE CHEQUEO
SP-F-28-01	FORMATO N° 3 FICHA TÉCNICA
SP-F-29-01	FORMATO N° 4 ESTRUCTURA DEL EJERCICIO CONVERSACIONAL MODULO 1
SP-F-30-01	FORMATO N° 4 ESTRUCTURA DEL EJERCICIO CONVERSACIONAL MODULO 2
SP-F-31-01	FORMATO N° 4 ESTRUCTURA DEL EJERCICIO CONVERSACIONAL MODULO 3
SP-F-32-01	FORMATO N° 4 ESTRUCTURA DEL EJERCICIO CONVERSACIONAL MODULO 4
SP-F-33-01	PLAN DE ACCIÓN
SP-F-34-01	ANEXO 1. FORMATO DE SISTEMATIZACIÓN DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS
SP-F-35-01	ANEXO N°6 FORMATO DE REGISTRO PRÁCTICAS DE SALUD ORAL
SP-F-36-01	FORMATOS TRABAJO INFANTIL
SP-F-38-01	CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS
SP-F-39-02	PLANILLA DE ASISTENCIA INSTITUCIONES DE PROTECCIÓN Y ATENCIÓN
SP-F-40-01	MS-ASIST V30
SP-F-41-01	FORMATO APEGAR FAMILIAR
SP-F-42-01	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA RESUNTIVA
SP-F-44-01	FICHA VESPA
SP-F-45-01	RELATORIA DE ACTIVIDAD O SESIÓN DE GRUPO
SP-F-46-01	REGISTRO INDIVIDUAL DE ASesorías PRUEBAS Y RESULTADOS
SP-F-47-01	FICHA DE INTERVENCIONES EN SALUD
SP-F-48-01	FORMATO REGISTRO DE PERSONAS CON ACCIONES EN MEDICINA ANCESTRAL PROPIA
SP-F-49-01	FORMATO IDENTIFICACIÓN DE FAMILIAS ETNICAS
SP-F-50-01	FORMATO DE IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE POBLACIÓN ETNICA
SP-F-51-01	IGBTI TAMIZAJE EN SALUD MENTAL
SP-F-52-01	IGBTI PSICOSOCIALES
SP-F-53-01	FORMATO PARA ASesoría INTEGRAL POBLACION LGBTI (ENFERMERIA)
SP-F-54-01	FORMATO ASesoría INTEGRAL EN HOMONINIZACIÓN Y TRANSFORMACIONES CORPORALES (MEDICINA)
SP-F-55-01	FORMATO PARA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL A LA CONSTRUCCIÓN
SP-F-56-01	MATRIZ DE TAMIZAJE POR TALLA, PESO PRESIÓN ARTERIAL
SP-F-57-01	REGISTRO Y SEGUIMIENTO MEDICINA ANCESTRAL O PARTERIA
SP-F-58-01	FORMATO PARA ASesoría EN SALUD MENTAL (PSICOLOGIA)
SP-F-59-01	SEGUIMIENTO DIVERSIDAD ETNICA
SP-F-60-01	FORMATO PARA ASesoría EN TRABAJO SOCIAL
SP-F-61-01	SISTEMA DE INFORMACIÓN LISTADO DE ASISTENCIA
SP-F-62-01	FICHA DE ACERCAAMIENTO Y RECONOCIMIENTO MODALIDAD INDIVIDUAL- ADULTOS
SP-F-63-01	FICHA REGISTRO DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO MODALIDAD INDIVIDUAL
SP-F-64-01	FICHA CIERRE DE ATENCIÓN MODALIDAD FAMILIAR
SP-F-65-01	FICHA ACERCAAMIENTO Y RECONOCIMIENTO MODALIDAD FAMILIAR
SP-F-66-01	FICHA REGISTRO DE ATENCIÓN MODALIDAD FAMILIAR
SP-F-67-01	FICHA ACERCAAMIENTO Y RECONOCIMIENTO MODALIDAD COMUNITARIA
SP-F-68-01	FICHA REGISTRO DE ATENCIÓN MODALIDAD GRUPAL
SP-F-69-01	FICHA CIERRE DE ATENCIÓN MODALIDAD COMUNITARIA
SP-F-70-01	FICHA REMISIÓN A OTROS SERVICIOS O ENTIDADES
SP-F-71-01	FORMATO DE SISTEMATIZACIÓN- RELATORIA DE DIALOGOS DE SABERES
SP-F-72-01	VISTA DOMICILIARIA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
SP-F-73-01	INSTRUMENTO EVALUACIÓN DE DIAGNÓSTICO, SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS
SP-F-74-01	CONTROL DE ENTREGA Y REGISTRO DE MEDICAMENTOS
SP-F-75-01	TARJETA INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS
SP-F-76-01	TARJETA INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS FARMACORRESISTENTE
SP-F-77-01	TARJETA INDIVIDUAL INICIO DE TRATAMIENTO DE LEPRA
SP-F-78-01	FORMATO ENTREGA DE TRATAMIENTO AL PACIENTE CON TUBERCULOSIS

GESTIÓN AMBULATORIA

FORMATOS

PIEZAS COMUNICATIVAS

SP-F-79-01	LISTA CHEQUEO ASISTENCIA TÉCNICA ETV
SP-F-80-01	GUIAS VISITAS IMPLEMENTACIÓN ESTRATEGIA MONITOREO LEPRO
SP-F-81-01	FORMATO CARACTERIZACIÓN DE EVENTOS NOTIFICADOS
SP-F-82-01	CONTACTOS TB
SP-F-83-01	IEC TB FCR
SP-F-84-01	IEC SARAMPIÓN-RUBÉOLA
SP-F-85-01	IEC Tosferina
SP-F-87-01	IEC PARÁLISIS FLACIDA
SP-F-88-01	ACTA E INFORME DE VISITA ESAVI
SP-F-89-01	FORMATO DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD POR IRAG INUSITADO
SP-F-90-01	FORMATO DE IEC PARA MORTALIDAD POR DENGUE, CHIKUNGUNYA
SP-PC-02-01	PIEZA COMUNICATIVA EP. 4. 1. Art. 05. PA2
MI-RS-F-244-01	PERFIL MORTALIDAD VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA INTRAMURAL
MI-RS-F-245-03	FICHA DE CARACTERIZACIÓN UTI-ESPACIO TRABAJO
MI-RS-F-246-03	FICHA DE CARACTERIZACIÓN NIÑOS-NIÑAS Y ADOLESCENTES TRABAJADORES
MI-RS-F-247-01	FORMATO 1A REGISTRO DE PARTICIPANTES EN ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
MI-RS-F-248-01	REGISTRO INDIVIDUAL EN EL PRESTADOR COMUNITARIO, ASESORIAS, PRUEBAS DE TAMIZAJE Y ENTREGA DE RESULTADOS
MI-RS-F-249-01	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
MI-RS-F-250-01	RUEDA DE LA VIDA
MI-RS-F-251-01	DECÁLOGO DE CONDICIONES DE SALUD EN TRABAJADORES INFORMALES
MI-RS-F-252-01	UNIDAD MOVIL-EQUIPO ITINERANTE
MI-RS-F-253-01	MATRIZ DEMANDA INDUCIDA POS
MI-RS-F-254-01	ACTA DE ANÁLISIS EVENTOS MATERNO PERINATALES
MI-RS-F-255-01	ANÁLISIS AGRUPADOS DE CASOS DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA
MI-RS-F-256-01	ANÁLISIS POR DEMORAS EVENTOS MATERNO PERINATALES
MI-RS-F-257-01	PLANILLA Y AUTORIZACIÓN TRASLADOS RUTA DE LA SALUD RED DISTRICTAL
MI-RS-F-258-01	TOMA DE CITOLOGÍA VAGINAL
MI-RS-F-259-01	CARTA A CONJUNTOS
MI-RS-F-260-01	MATRIZ ANÁLISIS MORTALIDAD MAYOR A 48 HORAS
MI-RS-F-261-01	CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES EN SALUD RUTA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD
MI-RS-PC-01-01	PROGRAMA DE CRÓNICOS
MI-GA-F-01-01	HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRÍA OCUPACIONAL
MI-GA-F-02-01	REGISTRO DIARIO DE INASISTENCIA DE PACIENTES
MI-GA-F-03-01	ANEXO 4 PROGRAMA GESTIÓN DEL RIESGO INDIVIDUAL Y COLECTIVO PYD
MI-GA-F-04-01	ENCUESTA DE SÍNTOMAS DE DESÓRDENES MÚSCULO ESQUELÉTICOS
MI-GA-F-05-01	RECOMENDACIONES POST TRATAMIENTO DE ENDODONCIA
MI-GA-F-06-01	RECOMENDACIONES POST TRATAMIENTO DE CIRUGÍA ORAL
MI-GA-F-07-01	RECOMENDACIONES POST TRATAMIENTO DE DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL
MI-GA-F-08-01	RECOMENDACIONES POST TRATAMIENTO DE OPERATORIA DENTAL
MI-GA-F-09-01	RECOMENDACIONES POST TRATAMIENTO DE P Y D
MI-GA-F-10-01	FORMATO SESIONES DE CÁMARA HIPERBÁRICA
MI-GA-F-11-01	FORMATO CONTROL CAMPOS MAGNÉTICOS PULSÁTILES
MI-GA-F-12-01	FORMATO REMISIÓN INTERNA A ACTIVIDADES DE PYD
MI-GA-F-13-01	TABLA GUÍA DE REACCIÓN INMEDIATA EN SERVICIOS AMBULATORIOS
MI-GA-F-15-01	LISTADO DE ASISTENCIA TERAPIAS AMBULATORIAS
MI-GA-F-16-01	SOCIALIZACIÓN DE FOLLETO DE AUTOQUIDADO, NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DEL PACIENTE DE SALUD ORAL
MI-GA-F-17-01	CONTROL DE KIT PARA MANEJAR REACCIONES ANAFILÁCTICAS EN TERAPIA NEURAL MEDICINA ALTERNATIVA
MI-GA-F-18-01	PROGRAMACIÓN DE AGENDAS PROFESIONALES
MI-GA-F-19-01	PROGRAMACIÓN DE AGENDAS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS
MI-GA-F-20-01	NOVEDAD DE AGENDAS MÉDICAS
MI-GA-F-21-01	SEGUIMIENTO PERFIL NEUROCOGNITIVO EN TCE UNIDAD DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLOGÍA
MI-GA-F-22-01	PLANILLA REGISTROS RIESGOS PRESENTADOS
MI-GA-F-23-01	KARDEX DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS DE SALUD ORAL
MI-GA-F-24-01	REGISTRO Y CONTROL TOMA DE RADIOGRAFÍAS
MI-GA-F-25-01	REGISTRO USO Y REUSO DE LIMAS Y FRESAS ODONTOLÓGICA

OD-F-01-01	FORMATO APLICACION DE FLUOR		
OD-F-02-01	FORMATO HISTORIA CLINICA ODONTOLÓGICA-ATENCIÓN EXTRAORAL Y BIRIGADAS		
CE-F-02-01	FORMATO HISTORIA CLINICA MATERNO PERINATAL CLAP-OPS-OMS		
MI-GA-F-26-01	MI-GA-F-26-01-ELECTROCARDIOGRAMA		
MI-GA-F-27-01	CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL USO DE PILOCARPINA OFTALMOLÓGICA		
MI-GA-F-28-01	CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL USO DE TROPICAMIDA OFTALMOLÓGICA		
MI-GA-F-29-01	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y PROCEDIMIENTOS OFTALMOLÓGICA		
MI-GA-FC-02-01	PREPARACIÓN PARA MANOMETRÍA ANORRECTAL		
MI-GA-FC-03-01	PREPARACIÓN PARA PH-METRÍA ESOFÁGICA		
MI-GA-FC-04-01	PREPARACIÓN PARA MANOMETRÍA ESOFÁGICA		
MI-GA-FC-05-01	PREPARACIÓN PARA COLONOSCOPÍA		
MI-GA-FC-06-01	PREPARACIÓN PARA COLANGIO-PANCREATOGRAFía RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA		
MI-GA-FC-10-01	PREPARACIÓN PARA ENDOSCOPÍA DIGESTIVA		
MI-GA-FC-11-01	PREPARACIÓN PARA ESPINOMETRÍA		
MI-GA-FC-12-01	PREPARACIÓN PARA NASOFIBROSCOPIA		
MI-GA-FC-13-01	PREPARACIÓN PARA POLIPECTOMÍA ENDOSCOPÍA VÍAS DIGESTIVAS ALTAS		
MI-GA-FC-14-01	PREPARACIÓN PARA POLIPECTOMÍA ENDOSCOPÍA VÍAS DIGESTIVAS BAJAS		
MI-GA-FC-15-01	PREPARACIÓN PARA PRUEBA DE ESFUERZO		
MI-GA-FC-16-01	PREPARACIÓN PARA URODINAMIA		
MI-GA-FC-17-01	AUTOCLAVADO DEL PACIENTE SALUD ORAL		
MI-GA-FC-18-01	RECOMENDACIONES PARA PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGÍA		
MI-GU-F-01-01	TRIMAGE		
MI-GU-F-02-01	LISTA DE CHEQUEO EN TRASLADO SECUNDARIO DE PACIENTES - APH		
MI-GU-F-03-01	VERIFICACIÓN BARRERAS DE SEGURIDAD VEHICULOS DE EMERGENCIAS EN SALUD		
MI-GU-F-04-01	LISTA DE CHEQUEO DEL INSTRUMENTO RECOMENDACIONES Y CRITERIOS DE EGRESO DE PACIENTES DE URGENCIAS		
MI-GH-F-01-02	CONSENTIMIENTO DESISTIMIENTO INFORMADO PREANESTÉSICO		
MI-GH-F-02-01	CONSENTIMIENTO INFORMADO INTERUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO LVE		
MI-GH-F-03-01	CONSENTIMIENTO INFORMADO TERAPIA FARMACOLÓGICA		
MI-GH-F-07-01	BUNDE UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO		
MI-GH-F-08-01	LISTA DE CHEQUEO PROTOCOLO DE AISLAMIENTO		
MI-GH-F-09-01	REPORTE DE ACTIVIDADES MENSUALES SERVICIO DE INTERCONSULTAS PISOS UNIDAD DE SALUD MENTAL		
MI-GH-F-10-01	REPORTE DE ACTIVIDADES MENSUALES SERVICIO DE URGENCIAS Y TURNOS UNIDAD DE SALUD MENTAL		
MI-GH-F-11-01	REPORTE DE ACTIVIDADES MENSUALES SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN UNIDAD DE SALUD MENTAL		
MI-GH-F-12-01	REGISTRO DIARIO DE PSICOLOGÍA-UNIDAD DE SALUD MENTAL		
MI-GH-F-15-01	VALORACIÓN DEL REGIÓN NACIDO PUERPERIO		
MI-GH-F-18-01	LISTA DE CHEQUEO SEGUIMIENTO EN SALAS DE CIRUGÍA		
MI-GH-F-19-01	RECOMENDACIONES PARA EL DIA DE LA CIRUGÍA PROGRAMADA		
MI-GH-F-20-01	RECOMENDACIONES PARA ANTES DE LA CIRUGÍA		
MI-GH-F-21-01	RECOMENDACIONES PARA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA		
MI-GH-F-22-01	AUTOCONTROL PACIENTE TRAZADORA HOSPITALIZACIÓN		
MI-GH-F-23-01	ADHERENCIA CONSENTIMIENTO HOSPITALIZACIÓN		
MI-GH-F-24-01	LISTA DE CHEQUEO DE PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA		
MI-GH-F-25-01	LISTA DE CHEQUEO DE PREPARACIÓN DEL QUIRÓFANO		
MI-GH-F-26-01	LISTA DE CHEQUEO PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA EL ACTO QUIRÚRGICO		
MI-GH-F-27-01	LISTA DE CHEQUEO DE TRASLADO DEL PACIENTE AL QUIRÓFANO		
MI-GH-F-28-01	LISTA DE CHEQUEO ATENCIÓN SEGUIMIENTO DURANTE EL ACTO QUIRÚRGICO		
MI-GH-F-29-01	LISTA DE CHEQUEO TRASLADO DEL PACIENTE A RECUPERACIÓN		
MI-GH-F-30-01	LIMPIEZA DE DESINFECCIÓN DE AUTOCLAVE-ESTERILIZACIÓN		
MI-GH-F-31-01	ENTREGA DE MATERIAL PARA PROCESO DE ESTERILIZACIÓN		
MI-GH-F-32-01	LISTA DE CHEQUEO ALMACENAMIENTO MATERIAL-ESTERILIZACIÓN		
MI-GH-F-33-01	REGISTRO Y TAZAVALIDAD DE INDICADORES DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN		
MI-GH-F-34-01	HOJA DE VIDA DE DISPOSITIVO MÉDICO REUTILIZABLE		
MI-GH-F-35-01	INUTA DE DESINFECCIÓN MÉDICO QUIRÚRGICA		
MI-GH-F-36-01	TAJARA INFORME ANÁLISIS CAUSAS DE DESATENCIÓN		
MI-GH-F-37-01	FORMATO RECuento DE ELEMENTOS		

GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA

FORMATOS

MI-GH-F-39-03	REPORTE DE CAMAS POR UNIDAD
MI-GH-F-40-01	XARDEX EQUIPOS DE INSTRUMENTAL
MI-GH-F-41-01	REGISTRO DE INDICADORES FÍSICOS, QUÍMICOS Y BIOLÓGICOS CAPS-ODONTOLOGÍA
MI-GH-F-42-01	REGISTRO DE INDICADORES FÍSICOS QUÍMICOS Y BIOLÓGICOS-ESTERILIZACIÓN
MI-GH-F-43-01	TRAZABILIDAD DE INSTRUMENTAL Y-O EQUIPO ESTÉRIL
MI-GH-F-44-01	LISTA DE VERIFICACIÓN Y LIMPIEZA DESINFECCIÓN TERMINAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
MI-GH-F-45-01	REGISTRO TEMPERATURA Y HUMEDAD CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
MI-GH-F-46-01	SALIDA DE REMISIONES Y-O EQUIPOS
MI-GH-F-47-01	LISTA DE CHEQUEO DE ACTIVIDADES CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
MI-GH-F-48-01	RECEPCIÓN TÉCNICA MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS ESTERILIZACIÓN
MI-GH-F-49-01	LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN VEHÍCULO DE TRANSPORTE DE MATERIAL ESTÉRIL
MI-GH-F-50-01	SEGUIMIENTO DE ASISTENCIA A PSICOLOGÍA PROGRAMADA HOSPITAL DÍA
MI-GH-F-51-01	EDAD GESTACIONAL
MI-GH-F-52-01	HOJA CONTROL SANGRE EXTRAÍDA
MI-GH-F-53-01	CURVA DE CRECIMIENTO
MI-GH-F-54-01	CURVA DE CRECIMIENTO FETAL
MI-GH-F-55-01	INDICACIONES DE SALIDA UNIDAD DE RECIÉN NACIDOS
MI-GH-F-56-01	RECOMENDACIONES PARA CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO SANO
MI-GH-F-57-01	RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO NEONATO QUE EGRESA DE LA UNIDAD DE RECIÉN NACIDOS
MI-GH-F-58-01	REGISTRO DE LABORATORIOS
MI-GH-F-59-01	INFORME DE MONITORÍA FETAL
MI-GH-F-60-01	NOTA DE INGRESO A URGENCIAS SALA DE PARTOS
MI-GH-F-61-01	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO
MI-GH-F-62-01	CERVICOHISTEROSCOPIA
MI-GH-F-63-01	HOJA INDIVIDUAL DE REGISTRO DE CONSUMO SALA DE PARTOS
MI-GH-F-64-01	TARJETÓN DE GASTOS CURACIÓN DEL PACIENTE QUEMADO
MI-GH-F-65-01	HOJA DE CULTIVOS-CUIDADOS INTENSIVOS
MI-GH-F-66-01	HOJA DE DIÁLISIS PERITONEAL
MI-GH-F-67-01	CONTROL DE INFECCIONES DE UNIDAD RENAL
MI-GH-F-68-01	REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD RENAL
MI-GH-F-69-01	COMPLICACIONES UNIDAD RENAL
MI-GH-F-70-01	PACIENTES QUE SE HOSPITALIZAN UNIDAD RENAL
MI-GH-F-71-01	REGISTRO DE AUSENCIAS A DIÁLISIS UNIDAD RENAL
MI-GH-F-72-01	TRANSFUSIONES UNIDAD RENAL
MI-GH-F-73-01	INCIDENTES EN UNIDAD RENAL
PIEZAS COMUNICATIVAS	
MI-GH-PC-01-01	TABLA PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS CUIDADO CRÍTICO
MI-SC-F-02-02	ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN PACIENTE-COMPONENTE
MI-SC-F-03-02	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE MEDIO DE CONTRASTE
MI-SC-F-04-01	CONSENTIMIENTO INFORMADO ESTUDIO RADIOLOGICO PACIENTE EMBARAZADA
MI-SC-F-05-01	DESISTIMIENTO DE ESTUDIO RADIOLOGICO
MI-SC-F-06-02	CONTROL DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE EQUIPOS -IMAGENES DIAGNOSTICAS
MI-SC-F-08-02	PREPARACION RX ESPECIALES CONTRASTADOS
MI-SC-F-09-02	PREPARACION RX SIMPLES
MI-SC-F-10-02	PREPARACIÓN PARA ESTUDIOS DE ESCANOGRAFÍA (TAC)
MI-SC-F-11-01	PREPARACIÓN PARA ESTUDIOS DE ECOGRAFIA Y DOPPLER
MI-SC-F-12-01	FORMATO ACTIVIDADES DIARIAS
MI-SC-F-13-01	FORMATO AUDITORIA REGISTRO TRANSFUSIONAL
MI-SC-F-14-01	FORMATO COMPONENTES TRANSFUNDIDOS POR GRUPOS SANGUINEOS
MI-SC-F-15-01	ENVIO DE MUESTRAS DISCREPANCIAS Y-O CONFIRMACIONES AL BANCO PROVEEDOR
MI-SC-F-16-02	FORMATO CONTROL DE CALIDAD INTERNO
MI-SC-F-17-01	FORMATO DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNO
MI-SC-F-18-01	FORMATO CONTROL DE CALIDAD DE REACTIVOS
MI-SC-F-19-01	ENTREGA DE TURNO
MI-SC-F-20-01	FORMATO CONTROL ENTREGA DE CONTENEDOR DE TRANSPORTE DE COMPONENTES

MI-SC-F-21-01	ESTADÍSTICA DIARIA DE COMPONENTES
MI-SC-F-22-01	CRONOGRAMA DE CAPACITACION
MI-SC-F-23-01	FACTURACION
MI-SC-F-24-01	BOLSA DE COMPONENTES ENTREGADAS PARA INCIERNA
MI-SC-F-25-01	CONTROL DE CALIDAD DIARIA ANTISÉPTICOS
MI-SC-F-26-01	HOJA DE TRABAJO DIARIO
MI-SC-F-27-01	INFORMACION PACIENTES CIRUGÍA AMBULATORIA
MI-SC-F-28-01	INFORME DE REACCION TRANSFUSIONAL
MI-SC-F-29-01	INTERCAMBIO DE COMPONENTES
MI-SC-F-30-01	LISTA DE CHEQUEO TRANSFUSIONAL
MI-SC-F-31-01	PACIENTES POLITRANSFUNDIDOS O DE MAYOR RIESGO TRANSFUSIONAL
MI-SC-F-32-01	PROGRAMACION CONTROL DE CALIDAD INTERNO Y EXTERNO
MI-SC-F-33-01	RECEPCION TECNICA REACTIVOS
MI-SC-F-34-01	REGISTRO COMPONENTES NO DISPONIBLES
MI-SC-F-35-01	REGISTRO DE FIRMAS DEL RECURSO HUMANO DEL SERVICIO
MI-SC-F-36-01	REGISTRO DE OPORTUNIDAD DESPACHO COMPONENTES SANGUINEOS
MI-SC-F-37-01	REGISTRO SANGRE CAJAZADA NO TRANSFUNDIDA O DEVUELTA
MI-SC-F-38-01	REGISTRO DE TEMPERATURA EQUIPOS SERVICIO DE TRANSFUSION
MI-SC-F-39-01	REGISTRO DIARIO DE PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGIA
MI-SC-F-40-01	REGISTRO MENSUAL DE PACIENTES TRANSFUNDIDOS
MI-SC-F-41-01	REGISTRO TRANSFUSIONAL
MI-SC-F-42-01	REPORTE DE NOVEDADES DE EQUIPOS A INGENIERIA
MI-SC-F-43-01	REVISION DE DOCUMENTOS
MI-SC-F-44-01	SOLICITUD DE TRANSFUSION RESERVA
MI-SC-F-45-01	SEGUIMIENTO FECHAS DE VENCIMIENTO COMPONENTES SANGUINEOS
MI-SC-F-46-01	SEGUIMIENTO REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSION
MI-SC-F-47-01	STOCK DE COMPONENTES SANGUINEOS
MI-SC-F-48-01	FORMATO PARA TRANSFUSION DE UNIDADES DE SANGRE SIN PRUEBAS CRUZADAS
MI-SC-F-49-01	REGISTRO DIARIO DE COMPONENTES SOLICITADOS Y TRANSFUNDIDOS
MI-SC-F-51-02	INFORME PATOLOGIA
MI-SC-F-52-01	INGRESO DE INFORMACION BASICA AL SISTEMA
MI-SC-F-53-01	EVALUACION DEL GRADO DE ADHERENCIA A LOS PROCEDIMIENTOS
MI-SC-F-54-01	REGISTRO TEMPERATURA DE NEVERA
MI-SC-F-55-01	REGISTRO DE TEMPERATURA DE CRIOSTATO
MI-SC-F-56-01	ADHERENCIA A PROCEDIMIENTO CITOLOGIA DE LIQUIDOS CORPORALES Y FUNCION ASPIRACION CON AGUA FILTA
MI-SC-F-57-01	NECROPSIA CLINICA
MI-SC-F-58-01	CONTROL DE PH FORMOL
MI-SC-F-59-01	REGISTRO DE TEMPERATURA DE CENTRAL INCLUSION
MI-SC-F-60-01	REGISTRO DE TEMPERATURA DE HORNO
MI-SC-F-61-01	REGISTRO DE TEMPERATURA DE BAÑO DE FLOTACION
MI-SC-F-62-01	REGISTRO TEMPERATURA DE PROCESADORA TEJIDOS THERMO SCIENTIFIC
MI-SC-F-63-01	KARDEX DE CONTROL DE REACTIVOS E INSUMOS
MI-SC-F-64-01	FORMATO DE CONTROL CALIDAD EN HISTOTECHIA
MI-SC-F-65-01	CAMBIO DE REACTIVOS COLOCACION HEMATOLOGIA-EOSINA
MI-SC-F-66-01	CAMBIO DE REACTIVOS PROCESADORA AUTOMATICO DE TEJIDOS
MI-SC-F-67-01	LIMPIEZA DE EQUIPOS
MI-SC-F-68-01	LIMPIEZA DIARIA DE MICROCOSCIPOS
MI-SC-F-69-03	SOLICITUD DE ANTIMICROBIANOS
MI-SC-F-70-01	CRITERIOS PARA NOTIFICACION DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD AL SUBSISTEMA DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN BOGOTÁ
MI-SC-F-71-01	FORMATO EXTERNO-DATOS BASICOS
MI-SC-F-72-01	FORMATO EXTERNO-INFECCION ASOCIADA A DISPOSITIVOS COLECTIVO F359
MI-SC-F-73-01	FORMATO EXTERNO-INFECCION ASOCIADA A DISPOSITIVOS COLECTIVO F357
MI-SC-F-74-01	FORMATO EXTERNO-INFECCIONES EN SITIO QUIRURGICO-F352
MI-SC-F-75-03	EGRESO DEL PACIENTE POR ATENCION DOMICILIARIA
MI-SC-F-76-01	ATENCION DOMICILIARIA EVIDENCIA DE LA PRESTACION DEL SERVICIO
MI-SC-F-77-02	ATENCION DOMICILIARIA-EVOLUCION TERAPIA FISICA

FORMATOS

MI-SC-F-78-02	<u>ATENCIÓN DOMICILIARIA EVOLUCIÓN TERAPIA OCUPACIONAL</u>
MI-SC-F-79-02	<u>ATENCIÓN DOMICILIARIA EVOLUCIÓN TERAPIA RESPIRATORIA</u>
MI-SC-F-80-02	<u>FORMATO DE CAPACITACIÓN AL PACIENTE Y CUIDADOR</u>
MI-SC-F-81-02	<u>ATENCIÓN DOMICILIARIA LISTA DE CHEQUEO</u>
MI-SC-F-82-02	<u>ATENCIÓN DOMICILIARIA NOTAS DE ENFERMERÍA</u>
MI-SC-F-83-02	<u>ATENCIÓN DOMICILIARIA REGISTROS DE MEDICAMENTOS</u>
MI-SC-F-84-02	<u>ATENCIÓN DOMICILIARIA REGISTRO DE SIGNOS VITALES</u>
MI-SC-F-85-02	<u>ATENCIÓN DOMICILIARIA SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA</u>
MI-SC-F-86-01	<u>VALORACIÓN E INGRESO DEL PACIENTE</u>
MI-SC-F-87-01	<u>NOTIFICACIÓN DE RESULTADOS CRÍTICOS-IMAGENOLÓGICA</u>
MI-SC-F-88-01	<u>ALIMENTOS CONTRAINDICADOS EN ANTICOAGULACIÓN</u>
MI-SC-F-89-01	<u>ALIMENTOS FORMADORES DE GASES</u>
MI-SC-F-90-01	<u>BEBIDAS HIPERCALÓRICAS</u>
MI-SC-F-91-01	<u>FORMATO RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA DIETA BAJA EN RESIDUO</u>
MI-SC-F-92-01	<u>FORMATO RECOMENDACIONES NUTRICIONALES ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA</u>
MI-SC-F-93-01	<u>FORMATO RECOMENDACIONES NUTRICIONALES GESTANTE CON EXCESO DE PESO</u>
MI-SC-F-94-01	<u>FORMATO RECOMENDACIONES NUTRICIONALES DURANTE GESTACIÓN</u>
MI-SC-F-95-01	<u>RECOMENDACIONES NUTRICIONALES ENFERMEDAD ÁCIDO PÉPTICO</u>
MI-SC-F-96-01	<u>FORMATO RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA BAJAR DE PESO</u>
MI-SC-F-97-01	<u>FORMATO ACTIVIDADES AUXILIARES DEL LACTARIO</u>
MI-SC-F-98-01	<u>FORMATO ACTIVIDADES DE NUTRICIÓN</u>
MI-SC-F-99-01	<u>FORMATO CONSOLIDADO DE TAMIZAJE NUTRICIONAL</u>
MI-SC-F-100-01	<u>FORMATO CONTROL DIARIO DE DIETAS</u>
MI-SC-F-101-01	<u>FORMATO CONTROL ENTREGA FÓRMULAS PEDIATRÍA</u>
MI-SC-F-102-01	<u>CONTROL ENTREGA DE FÓRMULAS LÁCTEAS</u>
MI-SC-F-103-01	<u>FORMATO CONTROL FÓRMULA LÁCTEA</u>
MI-SC-F-104-01	<u>FORMATOS DE INVENTARIOS DE INSUMOS DEL LÁCTARIO</u>
MI-SC-F-105-01	<u>FORMATO ORDENES DE DIETAS</u>
MI-SC-F-106-01	<u>FORMATO DE PERFIL TERAPIA NUTRICIONAL</u>
MI-SC-F-107-01	<u>FORMATO SOLICITUD FÓRMULAS LÁCTEAS URN</u>
MI-SC-F-109-01	<u>FORMATO PERFIL FARMACOTERAPÉUTICO</u>
MI-SC-F-111-01	<u>PLAN DE EGRESO AMBULATORIO SERVICIO DE TERAPIAS</u>
MI-SC-F-112-02	<u>REHABILITACIÓN - REPORTE DE ACTIVIDADES DIARIAS FERULAS</u>
MI-SC-F-113-01	<u>CONSOLIDADO MENSUAL REHABILITACIÓN CARDÍACA FASE II</u>
MI-SC-F-114-01	<u>REGISTRO DE ACTIVIDADES - TERAPIA RESPIRATORIA</u>
MI-SC-F-115-01	<u>REPORTE DE ACTIVIDADES DIARIAS HOSPITALIZACIÓN</u>
MI-SC-F-116-01	<u>MENÚ MODELO DIETA DE 1500 CALORÍAS</u>
MI-SC-F-117-01	<u>FORMATO MENÚ MODELO DIETA DE 1200 CALORÍAS</u>
MI-SC-F-118-01	<u>MENÚ MODELO HIPERCALÓRICO</u>
MI-SC-F-119-01	<u>RECOMENDACIONES NUTRICIONALES DIETA ALTA EN FIBRA</u>
MI-SC-F-120-01	<u>RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA</u>
MI-SC-F-121-01	<u>CONSTANCIA ASISTENCIA A TOMA DE MUESTRAS</u>
MI-SC-F-122-01	<u>ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO DEL CONTROL DE CALIDAD EXTERNO EN MICROSCOPIA</u>
MI-SC-F-123-01	<u>CONTROL CONDICIONES TOMA DE MUESTRAS</u>
MI-SC-F-124-01	<u>ANÁLISIS DESEMPEÑO LA EVALUACIÓN EXTERNA UROANÁLISIS-PARASITOLOGÍA</u>
MI-SC-F-125-01	<u>CONTROL DE CALIDAD COLORACIÓN DE GRAM</u>
MI-SC-F-126-01	<u>CONTROL DE CALIDAD REACTIVOS MICROSCOPIA</u>
MI-SC-F-127-01	<u>CONTROL DE CALIDAD COLORACIÓN DE ZIEHL-NEESEN</u>
MI-SC-F-128-01	<u>CONTROL DE CALIDAD INTERNO PRUEBAS DE ORIENTACIÓN EN MICROBIOLOGÍA</u>
MI-SC-F-129-01	<u>CONTROL DE CALIDAD SENSIDISCOS</u>
MI-SC-F-130-01	<u>CONTROL DE ESTERILIDAD MEDIOS DE CULTIVO</u>
MI-SC-F-131-01	<u>CONTROL DE INGRESO DE MUESTRAS Y ENTREGA DE RESULTADOS HOSPITALARIOS</u>
MI-SC-F-132-01	<u>CONTROL DE CALIDAD DE LOTE SUEROS HEMOCLASIFICADORES</u>
MI-SC-F-133-01	<u>CONTROL DE CALIDAD INFLUENZA</u>
MI-SC-F-134-01	<u>CONTROL DIARIO DE SUEROS HEMOCLASIFICADORES</u>
MI-SC-F-135-01	<u>CONTROL DIARIO ENTREGA DE RESULTADOS DE CONSULTA EXTERNA</u>

