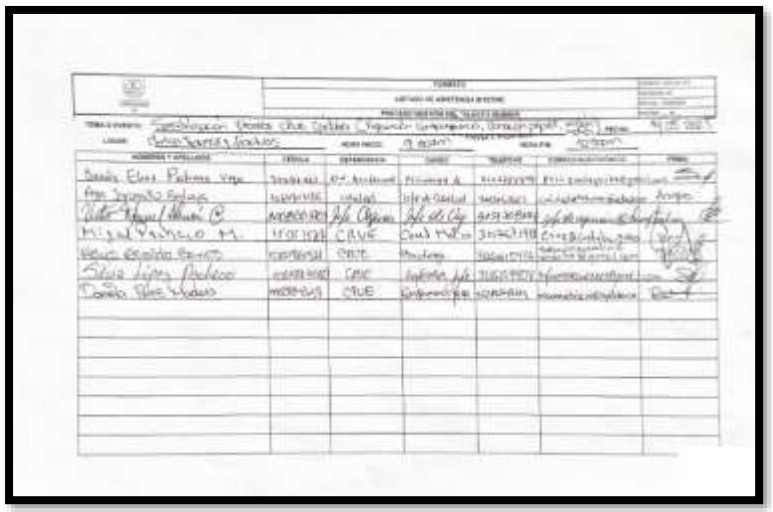
EVIDENCIA OBLIGACION No 44. Verificar en las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud el cumplimiento de mínimo 20 horas de capacitación de primeros auxilios, cuando el personal que acompañe a la misión humanitaria no sea profesional de la salud.

Visitas a las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, ESE Hospital San Jerónimo de Montería y Clínica de Traumas y fracturas para verificar el cumplimiento de mínimo 20 horas de capacitación de primeros auxilios.

Clínica Traumas y Fracturas







CLÍNICA TRAUMAS Y FRACTURAS



FORMATO
INFORME DE ASESORIA Y ASISTENCIA TECNICA
PROCESO DE ASESORIA Y ASISTENCIA TECNICA

FECHA DE SOLICITUD:
FECHA DE LA ASISTENCIA:
SECRETARIA:
DEPENDENCIA:

FUNCIONARIO ENCARGADO

NOMBRES Y APELLIDOS:
CARGO:
CORREO ELECTRONICO:
TELEFONO:

DATOS DE QUIEN RECIBE LA ASESORIA O ASISTENCIA TECNICA:

ENTIDAD O DEPENDENCIA:
NOMBRE DEL BENEFICIARIO O RESPONSABLE:
CEDULA DE CIUDADANIA:
DEPARTAMENTO:
MUNICIPIO:
DIRECCION:
TELEFONO:
CORREO ELECTRONICO:

OBJETO DE LA ASISTENCIA

ACTIVIDADES REALIZADAS

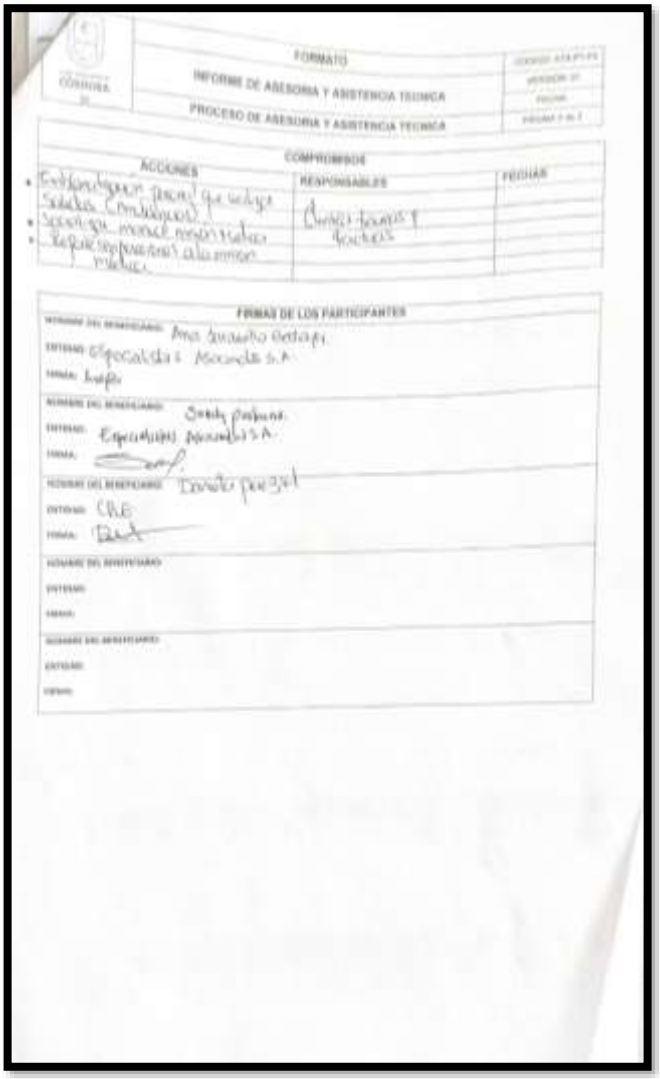
1) Saludo y presentación
2) Se detallan objetivos de la visita.
3) Se explica la importancia del manual de atención médica y Bioseguridad para personal de enfermería en el proceso.
4) Se aplica la evaluación del manual de atención médica y bioseguridad y disponibilidad del equipo.

