BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

)ST TEST CAPACITACIÓN SARLAFT

ıiente instrumento tiene como finalidad evaluar el conocimiento obtenido como resultado de acitación sobre el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación rrorismo - SARLAFT en cumplimiento de la Circular Externa 009 de 2016 de la intendencia Nacional de Salud y el Manual de Políticas y Procedimientos SARLAFT de la d Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Para tal fin, responda cada uno de los nunciados de acuerdo a los rangos propuestos con honestidad y tranquilidad.

nformidad con el marco normativo señalado anteriormente, tanto la capacitación como la esta al post-test son de carácter obligatorio para todo el personal de planta, Junta Directiva y :ulado por Orden de Prestación de Servicios

enunciado tiene un valor de 10 puntos y se superará la evaluación con un puntaje mínimo de 0.

ıltado de la evaluación debe ser impreso mediante un pantallazo (Impr Pant), copiándolo en cumento de Word; en el caso de los colaboradores de planta y Junta Directiva deberán r copia del documentado generado al correo electrónico sarlaft@subredcentrooriente.gov.co

ıl personal vinculado mediante Orden de Prestación de Servicios y/o en proceso de ıtación, deberán subir el resultado de la evaluación a la plataforma SECOP y enviar copia al) electrónico sarlaft@subredcentrooriente.gov.co

Puntos: 90/100

Escaneado con CamScanner

79738735

2. Nombres y apellidos completos *

ALVARO JIMENEZ PARRAGA

3. Correo electrónico *

aj81618@gmail.com

4. Número celular de contacto *

3114592641

5. Empleo, profesión y/o actividad que desarrolla *

AUXILIAR DE ENFERMERIA

6. Tipo de vinculación *

Contrato - OPS

7. Nivel jerárquico *

Técnico

Escaneado con CamScanner

8. Género *

Masculino

9. Seleccione la Unidad a la que pertenece *

UMHES Unidad Médica Hospitalaria Especializ...

10. Escriba el servicio en el que labora y/o desempeña sus actividades contractuales (ejemplo: laboratorio, urgencias, etc.) *

UNIDAD DE SALUD MENTAL MUJERES

Next

Never give out your password. Report abuse

This content is created by the owner of the form. The data you submit will be sent to the form owner. Microsoft is not responsible for the privacy or security practices of its customers, including those of this form owner. Never give out your password.

Powered by Microsoft Forms |
The owner of this form has not provided a privacy statement as to how they will use your response data. Do not provide personal or sensitive information.
| Terms of use

Escaneado con CamScanner