COMPLEMENTARIOS
GESTIÓN DE SERVICIOS

MI-SC-F-136-01	CONTROL FILTRACIÓN DE COLORANTES
MI-SC-F-137-01	CONTROL INTERNO COLOCACION DE WAIGHT
MI-SC-F-138-01	CONTROL INTERNO DE CEPAS ATCC
MI-SC-F-139-01	CONTROL DE CAIDAD INTERNO TIRAS DE GRINA
MI-SC-F-140-01	CONTROL MUESTRAS PRE Y POST
MI-SC-F-141-01	CONTROL DE SOLICITUD DE NUEVAS MUESTRAS
MI-SC-F-142-01	CONTROL DE CAIDAD INTERNO VPM
MI-SC-F-143-01	ENVIO A LABORATORIO EXTERNO
MI-SC-F-144-01	CONTROL DE CRECIMIENTO DE MEDIOS DE CULTIVO
MI-SC-F-145-01	CONTROL TOMA DE MUESTRA EXTRAMURAL
MI-SC-F-146-01	REMISIÓN DE MUESTRAS A CENTRAL DE PROCESAMIENTO
MI-SC-F-147-01	REMISIÓN DE MUESTRAS PARA RED DE APOYO
MI-SC-F-148-01	SEGUIMIENTO AL CONTROL DE CAIDAD MICROBIOLOGIA
MI-SC-F-149-01	CONSENTIMIENTO DISEÑAMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRAS
MI-SC-F-150-01	EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA
MI-SC-F-151-01	MUESTRAS RECHAZADAS
MI-SC-F-152-01	PACIENTES DEVUELTOS
MI-SC-F-153-01	RELLAMADO A PACIENTES
MI-SC-F-154-01	REPORTE MANUAL
MI-SC-F-156-01	FORMATO REGISTRO DE LA ATENCIÓN MENORES DE 5 AÑOS SALA ERA
MI-SC-F-157-01	MENÚ MODELO HIPOGLUCIDO
MI-SC-F-158-01	RECOMENDACIONES DIETA HIPOGLUCIDA
MI-SC-F-159-01	RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA DIABETES
MI-SC-F-160-01	RECOMENDACIONES NUTRICIONALES DIETA HIPOGRASA
MI-SC-F-161-01	RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA HIPOGLUCEMIA
MI-SC-F-162-01	HISTORIA CLINICA NUTRICIONAL
MI-SC-F-163-01	TABLA guía DE REACCIÓN INMEDIATA SERVICIO DE TERAPIAS Y REHABILITACIÓN
MI-SC-F-164-01	TABLA guía DE REACCIÓN INMEDIATA EN ATENCIÓN DOMICILIARIA
MI-SC-F-165-01	SEGUIMIENTO Y CONTEO DIARIO DE FÓRMULAS AMAMANTATORIAS SERVICIO FARMACÉUTICO
MI-SC-F-166-01	SEGUIMIENTO Y CONTEO DIARIO FÓRMULAS URGENTES Y HOSPITALIZADOS-SERVICIO FARMACÉUTICO
MI-SC-F-167-01	INFORME DE REPOSICIÓN CARRO DE PAÑO SERVICIO FARMACÉUTICO
MI-SC-F-168-01	FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES
MI-SC-F-169-01	FORMATO ESTANDARIZADO DE TRASLADOS DE PACIENTES
MI-SC-F-170-01	LISTA DE CHEQUEO REFERENCIA REMISIONES EXTERNAS
MI-SC-F-171-01	LISTA DE CHEQUEO REFERENCIA TRASLADOS INTERNOS
MI-SC-F-172-01	SOPORTE PARA REPOSICIÓN CARRO DE PAÑO
MI-SC-F-173-01	ALGORITMO PARA SEGUIMIENTO FACTORES DE RIESGO DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA
MI-SC-F-174-01	LISTA CHEQUEO ALIMENTACIÓN SEGURA-UNIDAD
MI-SC-F-175-01	LISTA CHEQUEO ALIMENTACIÓN SEGURA-TRANSPORTE
MI-SC-F-176-01	LISTA CHEQUEO ALIMENTACIÓN SEGURA-PLANTA
MI-SC-F-177-01	LISTA DE CHEQUEO PREPARACIÓN FÓRMULAS LÁCTEAS - NUTRICIÓN
MI-SC-F-178-01	LISTA DE CHEQUEO SALA DE EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA LACTARIO AMIGO - NUTRICIÓN
MI-SC-F-179-01	CONTROL DE TRASLADO DE MUESTRAS UNIDAD DE SERVICIOS FRAY BARTOLOME A LA CENTRAL DE PROCESAMIENTO LABORATORIO
MI-SC-F-180-01	CONTROL DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS LABORATORIOS
MI-SC-F-181-01	EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA
MI-SC-F-182-01	LIMPIEZA DE NEVERAS,CENTRIFUGAS E INCUBADORAS LABORATORIO
MI-SC-F-183-01	MANTENIMIENTO EQUIPO DE COAGULACION LABORATORIO
MI-SC-F-184-01	MANTENIMIENTO EQUIPO DE HEMATOLOGIA LABORATORIO
MI-SC-F-185-01	MANTENIMIENTO EQUIPO DE HEMOGLOBINA GLUCOSILADA LABORATORIO
MI-SC-F-186-01	MANTENIMIENTO EQUIPO DE GRINA LABORATORIO
MI-SC-F-187-01	MANTENIMIENTO EQUIPO DE INFECCIOSAS LABORATORIO
MI-SC-F-188-01	MANTENIMIENTO EQUIPO DE QUÍMICA LABORATORIO
MI-SC-F-189-01	MEDICION DE ADHERENCIA LABORATORIO
MI-SC-F-190-01	CONSUMO DE LECHE DE FÓRMULA EN EL LACTARIO SERVICIO NEONATOLOGIA
MI-SC-F-191-01	ENTREGA DE COMPLEMENTOS
MI-SC-F-192-01	ENTREGA DE FÓRMULAS-LACTARIO

MI-SC-F-193-01	<u>ESTADÍSTICAS DE LECHE MATERNAS Y FORMULAS EN PEDIATRIA</u>
MI-SC-F-194-01	<u>ESTANDARIZACION DE FORMULAS</u>
MI-SC-F-195-01	<u>SERVICIO DE LACTARIO AMIGO ESTRATEGIA IAMHAFI</u>
MI-SC-F-196-01	<u>CONSEJERIA DE LACTANCIA MATERNA</u>
MI-SC-F-197-01	<u>LISTADO DE COMPLEMENTOS NUTRICIONALES</u>
MI-SC-F-198-01	<u>SOLICITUD FORMULAS LACTEAS Y LECHE MATERNA EN URN</u>
MI-SC-F-199-01	<u>MONITOREO TEMPERATURA LACTARIO</u>
MI-SC-F-200-01	<u>MONITOREO TEMPERATURA CONGELADOR</u>
MI-SC-F-201-01	<u>LISTA DE CHEQUEO LACTARIO</u>
MI-SC-F-202-01	<u>SOLICITUD PREPARACION FORMULAS</u>
MI-SC-F-203-02	<u>ENTREGA DE INFORMACIÓN, DEBERES Y DERECHOS Y PREPARACIÓN A USUARIOS-IMÁGENES DIAGNÓSTICAS</u>
MI-SC-F-204-01	<u>ENCUESTA MAMOGRAFIA IMAGENES DIAGNOSTICAS</u>
MI-SC-F-205-01	<u>LISTA DE CHEQUEO ADHERENCIA IMÁGENES DIAGNÓSTICAS</u>
MI-SC-F-206-01	<u>CARNET CITAS PROGRAMA OXIGENO</u>
MI-SC-F-207-01	<u>VISTA OXIGENO DOMICILIARIO</u>
MI-SC-F-208-02	<u>VALORACIÓN AUDIOLÓGICA</u>
MI-SC-F-209-01	<u>ADHERENCIA A INSTRUCTIVOS SERVICIOS DE TERAPIAS</u>
MI-SC-F-210-01	<u>EDUCACIÓN E INDICACIONES DE ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO DOMICILIARIO</u>
MI-SC-F-211-01	<u>SEGUIMIENTO FECHAS DE VENCIMIENTO TERAPIAS</u>
MI-SC-F-212-01	<u>MONITOREO VENTILATORIO TERAPIAS URGENCIAS</u>
MI-SC-F-213-01	<u>LISTA DE CHEQUEO DE INDUCCIÓN ESPECÍFICA</u>
MI-SC-F-214-01	<u>SEGUIMIENTO SOLICITUDES DE INCLUSIONES Y-O EXCLUSIONES DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS</u>
MI-SC-F-215-01	<u>FORMATO INCLUSIÓN Y-O EXCLUSIÓN MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS</u>
MI-SC-F-216-01	<u>EVALUACIÓN ATENCIÓN EN IMÁGENES DIAGNÓSTICAS</u>
MI-SC-F-217-01	<u>ADMINISTRACIÓN DE MEDIO CONTRASTE CLASIFICACIÓN DE RIESGO-TASA FILTRACIÓN GLOMERULAR (TFG)</u>
MI-SC-F-218-01	<u>CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD RELATIVA AMBIENTAL-IMAGENOLOGÍA</u>
MI-SC-F-219-01	<u>FORMATO RECEPCIÓN TÉCNICA MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS ALMACÉN</u>
MI-SC-F-220-01	<u>FORMATO RECEPCIÓN TÉCNICA MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS FARMACIA</u>
MI-SC-F-221-01	<u>RECEPCIÓN TÉCNICA MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS ENTRE FARMACIAS</u>
MI-SC-F-222-01	<u>CONTROL DE APERTURA DE KIT DE DERRAMES</u>
MI-SC-F-223-01	<u>CONTROL DE LIMPIEZA DE ÁREAS Y EQUIPOS</u>
MI-SC-F-224-01	<u>CONSENTIMIENTO INFORMADO NECROPSIA CLÍNICA -PATOLOGÍA</u>
MI-SC-F-225-01	<u>AUTORIZACIÓN PARA DISPOSICIÓN DEL PRODUCTO DE GESTACIÓN-PATOLOGÍA</u>
MI-SC-F-226-01	<u>OBJETIVOS DE TRATAMIENTO TERAPIA OCUPACIONAL SALUD MENTAL</u>
MI-SC-F-227-01	<u>ESCALA COMPRENSIVA EN TERAPIA OCUPACIONAL COTE</u>
MI-SC-F-228-01	<u>REGISTRO DE DEMANDA INDUCIDA TERAPIAS Y REHABILITACIÓN</u>
MI-SC-F-229-01	<u>CLÍNICA DE HERIDAS PARA MANEJO EN DOMICILIO</u>
MI-SC-F-230-02	<u>EGRESO HOSPITALARIO E INGRESO POR ALTA TEMPRANA O EXTENSIÓN HOSPITALARIA ATENCIÓN DOMICILIARIA</u>
MI-SC-F-231-01	<u>SOLICITUD DE MEDICAMENTOS NO PLAN BENEFICIOS EN SALUD</u>
MI-SC-F-232-01	<u>LISTADO DE ASISTENCIA SERVICIO DE TERAPIAS Y REHABILITACIÓN</u>
MI-SC-F-233-01	<u>CONSOLIDADO MENSUAL AUDIOLÓGIA AMBULATORIA</u>
MI-SC-F-234-01	<u>REPORTE DE ACTIVIDADES DIARIAS TERAPIA OCUPACIONAL SALUD MENTAL</u>
MI-SC-F-237-01	<u>PERFIL DE TERAPIA NUTRICIONAL QUEMADOS - PEDIATRÍA</u>
MI-SC-F-238-01	<u>TAMIZAJE NUTRICIONAL PEDIÁTRICO - STROG KIDS</u>
MI-SC-F-239-01	<u>EVOLUCIÓN TERAPIA OCUPACIONAL</u>
MI-SC-F-240-01	<u>MEDICINA CRÍTICA TERAPIA RESPIRATORIA</u>
MI-SC-F-241-01	<u>NOVEDADES MÁQUINA DE GASES</u>
MI-SC-F-242-01	<u>LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE EQUIPOS-TRAZABILIDAD DE USOS VENTILADORES MECÁNICOS</u>
MI-SC-F-243-01	<u>SEGUIMIENTO SOPORTE NUTRICIONAL CONTROLES ENFERMERÍA</u>
MI-SC-F-244-01	<u>EVALUACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL SERVICIO DE SALUD MENTAL</u>
MI-SC-F-245-01	<u>LISTA DE CHEQUEO REMISIÓN-REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</u>
MI-SC-F-246-01	<u>DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS</u>
MI-SC-F-247-01	<u>REGISTRO ASISTENCIA A CAPACITACIÓN DE TERAPIAS Y REHABILITACIÓN PACIENTES Y FAMILIARES</u>
MI-SC-F-248-01	<u>CONTROL TOMA GASES ARTERIO-VENOSOS</u>
MI-SC-F-249-01	<u>ACTIVIDADES TERAPIA RESPIRATORIA HOSPITALIZACIÓN</u>
MI-SC-F-250-01	<u>ACTIVIDADES TERAPIA RESPIRATORIA URGENCIAS</u>