RECOMENDACIONES

- Quimbayología al personal del hospital que haga salidas ambientales (Enfermería, Jefatura medica, etc.)
- Capacitación al personal sobre importancia de la atención medica
- Reportar novedades atención médica

CONCLUSIONES

Positivo a la sensibilización del personal, se aplican las competencias y normas a desarrollar en la institución.



FORMATO
INFORME DE ASESORIA Y ASISTENCIA TECNICA
PROCESO DE ASESORIA Y ASISTENCIA TECNICA

COMPROMISOS

ACCIONES	RESPONSABLES	FECHAS
Sensibilización personal que incluya Saludos Cordiales)	Auxiliares técnicos y técnicos	
Seguimiento manual atención médica		
Reportar novedades atención médica		

FIRMAS DE LOS PARTICIPANTES

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: Ana Lucia Ortega
ENTIDAD: Especialistas Asociados S.A
FIRMA:

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: Sandy Palacios
ENTIDAD: Especialistas asociados S.A
FIRMA:

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: Daniela Perez
ENTIDAD: CRE
FIRMA:

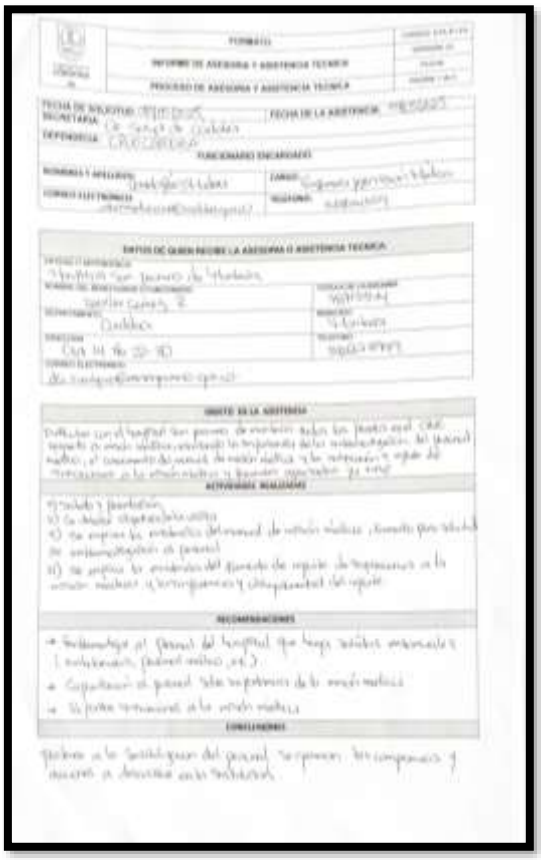
NOMBRE DEL BENEFICIARIO:
ENTIDAD:
FIRMA:

NOMBRE DEL BENEFICIARIO:
ENTIDAD:
FIRMA:

HOSPITAL SAN JERÓNIMO







FORMATO

INFORME DE ASESORÍA Y ASISTENCIA TÉCNICA

PROCESO DE ASESORÍA Y ASISTENCIA TÉCNICA

FECHA DE SOLICITUD:

FECHA DE LA ASESORÍA:

SECRETARÍA:

DEPENDENCIA:

FUNCIONARIO ENCARGADO

NOMBRES Y APELLIDOS:

CARGO:

CORREO ELECTRÓNICO:

TELÉFONO:

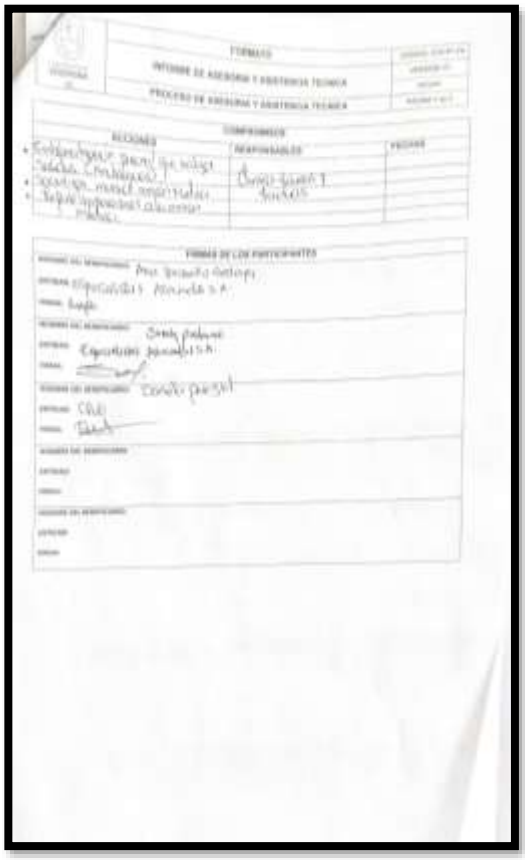
DATOS DE QUIEN RECIBE LA ASESORÍA O ASISTENCIA TÉCNICA

OBJETO DE LA ASISTENCIA

ACTIVIDADES REALIZADAS

RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES



FORMATO

INFORME DE ASESORÍA Y ASISTENCIA TÉCNICA

PROCESO DE ASESORÍA Y ASISTENCIA TÉCNICA

COMPROMISOS

RECOMENDACIONES

RESPONSABLES

FECHAS

FIRMAS DE LOS PARTICIPANTES