MI-SC-F-251-01	REGISTRO DIARIO DE SESIONES DE OTRAS TERAPIAS	
MI-SC-F-252-02	CONSENTIMIENTO INFORMADO TRANSFUSIÓN SANGÜÍNEA Y/O HEMOCOMPONENTES	
MI-SC-F-253-01	VALORACIÓN AUDIOLÓGICA REDIATRICA	
MI-SC-F-254-01	CONTROL DE FACTORES AMBIENTALES Y CADENA DE FIELO	
MI-SC-F-255-01	FORMATO ÚNICO PARA CAPACITACIÓN A PACIENTE, FAMILIA O ACOMPAÑANTE Y SOCIALIZACIÓN DE TERAPIAS	
MI-SC-F-254-01	CONTROL DE FACTORES AMBIENTALES Y CADENA DE FIELO	
MI-SC-F-256-01	TERAPIAS Y REMEDIACIÓN OPORTUNIDAD INTERCONSULTA HOSPITALIZACIÓN	
MI-SC-F-257-01	GASTO MATERIAL DE FERRULAS	
MI-SC-F-258-01	ENTREGA DE INFORMACIÓN PACIENTES AMBULATORIOS LABORATORIO CLÍNICO	
MI-SC-F-259-01	EVALUACIÓN EMISIONES OTOLÓGICAS FONOAUDIOLÓGICA	
MI-SC-F-260-01	CONTROL DE TEMPERATURA AMBIENTE Y HUMEDAD RELATIVA SERVICIO TRANSFUSIONAL	
MI-SC-F-261-01	FORTRIFICACIÓN DE LECHE MATERNA	
MI-SC-F-262-01	REPORTE DE FALLAS EN DISPOSITIVOS MÉDICOS LABORATORIO CLÍNICO	
MI-SC-F-263-01	LISTA DE VERIFICACIÓN LABORATORIO CLÍNICO	
MI-SC-F-263-01	LISTA DE VERIFICACIÓN LABORATORIO CLÍNICO	
MI-SC-PC-01-02	SERVICIO DE TERAPIAS	
MI-SC-PC-02-01	CONDICIONES GENERALES PARA LA TOMA DE MUESTRA PARA EXÁMENES DE LABORATORIO	
MI-SC-PC-03-01	INSTRUCCIONES PARA PADRES DE NIÑOS CON OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA	
MI-SC-PC-04-01	GUIADOS PARA PACIENTES CON TRAQUEOSTOMIA EN CASA	
MI-SC-PC-05-01	RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON OXÍGENO DOMICILIARIO O SUPLEMENTARIO	
MI-SC-PC-06-01	GUIADO SALA ERA	
MI-SC-PC-07-01	RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA ALIMENTACIÓN POR Sonda	
MI-SC-PC-08-01	CARTILLA GASTROSTOMIA: MANEJO EN CASA	
MI-SC-PC-09-01	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA A REALIZAR CON EL PACIENTE QUE RECIBE NUTRICIÓN ENTERAL O PARENTERAL	
MI-SC-PC-10-01	PLAN CASERO EJERCICIOS PARA TRANSFERENCIAS DEL HABLA FONOAUDIOLÓGICA	
MI-SC-PC-11-01	PLAN CASERO TAPON CERUMEN	
MI-SC-PC-12-01	GUIO MIS OÍDOS	
MI-SC-PC-13-01	PLAN CASERO DISLUCENCIA	
MI-SC-PC-14-01	PLAN CASERO RETRASO EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE	
MI-SC-PC-15-01	PLAN CASERO DISARTRIA	
MI-SC-PC-16-01	PLAN CASERO AFASIA DE BROCA O EXPRESIVA	
MI-SC-PC-17-01	PLAN CASERO AFASIA DE WERNIK O COMPRENSIVA	
MI-SC-PC-18-01	PLAN CASERO AFASIA MIXTA O GLOBAL	
MI-SC-PC-19-01	PLAN CASERO AUDICIÓN DE 0 A 3 MESES	
MI-SC-PC-20-01	PLAN CASERO AUDICIÓN DE 3 A 6 MESES	
MI-SC-PC-21-01	PLAN CASERO AUDICIÓN DE 6 A 12 MESES	
MI-SC-PC-22-01	PLAN CASERO AUDICIÓN 12 MESES EN ADELANTE	
MI-SC-PC-23-01	GUIA PARA EL MANEJO EN CASA DE Sonda DE GASTRONOMÍA	
MI-SC-PC-24-01	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA A REALIZAR PACIENTE QUE RECIBE NUTRICIÓN ENTERAL EN INFUSIÓN CONTINUA	
MI-SC-F-01-02	CONSENTIMIENTO INFORMADO E INTERVENCIONES EN SALUD	
MI-SC-F-02-04	PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	
MI-SC-F-03-02	REGISTRO DE MEDICAMENTOS	
MI-SC-F-04-03	CONSENTIMIENTO INFORMADO Y/O DISENTIMIENTO PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA	
MI-SC-F-05-01	CONTROL Y SEGUIMIENTO DE VENDUJONES	
MI-SC-F-06-02	REGISTRO ANESTÉSICO	
MI-SC-F-07-02	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	
MI-SC-F-08-02	REGISTROS DE ENFERMERÍA	
MI-SC-F-10-01	INCAPACIDAD	
MI-SC-F-11-03	INDICACIONES DE SALUD	
MI-SC-F-12-04	HOJA DE EVOLUCIÓN SUBEPO	
MI-SC-F-13-02	COPOGRAMA ADULTOS	
MI-SC-F-14-02	COPOGRAMA DE NIÑOS	
MI-SC-F-15-03	INFORME QUIRÚRGICO	

PIEZAS COMUNICATIVAS

GESTIÓN DE SERVICIOS MISIONALES

FORMATOS

MI-GS-F-16-01	SEGUIMIENTO CÓDIGO ROJO
MI-GS-F-17-01	HISTORIA CLÍNICA RECIÉN NACIDO
MI-GS-F-18-03	HISTORIA CLÍNICA
MI-GS-F-19-02	PLAN INICIAL DE MANEJO
MI-GS-F-20-03	GASTO MATERIAL OSTEOSÍNTESIS MATERIAL QUIRÚRGICO
MI-GS-F-21-03	SOLICITUD DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS-MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO
MI-GS-F-22-02	SOLICITUD DE PATOLOGÍA Y-O CITOLOGÍA
MI-GS-F-23-02	NOTA DE PARTO-OBSERVACIONES DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO
MI-GS-F-24-02	LISTA DE CHEQUEO ADHERENCIA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN PERSONAL ASISTENCIAL-VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
MI-GS-F-25-02	LISTA DE CHEQUEO ADHERENCIA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES-VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
MI-GS-F-26-01	CERTIFICADO DE ATENCIÓN Y-O TRASLADO DE PACIENTES FACTURA AMBULANCIA
MI-GS-F-27-01	DECLARACIÓN DE NO ACEPTACIÓN DE TRASLADO
MI-GS-F-28-01	DECLARACIÓN DE NO ACEPTACIÓN DE TRASLADO PARA MENORES DE EDAD EN AMBULANCIA
MI-GS-F-29-01	HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN Y-O TRASLADO
MI-GS-F-30-01	PACIENTE INDOCUMENTADO EN TRASLADO APH
MI-GS-F-31-01	HOJA DE EVOLUCIÓN EN TRASLADO DE AMBULANCIA
MI-GS-F-32-01	CONSUMO DE OXIGENO -TERAPIAS
MI-GS-F-33-01	ATENCIÓN EN SALA ERA-TERAPIAS
MI-GS-F-34-01	HOJA DE SEGUIMIENTO TERAPEUTA DE PROGRAMA OXIGENO DOMICILIARIO
MI-GS-F-35-01	SOLICITUD Y RESPUESTA DE INTERCONSULTA
MI-GS-F-36-01	ORDEN DE SOLICITUD DE SERVICIOS
MI-GS-F-37-01	TARJETA DE MEDICAMENTOS
MI-GS-F-38-01	ORDEN DE HOSPITALIZACIÓN
MI-GS-F-39-01	EPICRISIS
MI-GS-F-40-02	IDENTIFICACIÓN DE RECIÉN NACIDO
MI-GS-F-41-01	HISTORIA CLÍNICA DE URGENCIAS
MI-GS-F-42-02	CONSTANCIA DE RETIRO VOLUNTARIO Y TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE
MI-GS-F-43-03	BOLETA DE CIRUGÍA
MI-GS-F-44-01	VALORACIÓN PREANESTÉSICA
MI-GS-F-45-01	RECUPERACIÓN
MI-GS-F-46-03	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS DE ODONTOLOGÍA
MI-GS-F-47-01	HISTORIA CLÍNICA ODONTOLOGÍA
MI-GS-F-48-01	RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA
MI-GS-F-49-01	JUSTIFICACIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y-O SERVICIOS CUBIERTOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD
MI-GS-F-50-01	SOLICITUD DE OXIGENO DOMICILIARIO

GESTIÓN DE ENFERMERÍA

FORMATOS

MI-GEN-F-01-02	FORMATO DE VERIFICACIÓN DE DESCARGAS
MI-GEN-F-05-01	FORMATO REGISTRO NOTAS DE ENFERMERÍA
MI-GEN-F-07-01	ROTULO DE LIQUIDOS
MI-GEN-F-08-01	PROGRAMACIÓN REVISIÓN MENSUAL CARRO DE PARO Y EQUIPO DE REANIMACIÓN
MI-GEN-F-09-01	CONTROL DE MOVIMIENTOS CARRO DE PARO DIARIO
MI-GEN-F-10-01	ACTA APERTURA DE CARRO DE PARO Y EQUIPO DE REANIMACIÓN
MI-GEN-F-11-02	CONTROL DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS CARRO DE PARO
MI-GEN-F-12-01	INVENTARIO DE PERTENENCIAS
MI-GEN-F-13-01	LISTA DE CHEQUEO INSERCIÓN CATETER VENOSO CENTRAL
MI-GEN-F-14-01	LISTA DE CHEQUEO MANTENIMIENTO Y RETIRO DEL CATETER VENOSO CENTRAL
MI-GEN-F-15-01	FORMATO CONTROL DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE MOBILIARIO DE PACIENTE
MI-GEN-F-16-01	KARDEX DE ENFERMERÍA
MI-GEN-F-17-01	CRONOGRAMA DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS
MI-GEN-F-18-01	REGISTRO CONTROL DE AGUA TRATADA PARA DIÁLISIS
MI-GEN-F-19-01	SEGUIMIENTO LABORATORIOS HEMODIÁLISIS
MI-GEN-F-20-01	CONTROL DE ASISTENCIA A TERAPIA DE HEMODIÁLISIS
MI-GEN-F-21-01	SEGUIMIENTO PERFIL DE ANEMIA HEMODIÁLISIS
MI-GEN-F-22-01	SEGUIMIENTO PERFIL VIRAL - HEMODIÁLISIS
MI-GEN-F-23-01	CONTROL MENSUAL DE HEMODIÁLISIS
MI-GEN-F-24-01	CONTROL DE GASTOS TERAPIA DE HEMODIÁLISIS

GESTIÓN FINANCIERA		FORMATOS	
MI-GEN-F-25-01	CONTENIDO MEDICAMENTOS E INSUMOS CARO DE PARO	AP-GF-F-09-04	SOLICITUD DE ELABORACIÓN DEL CONTRATO
MI-GEN-F-26-01	SIGNOS VITALES Y VENTILACIÓN	AP-GF-F-08-04	COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTA
MI-GEN-F-27-01	CONTROL DE LÍQUIDOS	AP-GF-F-07-03	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS
MI-GEN-F-28-01	HOJA NEUROLÓGICA	AP-GF-F-06-04	RECERCIÓN DE PROPUESTAS
MI-GEN-F-29-01	HOJA NEUROLÓGICA EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS	AP-GF-F-05-02	FORMATO DE ENTREGA DE LA INVITACIÓN
MI-GEN-F-30-01	SEGUIMIENTO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL POSPARTO INMEDIATO O POST CESÁREA INMEDIATA	AP-GF-F-04-04	INVITACIÓN A CONTRAR
MI-GEN-F-31-01	ASIGNACIÓN ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	AP-GF-F-03-04	INVITACIÓN A VERDUNIA CIUDADANA
MI-GEN-F-32-01	LISTA DE CHEQUEO RECIBO Y ENTREGA DE TURNO	AP-GF-F-02-04	ANÁLISIS DE RIESGOS
MI-GEN-F-33-01	LISTA DE CHEQUEO DE VENTOPUNCIÓNES	AP-GF-F-01-05	ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS
MI-GEN-F-34-01	EVALUACIÓN DEL SERVICIO HUMANIZADO EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA	AJ-F-14-01	ACTA DE SUSPENSIÓN Y REANUDACIÓN
MI-GEN-F-35-01	REGISTRO CONTROL DE AGUA TRATADA PARA DILUIOS	AJ-F-13-01	ACTA DE TERMINACIÓN BILATERAL
MI-GEN-PC-01-01	GUÍA INFORMATIVA DE SALUD MENTAL	AJ-F-09-01	DECLARACIÓN JURAMENTADA Personas no Declarantes
PIEZAS COMUNICATIVAS		AJ-F-06-02	DECLARACIÓN JURAMENTADA Personas no Declarantes
		AP-GF-F-25-01	REPORTE SVICOP VS ÁREAS FINANCIERAS
		AP-GF-F-24-02	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL
		AP-GF-F-23-01	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA JURÍDICA
		AP-GF-F-22-01	CONCEPTO TÉCNICO DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL
		AP-GF-F-21-01	PAGARÉ PARA PAGO DE EXCEDENTES
		AP-GF-F-20-01	CARTA DE INSTITUCIONES PARA LLENAR PAGARÉ CON ESPACIOS EN BLANCO
		AP-GF-F-19-01	AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INGRESO DE DATOS A LAS CENTRALES DE RIESGO PARA QUIEN SUSCRIBIA PAGARÉ
		AP-GF-F-18-01	LISTADO DE RECIBO
		TE-F-02-01	RELACION DE RECIBIDOS
		TE-F-01-01	FORMATO ARQUEO CAJA
		SA-F-03-01	SOLICITUD DE ELEMENTOS DE CAJA MENOR
		SA-F-02-01	COMPROMISANTE PROVISIÓNAL DE CAJA MENOR
		SA-F-01-01	PLANILLA CONTROL TRANSPORTE-REEMBOLSO CAJA MENOR
		AP-GF-F-17-01	TRASLADO INTERNO DE PACIENTES
		AP-GF-F-16-01	ORDEN DE SALIDA
		AP-GF-F-15-01	CONCLUSIÓN ENTRE CUENTAS POR PAGAR Y SUMINISTROS
		AP-GF-F-14-01	CONCLUSIÓN ENTRE CONTABILIDAD Y ACTIVOS FIJOS
		AP-GF-F-13-01	CONCLUSIÓN ENTRE CONTABILIDAD Y ACTIVOS FIJOS
		AP-GF-F-12-01	CONCLUSIÓN ENTRE CONTABILIDAD Y ALMACEN
		AP-GF-F-11-01	CONCLUSIÓN BANCARIA
		AP-GF-F-10-01	CONCLUSIÓN ENTRE CONTABILIDAD Y TALENTO HUMANO
		AP-GF-F-09-01	CONCLUSIÓN ENTRE CONTABILIDAD Y FACTURACIÓN
		AP-GF-F-08-01	CONCLUSIÓN ENTRE CONTABILIDAD Y CUENTAS POR PAGAR
		AP-GF-F-07-01	CONCLUSIÓN ENTRE CONTABILIDAD Y CUENTAS MEDICAS
		AP-GF-F-06-01	CONCLUSIÓN ENTRE CONTABILIDAD Y COSTOS
		AP-GF-F-05-01	CONCLUSIÓN ENTRE CONTABILIDAD Y CARTERA
		AP-GF-F-04-01	SOLICITUD DE REGISTRO PRESUPUESTAL
		AP-GF-F-03-03	SOLICITUD DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL
		AP-GF-F-02-01	FORMATO CATEGORÍA TRIAUTARIA
		AP-GF-F-01-01	FICHA TÉCNICA DE SANEAMIENTO CONTABLE

GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN

FORMATOS

AP-CT-F-10-03	FORMATO DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN
AP-CT-F-12-05	ESTUDIO DE MERCADO
AP-CT-F-13-05	LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS PARA CONTRATO
AP-CT-F-14-02	CERTIFICACIÓN SERVICIOS
AP-CT-F-15-02	INFORME DESARROLLO PROCESO DE SELECCIÓN
AP-CT-F-16-06	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
AP-CT-F-28-01	CERTIFICACIÓN
AP-CT-F-29-04	SOLICITUD DE OTROSÍ AL CONTRATO-CPs
AP-CT-F-30-02	INFORME DE SEGUIMIENTO CONTRACTUAL
AP-CT-F-31-01	OTROSÍ MODIFICATORIO DE ADICIÓN No. XXX AL CONTRATO No. XX-XX DE XXX
AP-CT-F-32-01	OTROSÍ No. XXX DE PRORROGA AL CONTRATO No. XX-XX DE XXXX
AP-CT-F-33-01	OTROSÍ No. XXX DE PRORROGA Nro. Xxxx Y ADICIÓN Nro. Xxxx AL CONTRATO DE XXXX No. _
AP-CT-F-34-01	OTROSÍ MODIFICATORIO DE REINICIO DEL CONTRATO DE XXXX No. XX-XX
AP-CT-F-35-01	OTROSÍ MODIFICATORIO DE SUSPENSIÓN AL CONTRATO DE XXXX No. XX-XX
AP-CT-F-36-01	FORMATO ACTA DE INICIO DE CONTRATO
AP-CT-F-37-02	ACTA LIQUIDACIÓN BILATERAL DEL CONTRATO
AP-CT-F-38-01	FINALIZACIÓN Y CIERRE FINANCIERO
AP-CT-F-39-01	INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO
AP-CT-F-40-02	RESOLUCIÓN DE LIQUIDACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO
AP-CT-F-41-01	ADENDA A LA INVITACIÓN A COTIZAR PLIEGO DE CONDICIONES
AP-CT-F-42-01	BITÁCORA REVISIÓN ESTUDIOS PREVIOS
AP-CT-F-43-01	FORMATO DE VISITA TÉCNICA CONTRACTUAL
AP-CT-F-44-01	DESIGNACIÓN EVALUADOR
AP-CT-F-45-01	FORMATO SOLICITUD ACLARACIÓN OFERENTE
AP-CT-F-46-01	FORMATO DE NOVEDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
AP-CT-F-47-03	MINUTA DE CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS
AP-CT-F-48-02	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL
AP-CT-F-49-01	FORMATO PÉRDIDA Y/O HURTO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
AP-CT-F-50-01	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
AP-CT-F-51-01	PLANTILLA CONTROL ENTREGA Y RECIBIDO CONTRATOS BIENES Y SERVICIOS

FORMATOS

AP-GI-F-01-02	FORMATO CONTROL DE CAMBIOS
AP-GI-F-02-02	FORMATO ÚNICO INVENTARIO DOCUMENTAL
AP-GI-F-03-04	SOLICITUD COPIA DE HISTORIA CLÍNICA
AP-GI-F-04-02	FORMATO CONTROL RECORRIDO CORRESPONDENCIA
AP-GI-F-05-03	FORMATO DE RESOLUCIÓN
AP-GI-F-06-03	FORMATO CIRCULAR
AP-GI-F-07-03	FORMATO DE OFICIO
AP-GI-F-08-02	PLANILLA DE REUNIÓN
AP-GI-F-09-02	FORMATO DE CONTROL DE COMUNICACIONES OFICIALES
AP-GI-F-10-04	ACTA DE REUNIÓN
AP-GI-F-11-02	LISTA DE CHEQUEO SIGA
AP-GI-F-12-02	ACTA DE TRANSFERENCIA PRIMARIA
AP-GI-F-13-02	ACTA TRASLADO DE ARCHIVOS
AP-GI-F-14-02	ACTA DE ENTREGA DE ARCHIVOS
AP-GI-F-15-02	EVALUACIÓN PRETEST-POST TES
AP-GI-F-16-02	FORMATO INFORME DE AVANCE
AP-GI-F-17-02	COMUNICACIONES INTERNAS Y EXTERNAS
AP-GI-F-18-02	MEMORANDO
AP-GI-F-19-02	FICHA TÉCNICA DE PRESTAMO
AP-GI-F-20-02	FORMATO SOLICITUD DE IMPRESIONES
AP-GI-F-21-03	ASIGNACIÓN CÓDIGO PARA IMPRESIÓN
AP-GI-F-22-02	FORMATO DE TABLA DE VALORACIÓN DOCUMENTAL
AP-GI-F-23-02	TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL
AP-GI-F-24-02	FORMATO CUADRO DE CLASIFICACIÓN DOCUMENTAL

AP-GI-F-25-02	CUADRO DE CARACTERIZACIÓN DOCUMENTAL-REGISTRO DE ACTIVOS INFORMACIÓN
AP-GI-F-26-03	IMARCACIÓN DE CAJAS
AP-GI-F-27-03	IMARCACIÓN DE CARPETAS
AP-GI-F-28-02	FIGHA DE VALORACIÓN PARA FONDOS DOCUMENTALES
AP-GI-F-29-02	CUADRO DE VERIFICACIÓN DE GUÍA DOCUMENTAL
AP-GI-F-30-01	FIGHA DE VALORACIÓN DOCUMENTAL Y DISPOSICIÓN FINAL
AP-GI-F-31-01	CONTROL MANTENIMIENTO DE EQUIPOS E IMPRESORAS
AP-GI-F-33-03	LISTA DE CHEQUEO CUSTODIA DE HISTORIA CLÍNICA
AP-GI-F-34-01	FORMATO ACTA DE ELIMINACIÓN DOCUMENTOS
AP-GI-F-35-01	MATRIZ DETECCIÓN DE NECESIDADES DE INFORMACIÓN
AP-GI-F-36-01	FORMATO HOJA DE CONTROL DE EXPEDIENTE
AP-GI-F-37-01	FORMATO SOLICITUD DE SERVICIO TÉCNICO IMPRESORAS
AP-GI-F-38-01	FORMATO SOLICITUD DE SOLICITUD DE PAPEL
AP-GI-F-39-01	LISTA DE CHEQUEO IMPLANTACIÓN Y ADOCIÓN TAB
AP-GI-F-40-01	CREACIÓN, MODIFICACIÓN E INACTIVACIÓN USUARIOS
AP-GI-F-41-01	LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS DE HISTORIA CLÍNICA
AP-GI-F-42-01	LISTA DE CHEQUEO IMPLANTACIÓN TAB
AP-GI-F-43-01	AP-GI-F-43-01-HOJA DE VIDA DE EQUIPOS DE CÓMPUTO
AP-GI-FC-01-02	LINIAMIENTOS DE CORRESPONDENCIA
AP-GI-FC-02-02	LINIAMIENTOS APERIURAR Y ORGANIZACIÓN ARCHIVOS GESTIÓN
AP-GI-FC-03-02	PIEZA CRITERIOS RECEPCION DE ARCHIVOS
AP-GI-FC-04-02	CONSULTAS DE DOCUMENTACIÓN EN EL ARCHIVO CENTRAL
AP-GI-FC-05-02	INSTRUCTIVO DE ACCESO A WEB GOREO
AP-GI-FC-06-02	ESQUEMA DE APROBACIÓN DOCUMENTAL SIGA
AP-GI-FC-07-02	PRESENTACIÓN DE GOREO
AP-GI-FC-08-02	LETREROS VENTANILLAS
AP-AI-F-01-02	TRASLADO DE ELEMENTOS DEVOLUTIVOS E INVENTAR
AP-AI-F-02-02	SAUIDA TEMPORAL DE BIENES
AP-AI-F-03-02	CONCEPTO TÉCNICO BAJA ELEMENTOS DEVOLUTIVOS
AP-AI-F-04-03	TOMA FÍSICA DE ELEMENTOS DEVOLUTIVOS
AP-AI-F-05-02	INGRESO O SALIDA DE BIENES PERSONALES
AP-AI-F-06-02	HOJA DE VIDA EQUIPO BIOMÉDICO
AP-AI-F-07-02	REPORT DE SERVICIO INGENIERIA BIOMÉDICA
AP-AI-F-08-02	GUÍA RÁPIDA DE MANEJO EQUIPOS BIOMÉDICOS
AP-AI-F-08-02	GUÍA RÁPIDA DE MANEJO EQUIPOS BIOMÉDICOS
AP-AI-F-08-02	GUÍA RÁPIDA DE MANEJO EQUIPOS BIOMÉDICOS-IMÁGENES
AP-AI-F-08-02	GUÍA RÁPIDA DE MANEJO EQUIPOS BIOMÉDICOS-LABORATORIO
AP-AI-F-09-02	FORMATO DE GESTIÓN RESIDUOS RMI-CAMIS
AP-AI-F-10-04	FORMATO DE GENERACIÓN RESIDUOS RMI-ENIGATIVA
AP-AI-F-11-03	FORMATO DE GENERACIÓN DE RESIDUOS RMI-FRAY BARRIDOLOMÉ
AP-AI-F-12-04	FORMATO DE GENERACIÓN DE RESIDUOS RMI-SIMON BOUVAR
AP-AI-F-13-03	FORMATO DE GENERACIÓN RESIDUOS RMI-SUBA
AP-AI-F-14-03	FORMATO DE GENERACIÓN DE RESIDUOS RMI-UPAS
AP-AI-F-15-02	LISTA DE CHEQUEO DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES AMBIENTALES
AP-AI-F-16-01	LEGALIZACIÓN INVENTARIO BIENES EN SERVICIO
AP-AI-F-17-01	AP-AI-F-17-01-MATRIZ DE INCORPORACIÓN DE EVALUACIÓN DE EFICIENCIA,COSTO ,EFECTIVIDAD,SEGURIDAD,VIDA UTIL, IMPACTO AMBIENTAL
AP-AI-F-18-01	MATRIZ DE GERTIA DEMANDA
AP-AI-F-19-01	MATRIZ DE MANTENIMIENTO DE LA TECNOLOGIA
AP-AI-F-20-01	LISTA DE CHEQUEO GESTIÓN AMBIENTAL
AP-AI-F-21-01	LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSPORTE DE RESIDUOS PELIGROSOS
AP-AI-F-22-01	ORDEN DE TRABAJO
AP-AI-F-23-01	PLANILLA 1 DE VERIFICACIÓN DE INVENTARIOS ALMACENES Y FARMACIAS
AP-AI-F-24-02	PLANILLA DE VERIFICACIÓN DE INVENTARIOS ALMACENES Y FARMACIAS
AP-AI-F-25-01	LISTA DE CHEQUEO MANEJO SEGURO DE ROPA HOSPITALARIA
AP-AI-F-26-01	REGISTRO KILOS DE ROPA LIMPIA

GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO Y TECNOLÓGICO

FORMATOS

AP-AT-F-27-01	FORMATO ÚNICO DE RECEPCIÓN TÉCNICA DE BIENES TECNOLÓGICOS, CONSUMO CONTROLADO Y DEVOLUTIVO-ALMACÉN
AP-AT-F-28-01	FORMATO DE SOLICITUD DE BIENES E INSUMOS DE ALMACÉN
AP-AT-F-29-01	FORMATO DE RECEPCIÓN TÉCNICA DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS-ALMACÉN
AP-AT-F-30-01	FORMATO DE SOLICITUD DE BIENES A PROVEEDORES-ALMACÉN
AP-AT-F-31-01	CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD RELATIVA AMBIENTAL-ALMACÉN
AP-AT-F-32-01	FORMATO DE GENERACIÓN DE RESIDUOS RH1- VERBENAL
AP-AT-F-33-01	FORMATO DE GENERACIÓN DE RESIDUOS RH1-CHAPINERO
AP-AT-F-34-01	FORMATO DE GENERACIÓN DE RESIDUOS RH1-EMAUS
AP-AT-F-35-01	LISTA DE CHEQUEO GESTORES EXTERNOS
AP-AT-F-36-01	LISTA DE CHEQUEO GRUPO ELECTRÓGENO-INGENIERÍA
AP-AT-F-37-01	INDICADORES DE CONSUMO-GASES MEDICINALES INGENIERÍA
AP-AT-F-38-01	FORMATO DE INDICADORES DE CONSUMO-SERVICIOS PÚBLICOS UNIDADES-INGENIERÍA
AP-AT-F-39-01	FORMATO DE INDICADORES DE CONSUMO-SERVICIOS PÚBLICOS ÁREAS TERCERIZADAS INGENIERÍA
AP-AT-F-40-01	HOJA DE VIDA EQUIPOS INDUSTRIALES-INGENIERÍA
AP-AT-F-41-01	REPORTE DE MANTENIMIENTO EQUIPO INDUSTRIAL-INGENIERÍA
AP-AT-F-42-01	CRONOGRAMA DE DISPONIBILIDAD INGENIERÍA BIOMÉDICA
AP-AT-F-43-01	CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS
AP-AT-F-44-01	FORMATO DE OBSOLESCENCIA DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA
AP-AT-F-45-01	MATRIZ DE RENOVACIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA
AP-AT-F-46-01	MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE ALERTAS SANITARIAS INVIMA BIOMÉDICA
AP-AT-F-47-01	MATRIZ DE ADQUISICIÓN TECNOLOGÍA BIOMÉDICA
AP-AT-F-48-01	DESCARTE COLCHONES EN LOS SERVICIOS
AP-AT-F-49-01	GENERACIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES-RH1-USS-EMAUS
AP-AT-F-50-01	MEDICIÓN ADHERENCIA GESTIÓN AMBIENTAL
AP-AT-F-51-01	REGISTRO DE PRÉSTAMO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS
AP-AT-F-52-01	BOLETA DE ESTACIONAMIENTO
AP-AT-F-53-01	SOLICITUD DE ESTACIONAMIENTO
AP-AT-F-54-01	SATISFACCIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA
AP-AT-F-55-01	RÓTULO RESIDUOS BIOLÓGICOS
AP-AT-F-56-01	RÓTULO RESIDUOS QUÍMICOS
AP-AT-F-57-01	PLANILLA DE TRANSPORTE CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO Y SATISFACCIÓN DEL CLIENTE
AP-AT-F-58-01	NOTIFICACIÓN DE NO CONFORMIDAD CON DISPOSITIVO MÉDICO-TECNOVIGILANCIA
AP-AT-F-59-01	REGISTRO DE BICISUARIOS MOVILIDAD SOSTENIBLE
AP-AT-F-60-01	RONDA DE SEGURIDAD SALAS DE CIRUGÍA INGENIERÍA BIOMÉDICA
AP-AT-F-61-01	RONDAS DE SEGURIDAD SEMANALES INGENIERÍA BIOMÉDICA
AP-AT-F-62-01	SEGUIMIENTO A TERCEROS INGENIERÍA BIOMÉDICA
AP-AT-F-63-01	LISTA DE CHEQUEO DIAGNÓSTICO AMBIENTES CÓMODOS Y SEGUROS
AP-AT-F-64-01	BALANCE COSTOS Y BENEFICIOS EN EL USO DE LA TECNOLOGÍA - BIOMÉDICA
AP-AT-F-65-01	PRUEBA PRE Y POST PIGA
AP-AT-PC-01-01	CONTROL DE LOS BIENES EN PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO
TH-F-01-01	CERTIFICACIONES LABORALES
TH-F-02-01	CONTROL PRESTAMO HISTORIAS LABORALES
TH-F-03-01	PLANILLA DE CONTROL DISFRUTE DE VACACIONES
TH-F-04-01	FORMATO PAZ Y SALVO
TH-F-05-01	ENCUESTA DE CLIMA LABORAL
TH-F-06-01	REASIGNACION DE FUNCIONES
TH-F-07-01	FORMATO REUBICACION DE EMPLEOS
TH-F-08-01	FORMATO PERMISO SUBRED
TH-F-09-01	FORMATO LICENCIA ORDINARIA
TH-F-10-01	FORMATO DE COMISION
TH-F-11-01	SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO Y DISFRUTE DE VACACIONES
TH-F-12-01	ACTA DE ENTREGA DE CARGO
TH-F-13-01	FORMATO ACTA DE POSESION
TH-F-14-01	PROGRAMACION ANUAL DE VACACIONES
TH-F-17-01	CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL
TH-F-18-01	FORMATO EXTERNO EVALUACION DEL DESEMPEÑO LABORAL EDL

PIEZAS COMUNICATIVAS

	EVALUACIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	FORMATOS	EV-EC-F-01-01
			REPORTES MENSUALES DE CAPACITACIONES
			FORMATO ACTA DE POSESIÓN INCORPORACIÓN
			LISTA DE CHEQUEO POSESIÓN PERSONAL EN PLANTA
			FORMATO REPORTE AUSENTISMO LABORAL
			FORMATO SEGUIMIENTO Y CARACTERIZACIÓN ACCIDENTALIDAD
			TH-F-24-01
			CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL RECOMENDACIONES PARA EL DESARROLLO LABORAL
			TH-F-25-01
			FORMATO DE CITACIÓN A VALORACIÓN
			TH-F-26-01
			MATRIZ GENERAL DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS Y CONTROL DE RIESGOS
			TH-F-27-01
			CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL PARA TRABAJO EN ALTURAS
			AP-IH-F-02-03
			INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO
			AP-IH-F-03-02
			REPORTES DE INCIDENTES DE TRABAJO
			AP-IH-F-04-02
			FORMATO ASISTENCIA A CAPACITACIÓN
			SEGUEMIENTO A RECOMENDACIONES Y REINTEGRACIÓN LABORAL POST-COMUNICACIÓN
			AP-IH-F-31-02
			HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL
			FORMATO FICHA TÉCNICA CUERPO
			AP-IH-F-32-01
			REPORTES DE NOVEDADES Y TURNOS
			AP-IH-F-33-02
			CONSENTIMIENTO-INFORMACIÓN PARA TOMA DE MUESTRAS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
			AP-IH-F-34-01
			FORMATO DE INSPECCIÓN DE BIENESTAR
			AP-IH-F-35-01
			CARTA DE COMPROMISO DE USO DE DOPING
			AP-IH-F-36-01
			PLANES DE ACCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
			AP-IH-F-37-01
			SEGUEMIENTO TRABAJADORES CON RECOMENDACIONES EN PUESTO DE TRABAJO - PSICOSOCIAL
			AP-IH-F-38-01
			SEGUEMIENTO PSICOSOCIAL A RECOMENDACIONES MÉDICAS DEL PUESTO DE TRABAJO
			AP-IH-F-39-01
			REQUERIMIENTO NUEVO CONTRATO ADMINISTRATIVO
			AP-IH-F-40-01
			REQUERIMIENTO NUEVO CONTRATO ASISTENCIAL
			AP-IH-F-41-02
			SOLICITUD CAMBIO DE TURNO
			AP-IH-F-42-02
			COMPROMISOS DE PAGO DE INDIVIDUAL
			AP-IH-F-43-01
			LISTA DE CHEQUEO PARA MONITORIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
			AP-IH-F-44-03
			CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ACCESO A LOS REGISTROS DE LOS COLABORADORES
			AP-IH-F-45-01
			CENSO DE PERSONAS EVALUADAS CONSOLIDADO SGGST
			AP-IH-F-46-01
			CENSO DE PERSONAS EVACUADAS CONSOLIDADO SGGST
			AP-IH-F-47-01
			HOJA DE CONTROL Y ANÁLISIS DE SIMULACRO DE EVACUACIÓN-SGGST
			AP-IH-F-48-01
			ASIGNACIONES TÁCTICAS-SCI-204-SGGST
			AP-IH-F-49-01
			DISTRIBUCIÓN CANALES Y FRECUENCIA EN EL INCIDENTE -SCI-205-SGGST
			AP-IH-F-50-01
			FICHA TÉCNICA PARA EJERCICIOS DE SIMULACRO-SGGST
			AP-IH-F-51-01
			ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO-SGGST
			AP-IH-F-52-01
			PERMISO PARA TRABAJOS CON ELECTRICIDAD Y EN CALIENTE-SGGST
			AP-IH-F-54-01
			FORMATO PERMISO DE TRABAJO EN ALTURA
			AP-IH-F-55-01
			FORMATARIO DE EVALUACIÓN PARA LA SIMULACIÓN-SGGST
			AP-IH-F-56-01
			FORMATARIO DE EVALUACIÓN PARA SIMULACRO-SGGST
			AP-IH-F-57-01
			LISTA DE CHEQUEO PARA TRABAJO EN ALTURAS-SGGST
			AP-IH-F-58-01
			PLAN DE ACCIÓN DEL INCIDENTE-SCI-202-SGGST
			AP-IH-F-59-01
			PLAN MÉDICO-SCI-206-SGGST
			AP-IH-F-60-01
			PROTOCOLO DE ACTIVIDADES-SCI-214-SGGST
			REGISTRO DE PACIENTES ATENDIDOS -SCI-207-SGGST
			AP-IH-F-62-01
			REGISTRO Y CONTROL DE RESGASTOS-SCI-211-SGGST
			AP-IH-F-63-01
			RESUMEN DEL INCIDENTE -SCI-201-SGGST
			AP-IH-F-64-01
			FORMATO SEGUIMIENTO Y CARACTERIZACIÓN ACCIDENTALIDAD-SGGST
			AP-IH-F-65-02
			MATRIZ GENERAL DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS Y CONTROL DE RIESGOS
			AP-IH-F-66-02
			FORMATO AUTORIZACIÓN AFILIACIÓN AMI
			AP-IH-F-67-01
			EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS
			EV-EC-F-01-01

 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRAS	CODIGO: MI-SC-F-149-01
		VERSION: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA : 25/09/2017

CONSENTIMIENTO / DISENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRAS

HORA DE LLEGADA PACIENTE: _____ HORA VENTANILLA: _____
HORA FACTURACION: _____ HORA TOMA MUESTRA: _____

Yo _____ mayor de edad, identificado con documento de identidad CC _____ CE _____ N° _____ y como paciente _____ o como responsable _____ del paciente _____ (parentesco _____) identificado con documento de identidad CC _____ TI _____ RC _____ OTRO _____ N° _____ autorizo la realización del procedimiento de VENOPUNCION _____ y/o FROTIS DE FLUJO VAGINAL _____ y/o ADMINISTRACION DE CARGA DE GLUCOSA _____ para la toma y procesamiento de las muestras las cuales serán exclusivas para la realización de los exámenes solicitados por el médico.

Teniendo en cuenta que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar en los procedimientos:

VENOPUNCION: sangrado excesivo, desmayo o sensación de mareo, hematoma, flebitis, punción múltiple, trombosis.

ADMINISTRACION DE CARGA DE GLUCOSA: malestar general, nauseas, vómito.

FROTIS DE FLUJO VAGINAL: molestias locales, dolor similar a los cólicos menstruales, sensación de presión, sangrado leve, caída de la camilla.

Al firmar este documento reconozco que lo he leído o que me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización de la prueba.

_____ En consecuencia de manera libre y voluntaria doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación.

_____ Me niego a la realización del procedimiento y firmo a continuación

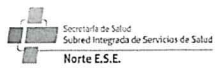
Firma del Paciente o Acudiente: _____ CC. _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Teléfono: _____

Medicamentos: _____

DOBLE PUNCION: SI _____ NO _____

NOMBRE DEL FUNCIONARIO DE TOMA DE MUESTRAS

	INVITACIÓN A COTIZAR	CODIGO : AP-CT-F-04-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	VERSIÓN : 4
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018

INVITACIÓN A COTIZAR No. 006-2019 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR UN PROVEEDOR ESPECIALIZADO PARA REALIZAR LA ADQUISICIÓN DE SERVICIOS DE PAPELERÍA PREIMPRESA NECESARIOS PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE TODOS LOS SERVICIOS, BAJO PARÁMETROS DE CALIDAD, ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD.
--------------------	---

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO

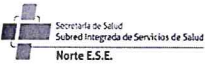
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Especificación Técnica
1	PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE PAPELERÍA PREIMPRESA (LITOGRAFÍA)	UNIDAD	A DEMANDA	DUPLICACIÓN DE FORMATOS EN PAPEL BOND DE 75 GRAMOS TAMAÑO CARTA Y OFICIO. LOS PEDIDOS DE DUPLICACIÓN SE REALIZARÁN DE MANERA MENSUAL SEGÚN LA NECESIDAD QUE TENGA LA SUBRED.

ANEXO No. 1. LISTADO DE FORMATOS A IMPRIMIR

CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN

PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN	31/01/2019
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS	FECHA: 05/02/2019 HORA: 3:00 PM LUGAR: PLATAFORMA SECOP II
APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS	FECHA: 05/02/2019 HORA: 3:10 PM LUGAR: PLATAFORMA SECOP II
VISITA TÉCNICA: EN LAS INSTALACIONES SEÑALADAS POR LOS PROPONENTES EN EL ANEXO No. 2 CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA	FECHA: 05/02/2019 Y 06/02/2019
EVALUACIÓN CRITERIOS JURIDICOS, FINANCIEROS, TÉCNICOS Y ECONOMICOS	ENTRE EL 05/02/2019 Y EL 07/02/2019
PÚBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES	07/02/2019
OBSERVACIONES A LAS EVALUACIONES	08/02/2019 HASTA LAS 2:00 PM
REESPUESTA A LAS OBSERVACIONES DE LAS EVALUACIONES	08/02/2019
FECHA DE REMISIÓN COMUNICADO ACEPTACIÓN DE PROPUESTA	DENTRO DE LOS TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES

Documentos soportes que debe anexar el proponente	JURÍDICOS: 1. A) CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA (ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED) B) CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES (ANEXO No. 3 ENTREGADO POR LA SUBRED) 2. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (ANEXO No. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED) 3. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS) 4. FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT 5. FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT 6. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL 7. FOTOCOPIA DE LA LIBRETA MILITAR DEL REPRESENTANTE LEGAL (OPCIONAL) 8. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 9. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 10. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 11. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 12. CERTIFICACIÓN BANCARIA 13. FORMATO ET-CA-FT-022 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA JURÍDICA SARLAFT EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR EXTERNA No. 009-2016 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (ANEXO No. 5 ENTREGADO POR LA SUBRED) 14. FORMATO ET-CA-FT-011 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL SARLAFT (REPRESENTANTE LEGAL) EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR EXTERNA No. 009-2016 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (ANEXO No. 6 ENTREGADO POR LA SUBRED) TÉCNICOS: 1. LICENCIA REPROGRÁFICA VIGENTE. 2. EXPERIENCIA: EL OFERENTE DEBE PRESENTAR 3 CONSTANCIAS DE CONTRATOS SUSCRITOS POR EL MISMO OBJETO DURANTE LOS 3 ÚLTIMOS AÑOS Y POR UN VALOR IGUAL O SUPERIOR AL PRESUPUESTO INICIAL DESTINADO PARA ESTE CONTRATO CON CALIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO. 3. EL OFERENTE DEBE PRESENTAR EN SU PROPUESTA LOS EQUIPOS CON LOS QUE CUENTA PARA REALIZAR EL OBJETO A CONTRATAR CON LOS MÍNIMOS DE CARACTERÍSTICAS DE CADA UNO. 4. CARTA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL EN LA QUE MANIFIESTE QUE LOS EQUIPOS PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL SON DE SU PROPIEDAD.
---	--

	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSIÓN : 4
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 2
			FECHA : 12/06/2018

	5. CARTA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL EN LA QUE MANIFIESTE QUE CUENTA CON UNA OPERACIÓN LOGÍSTICA QUE GARANTICE LA ENTREGA DE LOS PREIMPRESOS QUE SE SOLICITEN MENSUALMENTE A CADA UNA DE LAS SEDES SEGÚN EL REQUERIMIENTO QUE SE REALIZARÁ DE MANERA MENSUAL POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO, CAPACIDAD ORGANIZACIONAL. 6. LA SUBRED REALIZARÁ UNA VISITA A LAS INSTALACIONES DEL OFERENTE, ESTO PARA GARANTIZAR QUE CUMPLA CON LOS EQUIPOS Y LOS SUMINISTROS NECESARIOS PARA LA REALIZACIÓN DEL OBJETO A CONTRATAR. ECONÓMICOS: 1. PRESENTAR PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL POR PÁGINA IMPRESA, TENIENDO EN CUENTA QUE EL CONSUMO PROMEDIO MENSUAL ES DE OCHOCIENTOS MIL FORMATOS IMPRESOS; TODA VEZ QUE EL CONTRATO SE HARÁ A DEMANDA. (ANEXO ECONÓMICO No. 7 ENTREGADO POR LA SUBRED) 2. LA PROPUESTA DEBERÁ CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS. 3. EL VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO.
--	--

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	
Jurídicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS
Técnicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS
Económicos	MENOR VALOR Y/O CALIFICACIÓN. SE EVALUARÁN LAS PROPUESTAS QUE ESTÉN HABILITADAS JURÍDICA Y TÉCNICAMENTE. PRESENTAR PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL POR PÁGINA IMPRESA, TENIENDO EN CUENTA QUE EL CONSUMO PROMEDIO MENSUAL ES DE OCHOCIENTOS MIL FORMATOS IMPRESOS; TODA VEZ QUE EL CONTRATO SE HARÁ A DEMANDA. (ANEXO ECONÓMICO No. 6 ENTREGADO POR LA SUBRED). DEBE CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS. LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO DISPONIBLE PARA ÉSTA INVITACIÓN. SE ACEPTARÁ LA PROPUESTA MÁS FAVORABLE PARA LA INSTITUCIÓN Y QUE CUMPLA CON TODOS LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN.

Criterios de Desempate	EN CASO DE PRESENTARSE EMPATE COMO RESULTADO DE LAS EVALUACIONES DESARROLLADAS A LAS PROPUESTAS PARTICIPANTES, ÉSTE SE RESOLVERÁ TENIENDO EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS Y ORDEN:
	1. SEGÚN EL DECRETO 1082-2015 SE DARÁ PRELACIÓN AL PROPONENTE QUE ACREDITE LA VINCULACIÓN DENTRO DE SU NÓMINA DE PERSONAL DE POR LO MENOS UN 10% DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD
	2. PARA LA PROPUESTA QUE HAYA OBTENIDO MAYOR PUNTAJE EN LA EVALUACIÓN TÉCNICA (Si Aplica)
	3. PARA LA PROPUESTA QUE DEMUESTRE MAYOR ÍNDICE DE LIQUIDEZ. (Si Aplica)

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN

Valor	\$ 60.000.000	No.	147
Rubro Presupuestal	IMPRESOS Y PUBLICACIONES	Fecha del CDP	21/01/2019

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO

Forma de pago	NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO, UNA VEZ PRESENTADA LA FACTURA JUNTO CON EL CERTIFICADO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y DEMÁS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	Plazo de ejecución	3 MESES
---------------	--	--------------------	---------

FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS

Sílo de entrega	EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
-----------------	---

Garantías de exigibilidad	A) DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: PARA PRECAVER LOS PERJUICIOS QUE SE DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, INDEPENDIENTE DE LAS MULTAS Y LA CLÁUSULA PENAL QUE SE PACTE EN EL CONTRATO, SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ A LA QUE EN CADA CASO SE DETERMINE, LA CUAL NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y UNA DURACIÓN IGUAL A LA DEL PLAZO MÁXIMO PREVISTO AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y TRES (3) MESES MÁS.
	B) DE LA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES: PARA PRECAVER LAS FUTURAS EVENTUALIDADES EN QUE UNO O VARIOS BIENES DE LOS CONTRATADOS NO REÚNAN LAS ESPECIFICACIONES O CALIDADES EXIGIDAS PARA LA CONTRATACIÓN O QUE NO SEAN APTOS PARA LOS FINES PARA LOS CUALES FUERON ADQUIRIDOS, ASÍ COMO PARA PRECAVER TAMBIÉN LOS VICIOS DE FABRICACIÓN Y LA CALIDAD DE LOS MATERIALES O COMPONENTES, SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS.

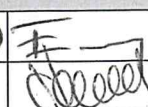
	GENERALES: 1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS. 2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO. 3. MANTENER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD. 4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTÍA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS.
--	--

	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSIÓN : 4
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018

Obligaciones del Contratista	5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACEN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS. 6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN. 7. NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. 8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS S PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN. 9. EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS. 10. LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL. ESPECÍFICAS 1. PRESTAR EL SERVICIO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ. 2. CONTAR CON EL PERSONAL EXIGIDO PARA LA CORRECTA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y MANTENERLO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO. DE PRESENTARSE CAMBIOS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO ÚNICAMENTE PODRÁN TENER LUGAR POR EVENTOS DE FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, Y DEBERÁN CONTAR CON LA AUTORIZACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO O POR QUIEN HAGA SUS VECES, ASÍ MISMO DEBERÁN REEMPLAZARSE CON PERSONAL DE IGUALES O MAYORES CALIDADES. DADA LA CONTINUIDAD EN EL SERVICIO A PRESTAR. 3. BRINDAR A SATISFACCIÓN, LA TOTALIDAD DE LOS SERVICIOS REQUERIDOS EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES CONSIGNADOS EN LA PROPUESTA ACEPTADA, Y EN LOS DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO. 4. SUMINISTRAR PARA LA OPORTUNA PRESTACIÓN DEL SERVICIO LAS SOLICITUDES DE PRE IMPRESOS CON LA CALIDAD REQUERIDA DENTRO DE LOS CINCO (5) DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE GENERADA LA SOLICITUD. 5. MANTENER VIGENTE EL CERTIFICADO Y CONTRATO DE LICENCIA REPROGRÁFICA PARA OPERAR MÁQUINAS LITOGRAFICAS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO. 6. MANTENER ESTRUCTA CONFIDENCIALIDAD Y RESERVA SOBRE EL MATERIAL, DOCUMENTOS E INFORMACIÓN QUE SE ENCUENTRE BAJO SU CUSTODIA, O QUE POR CUALQUIER CIRCUNSTANCIA DEBE CONOCER O MANIPULAR PARA DAR CUMPLIMIENTO AL OBJETO CONTRACTUAL. 7. ABSTENERSE DE REPRODUCIR LA INFORMACIÓN DE PROPIEDAD DE LA SUBRED PARA BENEFICIO PROPIO. SOLO HARÁ LA REPRODUCCIÓN DE LOS DOCUMENTOS EN EL NÚMERO EXACTO SOLICITADO Y SE COMPROMETERÁ A ENTREGAR LAS DUPLICACIONES Y DEVOLVER LOS ORIGINALES DEL SOLICITANTE, TAL Y COMO LE FUERON ENTREGADOS. 8. CUMPLIR CON TODAS LAS NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL. 9. CUMPLIR CON LAS CONDICIONES TÉCNICAS, ECONÓMICAS Y COMERCIALES PRESENTADAS EN SU PROPUESTA. 10. ESTAR DISPUESTO A APOYAR CONTINUAMENTE EL PROCESO DE MANERA TAL QUE SE ESTABLEZCA UNA COMUNICACIÓN CLARA, CONSTANTE Y EFICAZ ENTRE LA FORMA CONTRATISTA Y LA SUBRED. 11. LLEVAR EL REPORTE DETALLADO MENSUAL DE LOS PRE IMPRESOS SOLICITADOS ENTREGADOS Y SI ES EL CASO DEVUELTOS POR MALA CALIDAD. 12. PRESENTAR UN INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN AL SUPERVISOR DEL CONTRATO DEL CONSUMO GENERADO EN EL MES CORRESPONDIENTE. 13. REEMPLAZAR LOS PRE IMPRESOS ILEGIBLES O DE MALA CALIDAD SIN QUE GENERE COSTO ALGUNO PARA LA SUBRED. 14. RESPONDER A LOS REQUERIMIENTOS REALIZADOS POR LA SUBRED A TRAVÉS DEL SUPERVISOR O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS TIEMPOS DISPUESTOS EN LOS ANTERIORES ÍTEMS. 15. PRESTAR TODA LA INFORMACIÓN Y COLABORACIÓN QUE SE REQUIERA A TRAVÉS DE LA LÍNEA TELEFÓNICA Y EL CORREO ELECTRÓNICO DISPUESTO POR LA ENTIDAD PARA TAL EFECTO. 16. PAGAR A LA GENTE QUE TIENE A SU SERVICIO LAS PRESTACIONES SOCIALES Y DE SEGURIDAD SOCIAL DE LEY. 18. HACERLE MANTENIMIENTO A LOS EQUIPOS EN FORMA PERIÓDICA. 17. GUARDAR LA RESERVA DE LA INFORMACIÓN QUE SE ENTREGUE PARA SU REPRODUCCIÓN. 18. LAS DEMÁS QUE SE DERIVEN DE LA NATURALEZA DEL PRESENTE CONTRATO, AUNQUE NO ESTÉN ESPECIFICADAS Y QUE SE REQUIERAN PARA EL CORRECTO CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL MISMO.
------------------------------	---

ACLARACIONES	
En caso de aclaraciones	EL OFERENTE PODRÁ REMITIR SUS OBSERVACIONES POR MENSAJE A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA SECOP II.

ANEXOS	Favor diligenciar los anexos correspondientes:
	ANEXO 2. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA ANEXO 3. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTES PARAFISCALES ANEXO 4. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN ANEXO 5. FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA JURÍDICA ANEXO 6. FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL ANEXO 7. PROPUESTA ECONÓMICA

APROBACIÓN			
Firmas	Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:	LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA	
	Nombre y Firma Dirección de Contratación:	DRA. LIDIA HEMILET CALA CELIS	
	Nombre y Firma Vo. Bo. Subgerente Corporativo:	DR. ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS (E)	
	Nombre y Firma Gerente:	DRA. YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ	

	INVITACIÓN A VEEDURÍA CIUDADANA	CÓDIGO : AP-CT-F-03-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	VERSIÓN : 4
		PÁGINA : 1 DE 1 FECHA : 12/06/2018
INFORMACIÓN DE LA COMPRA O SERVICIO		
TIPO DE PROCESO	A. ☒ Contratación Directa/invitación a cotizar B. ☐ Casos Especiales de la Contratación Directa C. ☐ Convocatoria Pública D. ☐ Otros mecanismos de selección	
OBJETO A CONTRATAR	LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. REQUIERE CONTRATAR UN PROVEEDOR ESPECIALIZADO PARA REALIZAR LA ADQUISICIÓN DE SERVICIOS DE PAPELERÍA PREIMPRESA NECESARIOS PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE TODOS LOS SERVICIOS, BAJO PARÁMETROS DE CALIDAD, ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD.	
El presente proceso de selección se surtirá de acuerdo a lo establecido en el Manual de Contratación de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E expedido por ésta Gerencia mediante Resolución No. 1200 de 12 de Diciembre de 2017, Los contratos que celebre la Empresa Social del Estado estarán encaminadas al cumplimiento de los fines estatales a su cargo, es decir: a la continua y eficaz prestación del servicio publico de salud y la afectividad de los derechos e intereses de los administradores que colaboran con ella en la consecución de dichos fines.		
Cordialmente,  YDNEISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ Gerente 		

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 1 DE 19
		FECHA :24/10/2018

INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO SARLAFT

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 2 DE 19
		FECHA :24/10/2018

CONTENIDO

1. OBJETIVO GENERAL	3
2. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN	3
3. DESARROLLO	3
3.1. Definiciones relacionadas.....	3
3.2. Seguimiento.	18
4. BIBLIOGRAFÍA.....	19

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 3 DE 19
		FECHA :24/10/2018

1. OBJETIVO GENERAL

El presente instructivo presenta los lineamientos generales que se deben seguir para diligenciar de una manera adecuada el formato de Conocimiento del cliente o contraparte para persona natural y persona jurídica, de acuerdo a lo establecido en la Circular 009 del 21 de abril de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

2. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN

El Sistema de Administración de Riesgos - SARLAFT comprende todas las actividades a ser realizadas por la Entidad en desarrollo de su objeto social principal y deberá contener, adicionalmente, los procedimientos y metodologías para que esté protegida de ser utilizada en forma directa, es decir a través de sus administradores, vinculados o contrapartes, como instrumento para el lavado de activos, ocultamiento de activos provenientes de dichas actividades y/o canalización de recursos hacia la financiación de actividades terroristas.

El presente Formulario es de obligatorio cumplimiento para los colaboradores quienes tienen relación directa con los clientes, inherentes en sus actividades.

3. DESARROLLO

3.1. Definiciones relacionadas

3.1.1. Formulario Persona Natural:

Es todo ser humano o individuo que hace y obtiene la capacidad legal, de contratar en la sociedad, de tener derechos o deberes jurídicos.

Fecha, ciudad, Departamento: en estas casillas se consignan los datos correspondientes a la fecha de diligenciamiento del formato, ciudad y departamento.

1. Clase o tipo de vinculación: De acuerdo al área responsable de la información se diligencia la respectiva casilla, teniendo en cuenta la calidad del informante:

-Proveedor: Persona natural o empresa (jurídica), con la cual se tienen vínculos de carácter comercial.

-Particular: Es la persona natural o individuo que en propio nombre se ocupa de alguna o algunas actividades que la ley considera mercantiles.

-Contratista OPS: El contrato de prestación de servicios es un contrato con el Estado a través del cual se vincula una persona natural en forma excepcional, para suplir actividades o labores relacionadas con la administración o funcionamiento de la entidad.

-Servidor Público: Es una persona que se encuentra vinculado en la planta de una institución de carácter público que brinda un servicio de utilidad social.

-Otro: Hace referencia a otro tipo de vinculación, diferente a los descritos anteriormente.

2. Datos de la persona natural: Corresponden a la información personal del cliente, proveedor o usuario, los cuales se deben diligenciar en su totalidad.

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 4 DE 19
		FECHA :24/10/2018

Primer Nombre
 Segundo Nombre
 Primer Apellido
 Segundo Apellido
 Tipo de identificación
 No. Identificación
 Lugar de Expedición
 Fecha de Expedición
 Fecha de nacimiento
 Lugar de nacimiento
 País de nacimiento
 Nacionalidad
 Estado civil
 Personas a cargo
 Número de hijos
 Teléfono celular
 Nivel de estudios/ formación académica
 Dirección residencia
 Ciudad residencia
 Departamento
 País Residencia
 Teléfono Residencia
 Correo electrónico
 Portal o página internet
 Tipo de vivienda
 Dirección establecimiento de comercio: si lo tiene
 Ciudad
 Departamento
 País
 Teléfono/fax

3. Datos del cónyuge/ compañero permanente: se diligencia en caso de cumplir con esta condición.

4. Información actividad económica: se diligencia en su totalidad, de acuerdo a la actividad que desarrolla cada uno de los usuarios de la información (RUT).

5. Solo para independientes o empleado socio: se diligencia de acuerdo a la calidad del cliente o usuario responsable de la información.

6. Información financiera: Se debe diligenciar en su totalidad, consecuente con la información registrada en el numeral 9, del presente formulario.

7. Referencias personales: Se debe diligenciar en su totalidad, los datos de quien se reporta como referencia no debe ser familiar, ni vivir con el cliente o contraparte y debe ser localizable en horario laboral.

8. Referencia financiera: Se debe diligenciar en su totalidad, y debe ser verificable

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 5 DE 19
		FECHA :24/10/2018

9. Declaración del origen de los dineros/ fondos: Se diligencia en su totalidad guarda relación con el numeral 6 del presente formulario. Declarando que los bienes provienen de actividades lícitas (RUT).

10. Documentos requeridos: de acuerdo a la calidad del cliente o contraparte se aporta lo solicitado, Los soportes del formulario del cliente se toma como base en la información reportada.

11. Autorización reporte y consulta a las entidades de riesgo: En esta casilla se faculta a la ESE para efectuar las respectivas consultas, reportes, compartir información contenida en la base de datos financiera crediticia comercial y de servicios, de las entidades de control y de otros países (listas restrictivas)

12. Consideraciones: En este párrafo se presentan las disposiciones de ley, que se tuvieron en cuenta para la formulación y elaboración del formato.

12.1 Autorización: A través de esta autorización la ESE queda facultada para:

1. Finalidad del tratamiento de los datos personales

Los datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades:

- a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios.
- b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos.
- c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre.
- d) El control y la prevención del riesgo.
- e) La liquidación y pago de cuentas.
- f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados.
- g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud.
- i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud.
- j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.
- k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables.
- l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia.
- m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Tratamiento

El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. Usuarios de la información

Los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a:

a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 6 DE 19
		FECHA :24/10/2018

b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros.

c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios.

d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros.

e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. Transferencia internacional de información a terceros países

En determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de los datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. Datos sensibles

Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.

Por lo cual se efectúa la siguiente declaración así: “Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas”.

FUENTE: LEY 1581 DE 2012

6. Datos personales de niñas, niños y adolescentes

En el Tratamiento se asegurará el respeto a los derechos prevalentes de los niños, niñas y adolescentes. Queda proscrito el Tratamiento de datos personales de niños, niñas y adolescentes, salvo aquellos datos que sean de naturaleza pública.

FUENTE: LEY 1581 DE 2012

7. Derechos del titular de la información

Sin perjuicio de las excepciones previstas en la ley, en el Tratamiento se requiere la autorización previa e informada del Titular, la cual deberá ser obtenida por cualquier medio que pueda ser objeto de consulta posterior.

Se efectúa la siguiente declaración así: “Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí”.

8. Responsables y encargados del tratamiento de la información

Los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 66 No 15-41 Bogotá DC, teléfono 349 90 80, e-mail sarlaft@subrednorte.gov.co).y

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 7 DE 19
		FECHA :24/10/2018

cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9. Autorización

Por medio de esta de manera expresa, se autoriza a la Subred Norte para el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que fueron informados en el presente documento.

13. Firma y huella

Es el signo o escritura manuscrita, normalmente formada por nombre, apellidos y rúbrica, que la persona que diligencia el formato pone al pie para identificarse y autorizar el documento, expresando que aprueba su contenido. La cual debe ser en original al igual que la huella.

14. Información Entrevista:

- 1. Ciudad y fecha:** en esta casilla se plasma lo solicitado, en la fecha en que se está efectuando el proceso de entrevista.
- 2. Nombre del funcionario o asesor:** Es la persona que lleva a cabo dicha actividad
- 3. Lugar de entrevista:** Donde se efectúa el proceso
- 4. Observaciones:** análisis de la información registrada en el formulario

15. Verificación de la información: Esta sección es de obligatorio cumplimiento ya que, por medio de esta se verifica lo registrado en el formulario

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA		CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
			VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA		PÁGINA : 8 DE 19
			FECHA :24/10/2018

Formulario Persona Natural

Para el proceso de Conocimiento del cliente, se definió el formato que se presenta a continuación, el cual se debe diligenciar de carácter obligatorio de acuerdo a lo establecido en la circular 009 de 2016.

FECHA:		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	
1. CLASE O TIPO DE VINCULACION (MARCA CON X)					
PROVEEDOR ☐	☐ 3975000	CONTRATISTA OPS ☐	SERVIDOR PUBLICO ☐	OTRO ☐	CUAL:
2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐		
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
ESTADO CIVIL		PERSONAS A CARGO		NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐					
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION/ ORCIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLOGO ☐ OTRO ☐ CUAL:					
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
				PROPIA ☐ FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
3. DATOS DEL CONYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐		
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:	
4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:(ULTIMO PERIODO DECLARADO)					
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☐	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐		
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA	IVA	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐		
			ICA	PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE		SI ☐ NO ☐	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☐	AGENTE AUTORETENEDOR
					SI ☐ NO ☐
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☐		NUMERO DE NIT	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS					
OTRA ☐ CUAL:					
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CARGO ACTUAL				FECHA VINCULACION	

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA		CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
			VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA		PÁGINA : 9 DE 19
			FECHA :24/10/2018

5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO							
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD	
6. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	\$ 0	TOTAL EGRESOS	\$ 0	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
7. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR	
8. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:						CUAL:	
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐							
OBSERVACIONES: Con el diligenciamiento de este formulario se da cumplimiento al Proceso de Conocimiento del Cliente, conforme a lo establecido en la Circular Externa No 009 de 2016, Numeral 5.2.2.2.1, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio y forma parte de las Politicas, enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud.							
9. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS							
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE , con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":							
1. Que los recursos y/o elementos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):							
2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique) 3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. 4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE se destinarán a actividades lícitas. 5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma. 6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo. 7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.							

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 10 DE 19
		FECHA :24/10/2018

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones y declaración de renta si es declarante.

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses y declaración de Renta si es declarante.

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados y declaración de renta si es declarante. **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio y extractos bancarios de los últimos tres meses y declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.

4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.

5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

11. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO:- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

12. CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.

3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

12.1. AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.006-4, ubicada en la Calle 66 No 15-41 (sede Administrativa), teléfono 3 49 90 80 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma ESE antes mencionada.

Declaro expresamente:

* Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

* Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. TRATAMIENTO: El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
		VERSIÓN : 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 11 DE 19
		FECHA : 24/10/2018

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud **(Calle 66 No 15-41 Bogotá DC, telefono 349 90 80 , e-mail sarlaft@subrednorte.gov.co)** y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

13. FIRMA Y HUELLA

SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES.

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

14. INFORMACION DE ENTREVISTA

1. Ciudad y fecha	
2.Nombre del funcionario o Asesor:	
3. Lugar de la Entrevista:	
4. Observaciones:	
5. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐
6. Firma y Cédula	

15. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Ciudad y fecha	
2. Nombre y Cargo de quien verifica:	
3. Lugar de la verificación:	
4. Observaciones:	
5. Firma y cédula:	

3.1.2. Formulario Persona jurídica

Individuo o entidad que, sin tener existencia individual física, está sujeta a derechos y obligaciones. Es un individuo con derechos y obligaciones que existe, pero no como persona, sino como institución que es creada por una o más personas físicas para cumplir un objetivo social que puede ser con o sin fines de lucro.

Fecha, ciudad, Departamento: en estas casillas se consignan los datos correspondientes a la fecha de diligenciamiento del formato, ciudad y departamento.

1. Clase o tipo de vinculación con la empresa: De acuerdo al tipo de empresa o vinculación se diligencia la respectiva casilla, teniendo en cuenta la calidad del informante:

-Asegurador

El asegurador es la persona que asume las consecuencias del riesgo del objeto de cobertura en un contrato de seguros.

-Proveedor

Es aquel tercero que abastece de materiales u otros suministros a la empresa, los cuales son necesarios para su desarrollo y funcionamiento.

-Contratista

Persona natural o empresa (jurídica), con la cual se tienen vínculos de carácter comercial.

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 12 DE 19
		FECHA :24/10/2018

-Particular

Es la persona natural o individuo que en propio nombre se ocupa de alguna o algunas actividades que la ley considera mercantiles.

-Otro: Hace referencia a otro tipo de vinculación, diferente a los descritos anteriormente.

2. Datos de la persona jurídica: Corresponden a la información de la empresa, cliente, proveedor, o usuario, los cuales se deben diligenciar en su totalidad.

Razón Social
 Representante Legal
 Primer Apellido
 Segundo Apellido
 Nombres
 Cedula de Ciudadanía
 Cedula de Extranjería
 No. Identificación
 Lugar de Expedición
 Fecha de Expedición
 Fecha de nacimiento
 Lugar de nacimiento
 Departamento
 Nacionalidad
 Dirección domicilio principal
 Ciudad
 Departamento
 País
 Teléfono/fax
 Correo electrónico
 Portal/página internet
 Dirección Sucursal/agencia
 Ciudad
 Departamento
 País
 Teléfono/fax
 Tipo de empresa
 Actividad Económica
 Información tributaria

3. Declaración Persona públicamente expuesta (PEPS): se diligencia en su totalidad.

Son personas nacionales o extranjeras que por razón de su cargo manejan o han manejado recursos públicos, o tienen poder de disposición sobre estos o gozan o gozaron de reconocimiento público. Las PEP extranjeras son individuos que cumplen o a quienes se les han confiado funciones públicas prominentes en otro país, como por ejemplo los Jefes de Estado o de Gobierno, políticos de alto nivel, funcionarios gubernamentales o judiciales de alto nivel o militares de alto rango, ejecutivos de alto nivel de corporaciones estatales, funcionarios de partidos políticos importantes. Las PEP domésticas son individuos que cumplen o a quienes se les han confiado funciones públicas internamente, a los cuales les aplica los mismos ejemplos que las PEP extranjeras mencionadas anteriormente. Las

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 13 DE 19
		FECHA :24/10/2018

personas que cumplen o a quienes se les han confiado funciones prominentes por una organización internacional se refiere a quienes son miembros de la alta gerencia, es decir, directores, subdirectores y miembros de la Junta o fundones equivalentes. La definición de PER no pretende cubrir a individuos en un rango medio o más subalterno en las categorías anteriores.

FUENTE: CIRCULAR N.009 DE 2016

4. Información financiera: se diligencia en su totalidad, de acuerdo a lo solicitado en las casillas, la cual debe ser verificable con los soportes anexos al formulario (RUT).

5. Actividad de operaciones internacionales: se diligencia si cumple con la condición de realizar transacciones en moneda extranjera. Si es así se debe detallar lo solicitado.

6. Declaración del origen de los dineros/ fondos: En esta casilla se expresa el origen de los fondos de quien diligencia el formato. Declarando que los bienes provienen de actividades lícitas.

7. Documentos requeridos: de acuerdo a la calidad del cliente o contraparte se aporta lo solicitado, Los soportes del formulario del cliente se toma como base en la información reportada.

8. Autorización reporte y consulta a las entidades de riesgo: En esta casilla se faculta a la ESE para efectuar las respectivas consultas, reportes, compartir información contenida en la base de datos financiera crediticia comercial y de servicios, de las entidades de control y de otros países (listas restrictivas)

9. Consideraciones: En este párrafo se presentan las disposiciones de ley, que se tuvieron en cuenta para la formulación y elaboración del formato.

9.1 Autorización: A través de esta autorización la ESE queda facultada para:

1. Finalidad del tratamiento de los datos personales

Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades:

- El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes y servicios.
- El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos.
- La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre.
- El control y la prevención del riesgo.
- La liquidación y pago de cuentas.
- Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados.
- Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud.
- Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud.
- Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.
- Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 14 DE 19
		FECHA :24/10/2018

Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables.

l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia.

m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Tratamiento

El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. Usuarios de la información

Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a:

a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.

b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros.

c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios.

d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros.

e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. Transferencia internacional de información a terceros países

Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. Datos sensibles

Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.

Por lo cual se efectúa la siguiente declaración así: “Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas”.

FUENTE: LEY 1581 DE 2012

6. Datos personales de niñas, niños y adolescentes

En el Tratamiento se asegurará el respeto a los derechos prevalentes de los niños, niñas y adolescentes. Queda proscrito el Tratamiento de datos personales de niños, niñas y adolescentes, salvo aquellos datos que sean de naturaleza pública.

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 15 DE 19
		FECHA :24/10/2018

FUENTE: LEY 1581 DE 2012

7. Derechos del titular de la información

Sin perjuicio de las excepciones previstas en la ley, en el Tratamiento se requiere la autorización previa e informada del Titular, la cual deberá ser obtenida por cualquier medio que pueda ser objeto de consulta posterior.

Se efectúa la siguiente declaración así: “Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí”.

8. Responsables y encargados del tratamiento de la información

Los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 66 No 15-41 Bogotá DC, teléfono 349 90 80, e-mail sarlaft@subrednorte.gov.co).y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9. Autorización

Por medio de esta de manera expresa, se autoriza a la Subred Norte para el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para Las finalidades y en los términos que fueron informados en el presente documento.

10. Firma y huella: Es el signo o escritura manuscrita, normalmente formada por nombre, apellidos y rúbrica, que la persona que diligencia el formato pone al pie para identificarse y autorizar el documento, expresando que aprueba su contenido. La cual debe ser en original al igual que la huella.

11. Información Entrevista:

1. Ciudad y fecha: en esta casilla se plasma lo solicitado, en la fecha en que se está efectuando el proceso de entrevista.

2. Nombre del funcionario o asesor: Es la persona que lleva a cabo dicha actividad

3. Lugar de entrevista: Donde se efectúa el proceso

4. Observaciones: análisis de la información registrada en el formulario

5. Resultado de la entrevista

6. Firma y cédula

Es el signo o escritura manuscrita, normalmente formada por nombre, apellidos y rúbrica, que la persona que diligencia el formato pone al pie para identificarse y autorizar el documento, expresando que aprueba su contenido. La cual debe ser en original.

12. Verificación de la información: Esta sección es de obligatorio cumplimiento ya que, por medio de esta se verifica lo registrado en el formulario

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA		CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
			VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA		PÁGINA : 16 DE 19
			FECHA :24/10/2018

Formulario persona Jurídica

FECHA:		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	
1. CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)					
☐ ASEGURADOR	☐ PROVEEDOR	☐ CONTRATISTA	☐ PARTICULAR	☐ OTRO	CUAL:
2. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA					
RAZON SOCIAL		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	NIT
REPRESENTANTE LEGAL:					NOMBRES
CEDULA DE CIUDADANÍA	☐	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICION:		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CEDULA DE EXTRANJERÍA	☐	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICION:		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
FECHA NACIMIENTO:AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO		DEPARTAMENTO	NACIONALIDAD (1)	NACIONALIDAD (2)
DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL		CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAIS	TELEFONO/FAX
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL/PAGINA INTERNET:			
DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA		CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAIS	TELEFONO/FAX
TIPO DE EMPRESA		ACTIVIDAD ECONOMICA			
☐ PUBLICA	☐ INDUSTRIAL	☐ AGRICOLA	☐ SERVICIOS DE SALUD	CUAL:	
☐ MIXTA	☐ COMERCIAL	☐ FARMACEUTICA	☐ SERVICIOS FINANCIEROS		
☐ PRIVADA	☐ ASEGURADOR	☐ TRANSPORTES	☐ OTRA,		
☐ EXTRANJERA	☐ SERVICIOS				
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE	(SI) ☐	(SI) ☐	(SI) ☐	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	(NO) ☐	(NO) ☐	(NO) ☐	PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☐	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☐	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☐
3. DECLARACION PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)					
POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PUBLICOS			SI ☐	NO ☐	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO			SI ☐	NO ☐	
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACION U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL			SI ☐	NO ☐	
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS DIFERENTE A COLOMBIA			SI ☐	NO ☐	
Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:					
III. IDENTIFICACION DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACION					
NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐			
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐			
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐			
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐			
4. INFORMACION FINANCIERA (ULTIMO PERIODO DECLARADO)					
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES		ACTIVOS TOTALES			
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES		PASIVOS TOTALES			
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES		PATRIMONIO			
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES					
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:					
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:					

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA		CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
			VERSIÓN : 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA		PÁGINA : 17 DE 19
			FECHA : 24/10/2018

5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES						
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐						
IMPORTACIONES ☐	EXPORTACIONES ☐	INVERSIONES ☐	REDESCUENTO ☐	Especifique cual:		
OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS ☐	LEASING ☐	SERVICIOS ☐				
PAGO DE SERVICIOS ☐	PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐	OTRA ☐				
TIPO PRODUCTO	NO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA
6. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS						
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE , con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":						
1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupacion, oficio, actividad o negocio):						
2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.						
3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.						
4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.						
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.						
6. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)						
7. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.						
8. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE se destinarán a actividades lícitas.						
9. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.						
10. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.						
11. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.						
7. DOCUMENTOS REQUERIDOS						
1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.						
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.						
3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.						
4. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado.						
5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.						
APODERADO Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.						
8. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACION						
9. CONSIDERACIONES						
1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.						
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.						
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.						
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:						
9.1. AUTORIZACION Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.006-4, ubicada en la Calle 66 No15-41 (Sede Administrativa), teléfono 3 49 90 80 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.						
Declaro expresamente: *Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.						
*Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:						
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.						
2. TRATAMIENTO: El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.						
3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.						
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.						

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 18 DE 19
		FECHA :24/10/2018

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (**Calle 66 No.15-41 Bogotá D.C., Teléfono 3499080, email sarlaft@subrednorte.gov.co**) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. **9.AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

10. FIRMA Y HUELLA

SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERDICA, EN TODAS SUS PARTES



Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

11. INFORMACION DE ENTREVISTA		12. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION	
1. Ciudad y fecha		1. Ciudad y fecha	
2.Nombre del funcionario o Asesor:		2. Nombre y Cargo de quien verifica:	
3. Lugar de la Entrevista:		3. Lugar de la verificación:	
4. Observaciones:		4. Observaciones:	
5. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐		
6. Firma y Cédula		5. Firma y cédula:	

3.2. Seguimiento.

* En el área respectiva reposara copia del formato diligenciado como soporte de los procedimientos efectuados.

* Se enviara copia escaneada a la Dirección financiera-SARLAFT, correo sarlaft@esechapinero.gov.co, para que haga parte del archivo.

* El seguimiento al cumplimiento del diligenciamiento de formato es de responsabilidad de cada una de las áreas involucradas. Se reportara al área de SARLAFT para su conocimiento y se realizarán las auditorias correspondientes a la validación de la información reportada por las personas naturales y jurídicas.

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 19 DE 19
		FECHA :24/10/2018

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Curso: Lo que debe saber sobre el lavado de activos- Curso e-learning- IUAF.
2. Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud
3. Ley Estatutaria 1581 de 2012
4. Manual de Procedimientos para la Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CONTROL DEL DOCUMENTO			
Versión	Fecha	Descripción de la modificación	Realizada por
1	24/10/2018	Creación	Nombre: Diana Camelo Cargo: Directora Financiera

Elaboró:	Revisó:	Aval técnico de normalización:	Aprobó:
Nombre: Diana Camelo	Nombre: María Eugenia Rodríguez	Nombre: Martha Ligia Castillo Díaz	Nombre: Yidney Isabel García Rodríguez
Cargo: Directora Financiera	Cargo: Jefe Oficina de Calidad	Cargo: Líder Gestión Documental	Cargo: Gerente Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE

ORIGINAL FIRMADO			
-------------------------	--	--	--

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Enero 21 De 2019

CDP. No.

147

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO
CERTIFICA:

ORIGINAL

QUE EN LA FECHA LOS REGISTROS DE EJECUCION PRESUPUESTAL MUESTRAN EL SIGUIENTE SALDO DE APROPIACION:

DEPENDENCIA : T01 GERENCIA Y JUNTA DIRECTIVA

CODIGO RUBRO.....: 2310201060000000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 231020106

NOMBRE RUBRO.....: IMPRESOS Y PUBLICACIONES

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 210,000,000.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 133,900,000.00

SALDO DE APROPIACION : 343,900,000.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: GARCIA RODRIGUEZ YIDNEY ISABEL ,
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO,
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:

CONTRATAR IMPRESIÓN PAPELERIA FORMATOS PREIMPRESOS

POR UN VALOR INICIAL DE : 60,000,000.00

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 60,000,000.00

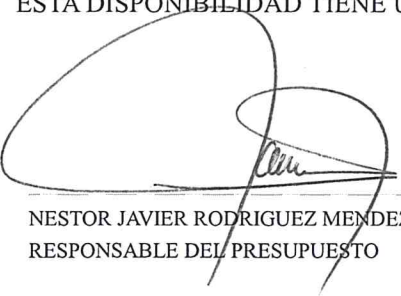
SESENTA MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 210,000,000.00

LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

DISPONIBILIDAD NETA : 73,900,000.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (180) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.


NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO