FECHA DE LA ASISTENCIA:	**25/02/2026**

INFORMACIÓN GENERAL

Medio de Asistencia Técnica:
☐Campo ☐Virtual ☒Oficina

Componente:
☒Asesoría ☐Acompañamiento ☐Capacitación

SECRETARÍA/UNIDAD QUE ASISTE: INMUNOPREVENIBLES

DEPENDENCIA INTERNA / DIRECCIÓN: IAAS

FUNCIONARIO O CONTRATISTA ENCARGADO

Nombres y apellidos: Carlos Augusto Solorzano	Cargo: Infectólogo
Correo electrónico institucional: carlos.solorzano@cundinamarca.gov.co	Teléfono: 3133100993

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO
(Solicitante o uno de los beneficiarios)

Entidad o dependencia: IAAS HOSPITAL CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE CUNDINAMARCA

Nombre del beneficiario:	Cédula de ciudadanía:
Johana Andrea Garcia	53093782
Alejandra Rey	1012403145
Mayerly Barrera	1010219246
Dina Luz Novoa	52316600
Municipio: Soacha	Vereda/corregimiento/lugar:
Dirección: kra 1 este No 31-58	Teléfono: 3016836008

Correo electrónico: epidemiologia@hsccsa.com.co

Número total de beneficiarios: 4

TEMAS DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Evolución del evento de infección del sitio quirúrgico en la institución.

OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

Evaluación de los procesos de prevención de infecciones del sitio quirúrgico

ACTIVIDADES REALIZADAS

CARACTERIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

La institución cuenta con un total de 138 camas de hospitalización habilitadas, distribuidas en 108 camas para hospitalización de adultos y 30 camas para población pediátrica. Dispone además de 18 camas en la Unidad de Cuidado Intensivo para adultos, 8 camas en UCI pediátrica y 12 camas destinadas a cuidado intensivo/intermedio básico neonatal. El servicio de urgencias cuenta con una capacidad de 50 camillas habilitadas para la atención de pacientes.

En el área quirúrgica, la IPS dispone de cinco quirófanos destinados a cirugía programada, cirugía de urgencias y procedimientos especializados. En estos espacios se desarrollan procedimientos de cirugía cardiovascular, ortopedia, neurocirugía, urología, cirugía general, cirugía plástica, cirugía pediátrica, cirugía de trasplantes y cirugía vascular. Adicionalmente, la institución cuenta con salas especializadas para hemodinamia, electrofisiología y neurointervencionismo, lo que amplía su capacidad resolutiva en procedimientos de alta complejidad.

En el ámbito ambulatorio, la IPS presta servicios de consulta externa de mediana complejidad en especialidades como medicina interna, cirugía general, psiquiatría, oftalmología, ortopedia, cardiología, gastroenterología y nefrología.

En relación con el sistema de información, la institución dispone de un sistema de gestión documental denominado MEDICAL ICLOUD, el cual integra el módulo de historias clínicas y el módulo de consulta de documentos institucionales denominado ALMERA. Este sistema se encuentra habilitado en los equipos de cómputo de la institución, garantizando la disponibilidad y consulta de la información clínica y documental por parte del personal autorizado.

Verificación de data de indicadores: Revisar y verificar calidad del dato (Denominador)

		Enero			Febrero			Marzo			Abril			Mayo			Junio			Julio			Agosto			Septiembre			Octubre			Noviembre			Diciembre		
		N	D	TASA	N	D	T	N	D	TASA	N	D	TASA	N	D	TASA	N	D	TASA	N	D	TASA	N	D	TASA	N	D	TASA	N	D	TASA	N	D	TASA	N	D	TASA
Colecistectomía	HOSPITAL CARDIOVASCULAR DE CUNDINAMARCA SA	1	22	0,05	3	14	0,214	3	22	0,14	0	21	0	3	23	0,13	2	16	0,13	2	16	0,13	0	26	0	0	19	0	0	22	0	0	12	0	0	7	0

RVM	HOSPITAL	Enero			Febrero			Marzo			Abril			Mayo			Junio			Julio			Agosto			Septiembre			Octubre			Noviembre			Diciembre		
	CARDIOVASCULAR DE	N	D	TASA	N	D	T	N	D	TASA	N	D	TASA	N	D	TASA	N	D	TASA	N	D	TASA	N	D	TASA	N	D	TASA	N	D	TASA	N	D	TASA	N	D	TASA
	CUNDINAMARCA SA	1	5	20	3	8	37,5	3	10	30	0	7	0	3	8	37,5	2	14	14,3	2	15	13,3	0	3	0	0	15	0	0	15	0	0	9	0	0	17	0

Herniorrafia ninguno caso en el 2025

. VALIDACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL EVENTO

1. **El proceso de verificación de los casos se hace por medio de**

En el proceso de auditoría se evidencia que, desde el laboratorio, se realiza la descarga periódica de los resultados de cultivos, los cuales son revisados para verificar si corresponden a pacientes post quirúrgicos.

En relación con los reingresos, se consideran aquellos pacientes que retornan a la institución en un periodo menor a seis meses. Cuando se presenta un nuevo ingreso, se valida la causa del reingreso, se revisan los últimos resultados de laboratorio disponibles y, de acuerdo con el análisis clínico y epidemiológico, se define su ingreso a aislamiento si está indicado.

Respecto al control telefónico, se identifica que inicialmente se realiza una llamada; en caso de no lograr respuesta (RVM), se efectúan hasta tres intentos de contacto. No obstante, se evidencian múltiples limitaciones para completar el tercer intento, principalmente por dificultades operativas y ausencia de fechas previamente definidas para la realización de estas llamadas, lo que impacta la oportunidad y trazabilidad del seguimiento.

2. **Validación del denominador quirúrgico (total cirugías reales vs reportadas).**

Se hace por medio de la lista de quirófanos, donde validan la cantidad de procedimientos y registrados en malla de seguimiento y así mismo en ficha de notificación 362

3. **Análisis por cirujano, servicio, tipo de procedimiento y sala.**

- Confirmar: generalmente a jefe de infecciones y su equipo confirmar el evento y en otras junto al infectólogo
- Unidad de análisis: no se hace en todos los casos y tampoco hay construcción de acciones de mejora

2. EVALUACIÓN DEL PROCESO PREOPERATORIO

1. **Existencia de protocolo actualizado de profilaxis antibiótica.**
   - No se encuentra documento de profilaxis en plataforma ALMERA
   - Preparacion sitio quirúrgico pt03-scg enero del 2021



TIPO DE DOCUMENTO	Área o Proceso que lo Genera:		
PROTOCOLO	SALAS DE CIRUGÍA		
NOMBRE	Código	Versión	Paginado
PREPARACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO	PT03 SCG	02	Página 2 de 5

PREPARACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

1. **DEFINICION**

Consiste en una serie de acciones que permiten llevar en adecuadas condiciones al paciente a la sala de cirugía.

2. **OBJETIVO.**

Asegurar condiciones necesarias para la realización del procedimiento quirúrgico.

3. **ALCANCE.**

Aplica a todos los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente y al personal asistencial de las áreas de urgencia, internación y salas de cirugía.

4. **ENFOQUE DIFERENCIAL.**

CONTROLADA

2. **Verificación de adherencia al antibiótico correcto según tipo de cirugía.Tiempo de administración de profilaxis (30–60 min antes incisión).Ajuste de dosis por peso (especialmente cefazolina).Redosificación intraoperatoria documentada si aplica. Suspensión de profilaxis antes de 24 horas.**
   - No se lleva esta adherencia

3. EVALUACIÓN INTRAOPERATORIA

1. **Técnica de lavado quirúrgico conforme a protocolo.**

- **Inmerso en documento de preparación del paciente quirúrgico**

2. **Uso de clorhexidina alcohólica para antisepsia de piel.**
   - Si se usa clorhexidina al 2 % de west para preparación, para el lavado de manos se usa al 4 %
3. **Control y registro de temperatura intraoperatoria.**
   - Si se hace en hoja de registro de quirófano temperatura en quirófano, no se hace seguimiento a la temperatura del paciente
4. **Control glicémico intraoperatorio en diabéticos.**
   - Si se hace en hoja de registro de quirófano de glucemia en quirófano, no se hace seguimiento desde el programa de infecciones, por lo que no hay indicador y tampoco los criterios para medición.
5. **Control de tráfico en sala.**
   -
6. **Cumplimiento de checklist de seguridad quirúrgica.**
   - Si se realiza lista de chequeo de cirugía segura pero no como un paquete de medidas de prevención.
7. **Condiciones de ventilación del quirófano.**
   - Información no disponible
8. **Revisión de esterilización del instrumental (trazabilidad).**
   - Trabajan independiente, no se hace auditoría desde el programa de infecciones, se hace luminometría
9. **Evidencia de técnica quirúrgica documentada sin complicaciones.**
   - De manera regular se describe adecuadamente las descripciones quirúrgicas, sin embargo no hay categorización de la herida quirúrgica (limpia o limpia contaminada)

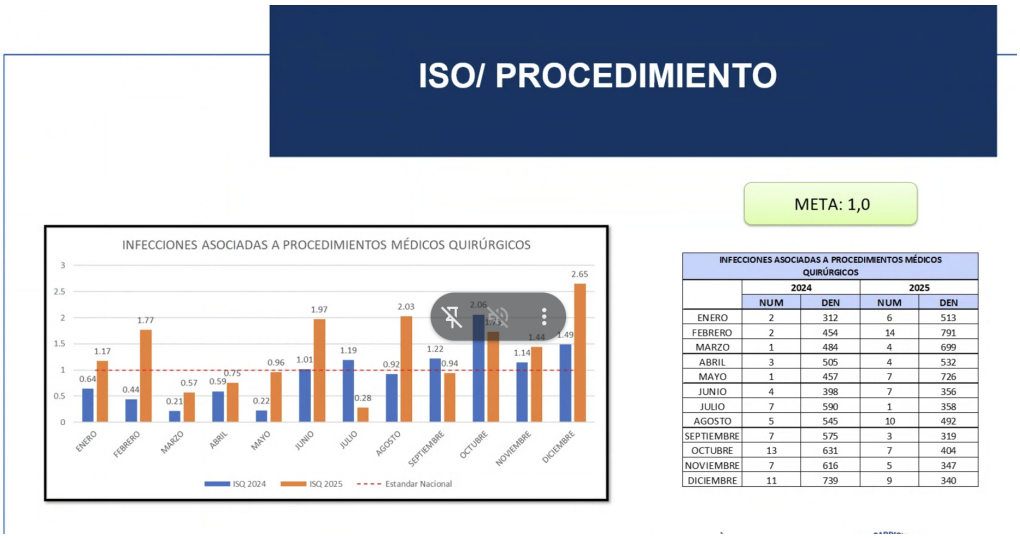
4. PROCESO POSTOPERATORIO

1. **Manejo adecuado de drenajes (indicación y retiro oportuno).**
   - Seguimiento por especialidad y jefe de servicio, para cirugía cardiovascular se les explica en habitación los cuidados de la herida, se hace educación pero no llevan un registro de alcance del mismo.
2. **Educación al paciente al egreso.**
   - El Cirujano da las recomendaciones de cuidados en casa y se le da fecha de cita de control. (Se registra en evolución)

5. MICROBIOLOGÍA Y PERFIL DE RESISTENCIA

1. **Identificación de microorganismos predominantes.**

ISQ 2025																		
MICROORGANISMO	Proteus Mirabilis	Escherichia coli	Serratia Marcescens	pseudomona aeruginosa	Enterobacter Cloacae	Staphylococcus epidermidis	Morganella morganii	Enterobacter Faecalis	Staphylococcus aureus	Candida aureus	Klebsiella Pneumoiae	Klebsiella Oxytoca	Pseudomonas Fluorescens	Providencia rettgeri	Proteus vulgaris/ penneri	Pasteurella multocida	Serratia plymuthica	TOTAL
ENERO	1			1				1					1					4
FEBRERO	1	1	4			1		1	1					1				10
MARZO		1							1									2
ABRIL	1		1						1									3
MAYO		3							1	1	1				1			7
JUNIO		1		2					2			2						7
JULIO						1												1
AGOSTO	2		1		1	2	1		1							1		9
SEPTIEMBRE	1			1					1									3
OCTUBRE	2				1		2		2									7
NOVIEMBRE	1	1			1				1								1	5
DICIEMBRE	1	3	1	1							1							7



INFECCIONES ASOCIADAS A PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS				
	2024		2025	
	NUM	DEN	NUM	DEN
ENERO	2	312	6	513
FEBRERO	2	454	14	791
MARZO	1	484	4	699
ABRIL	3	505	4	532
MAYO	1	457	7	726
JUNIO	4	398	7	356
JULIO	7	590	1	358
AGOSTO	5	545	10	492
SEPTIEMBRE	7	575	3	319
OCTUBRE	13	631	7	404
NOVIEMBRE	7	616	5	347
DICIEMBRE	11	739	9	340

En la auditoría realizada al indicador de Infecciones Asociadas a Procedimientos Médicos Quirúrgicos, se evidencian hallazgos críticos relacionados con el incumplimiento sostenido de la meta institucional establecida en 1,0, así como superación del estándar nacional en varios periodos evaluados.

Hallazgos Relevantes

1. Incumplimiento reiterado de la meta (1,0):

Durante el año 2025 se observa que el indicador supera la meta institucional en la mayoría de los meses evaluados. Los picos más críticos corresponden a:

- Febrero: 1,77
- Junio: 1,97
- Agosto: 2,03
- Octubre: 2,06
- Diciembre: 2,65 (valor más alto del periodo)

Estos resultados reflejan una tendencia ascendente sostenida, especialmente marcada en el segundo semestre.

2. Deterioro comparativo frente al año anterior (2024):

Aunque en 2024 se evidenciaban variaciones, en 2025 el comportamiento muestra un incremento significativo en la tasa, evidenciando pérdida de control del riesgo infeccioso.

3. Incremento crítico en el último trimestre:

Se identifica agravamiento progresivo en octubre, noviembre y diciembre, con cierre anual en 2,65, más del doble de la meta establecida, lo que representa una alerta epidemiológica institucional.

4. Volumen de casos:

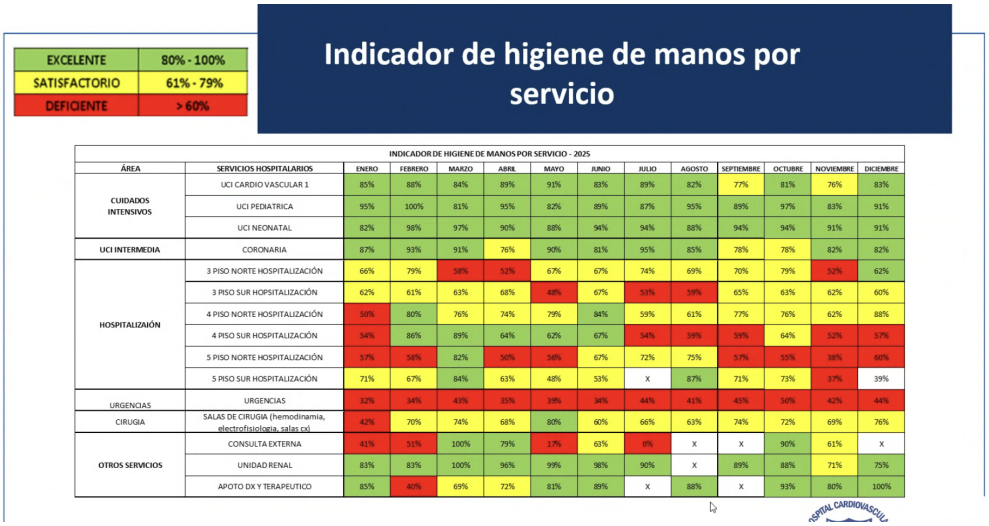
La tabla evidencia aumento en el número absoluto de infecciones en 2025 en comparación con 2024, incluso cuando el número de procedimientos no muestra variaciones proporcionales que justifiquen el incremento en la tasa.

Impacto del Hallazgo

- Incremento del riesgo de eventos adversos en pacientes quirúrgicos.
- Mayor estancia hospitalaria y posibles reintervenciones.
- Aumento de costos institucionales.
- Riesgo de incumplimiento normativo y posibles hallazgos en inspección sanitaria.
- Afectación de indicadores de calidad y reputación institucional.

Conclusión Técnica

El indicador presenta un incumplimiento crítico y sostenido de la meta institucional, con tendencia al empeoramiento durante 2025, especialmente en el último trimestre. No se evidencia control efectivo de las infecciones asociadas a procedimientos quirúrgicos.



EXCELENTE	80% - 100%
SATISFACTORIO	61% - 79%
DEFICIENTE	> 60%

Indicador de higiene de manos por servicio

INDICADOR DE HIGIENE DE MANOS POR SERVICIO - 2025

ÁREA	SERVICIOS HOSPITALARIOS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
CUIDADOS INTENSIVOS	UCI CARDIO VASCULAR 1	85%	88%	84%	89%	91%	83%	89%	82%	77%	81%	76%	83%
	UCI PEDIATRICA	95%	100%	81%	95%	82%	89%	87%	95%	89%	97%	83%	91%
	UCI NEONATAL	82%	98%	97%	90%	88%	94%	94%	88%	94%	94%	91%	91%
UCI INTERMEDIA	CORONARIA	87%	93%	91%	76%	90%	81%	95%	85%	78%	78%	82%	82%
HOSPITALIZAIÓN	3 PISO NORTE HOSPITALIZACIÓN	66%	79%	58%	52%	67%	67%	74%	69%	70%	79%	52%	62%
	3 PISO SUR HOPSITALIZACIÓN	62%	61%	63%	68%	48%	67%	53%	59%	65%	63%	62%	60%
	4 PISO NORTE HOSPITALIZACIÓN	50%	80%	76%	74%	79%	84%	59%	61%	77%	76%	62%	88%
	4 PISO SUR HOSPITALIZACIÓN	54%	86%	89%	64%	62%	67%	54%	59%	59%	64%	52%	57%
	5 PISO NORTE HOSPITALIZACIÓN	57%	58%	82%	56%	56%	67%	72%	75%	57%	55%	38%	60%
	5 PISO SUR HOSPITALIZACIÓN	71%	67%	84%	63%	48%	53%	X	87%	71%	73%	37%	39%
URGENCIAS	URGENCIAS	32%	34%	43%	35%	39%	34%	44%	41%	45%	50%	42%	44%
CIRUGIA	SALAS DE CIRUGIA (hemodinamia, electrofisiologia, salas cx)	42%	70%	74%	68%	80%	60%	66%	63%	74%	72%	69%	76%
OTROS SERVICIOS	CONSULTA EXTERNA	41%	51%	100%	79%	17%	63%	0%	X	X	90%	61%	X
	UNIDAD RENAL	83%	83%	100%	96%	99%	98%	90%	X	89%	88%	71%	75%
	APOTO DX Y TERAPEUTICO	85%	40%	69%	72%	81%	89%	X	88%	X	93%	80%	100%

En la revisión del indicador institucional de Higiene de Manos por Servicio, se evidencian múltiples incumplimientos críticos, con porcentajes en rango deficiente (<60%), especialmente en servicios asistenciales de alto riesgo, lo cual representa un hallazgo de alto impacto en seguridad del paciente.

Hallazgos Críticos Identificados

1. Servicios con cumplimiento persistentemente DEFICIENTE (<60%)

Se identifican múltiples meses en rojo en las siguientes áreas:

- Urgencias: valores críticos entre 32% y 50% en varios meses.
- Salas de Cirugía (Hemodinamia, Electrofisiología, salas cx): registros en 42%, 45%, 60% y otros meses en rango de riesgo.
- Consulta Externa: valores cercanos a 41%–51%.
- 3° y 4° Piso Norte Hospitalización: meses con 50%, 52%, 59%.
- 5° Piso Norte Hospitalización: valores extremadamente bajos (31%, 37%, 39% en algunos meses).
- Apoyo Dx y Terapéutico: presencia de meses en 40%.

Lo anterior evidencia incumplimiento reiterado del estándar mínimo aceptable (≥80%) y exposición directa a riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).

2. Servicios críticos con comportamiento inestable

Incluso en áreas de alto riesgo como:

- UCI Neonatal
- UCI Pediátrica
- UCI Cardiovascular

Aunque algunos meses se encuentran en rango satisfactorio o excelente, se observan fluctuaciones que evidencian falta de sostenibilidad del cumplimiento.

3. Inconsistencias en reporte

Se identifican meses con "X" (sin dato) en algunos servicios, lo que sugiere:

- Falta de medición.
- Débil seguimiento del indicador.
- Posible falla en el sistema de vigilancia institucional.

La ausencia de medición constituye en sí misma un incumplimiento del sistema de gestión de calidad.

Impacto Institucional

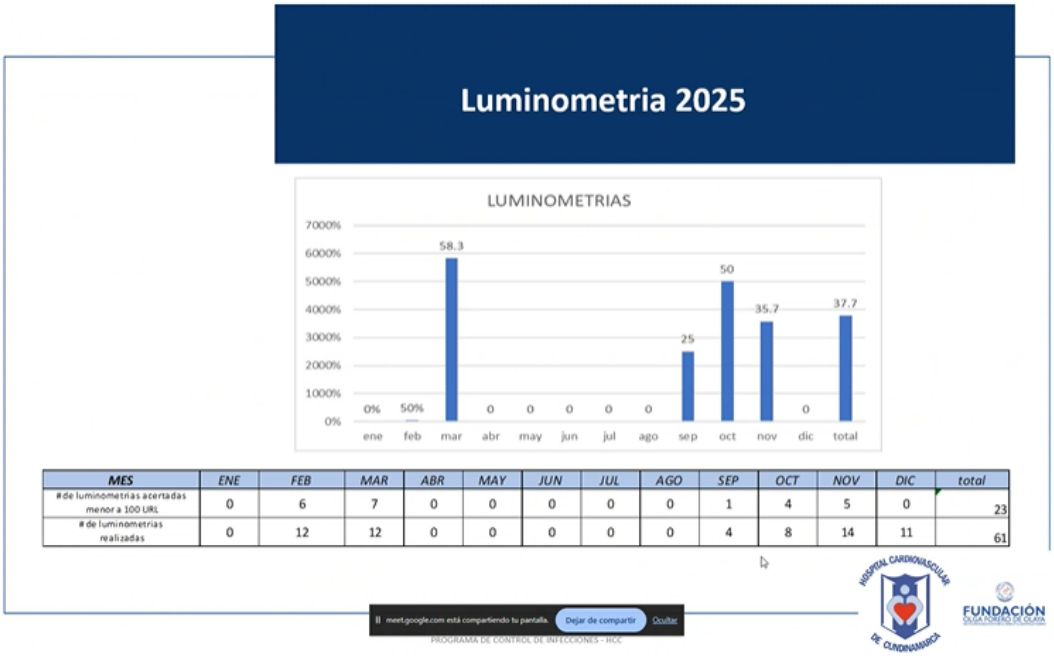
El bajo cumplimiento en higiene de manos:

- Incrementa directamente el riesgo de IAAS.
- Se correlaciona con el aumento observado en el indicador de infecciones quirúrgicas previamente auditado.
- Representa incumplimiento de lineamientos del Programa de Seguridad del Paciente.
- Genera riesgo sanitario ante entes de control.
- Evidencia debilidad en la cultura de seguridad institucional.

Especialmente crítico que Urgencias y Cirugía, siendo áreas de alto flujo y alto riesgo, mantengan desempeño deficiente.

Conclusión Técnica

El indicador presenta incumplimiento estructural y generalizado, con múltiples servicios en rango deficiente durante el año 2025. No se evidencia adherencia sostenida a la estrategia de los 5 momentos de higiene de manos ni efectividad en las acciones de mejora implementadas.



En la revisión del indicador de Luminometría 2025, se evidencian hallazgos críticos relacionados con baja adherencia al programa de verificación de limpieza y desinfección, así como deficiencias en la cobertura mensual del monitoreo.

Hallazgos Críticos Identificados

1. Baja proporción de luminometrías aceptables

De acuerdo con la tabla consolidada:

- Total luminometrías realizadas: 61
- Luminometrías dentro del estándar (<30 RLU): 23

Esto representa un cumplimiento aproximado del 37,7%, lo cual es críticamente bajo.

Es decir, más del 60% de las superficies evaluadas no cumplen con el estándar de limpieza establecido, evidenciando fallas significativas en los procesos de desinfección.

2. Meses con 0% de cumplimiento o sin ejecución

La ausencia de medición en más del 50% del año indica:

- Falta de continuidad en el programa de monitoreo.
- Debilidad en la supervisión del proceso de limpieza.
- Incumplimiento del cronograma de control ambiental.

Adicionalmente, algunos meses presentan 0% de cumplimiento (0 luminometrías aceptables).

3. Variabilidad extrema en resultados

Se observan picos elevados de incumplimiento en:

- Marzo (58,3% de fallas)

- Octubre (50%)
- Noviembre (35,7%)

La variabilidad indica ausencia de estandarización en la técnica de limpieza y falta de sostenibilidad en las acciones correctivas.

Impacto Institucional

- Incremento del riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).
- Correlación directa con:
- Bajo cumplimiento en higiene de manos.
- Aumento del indicador de infecciones quirúrgicas previamente analizado.
- Debilidad en el control ambiental hospitalario.
- Riesgo en visitas de inspección sanitaria y procesos de habilitación.

La luminometría es un indicador objetivo de calidad de limpieza; estos resultados evidencian falla estructural en el proceso de desinfección institucional.

Conclusión Técnica

El programa de luminometría 2025 presenta:

- Baja cobertura anual.
- Cumplimiento global deficiente (37,7%).
- Ausencia de medición sostenida.
- Falta de control efectivo sobre procesos de limpieza y desinfección.

Limpieza y desinfección mobiliario y biomédico con solución jabonosa y luego desinfectante Amonio cuaternario (MadaCide)

Superficies paredes, techos y pisos con hipoclorito.

6. FACTORES INSTITUCIONALES

1. **Rotación de personal nuevo en quirófano.**
   - Gran cambio de rotación y recorte de personal desde hace 6 meses.
2. **Sobrecarga quirúrgica o incremento de volumen.**

- indican que no es así, y el equipo está completo en todo momento.

CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: ☒SI ☐NO

Observaciones:
Recibimiento puntual, en área con soportes disponibles para la asistencia.

En el marco de la evaluación exhaustiva de los procesos relacionados con la prevención de infección del sitio quirúrgico, se identifican limitaciones significativas tanto en el componente de vigilancia como en el de prevención.

En cuanto al proceso de vigilancia, se evidencian debilidades en la estructura metodológica y la trazabilidad de la información, lo que limita la capacidad de análisis oportuno, retroalimentación al equipo quirúrgico y toma de decisiones basada en datos.

Desde la perspectiva preventiva, se observa la ausencia de auditorías sistemáticas y de indicadores de proceso que permitan medir el grado de implementación, adherencia y alcance de las medidas de prevención. No se cuenta con un paquete de medidas estructurado y formalmente adoptado que integre intervenciones basadas en la evidencia para la reducción del riesgo de infección del sitio quirúrgico.

Adicionalmente, se identifican brechas en procesos complementarios que impactan de manera directa la prevención de infecciones, tales como limpieza y desinfección de áreas quirúrgicas, higiene de manos, preparación prequirúrgica de la piel y medición y registro de variables intraoperatorias relevantes.

En consecuencia, a continuación se establecerá un conjunto de acciones de mejora y recomendaciones orientadas a fortalecer la estructura, el proceso y los resultados en prevención de infección del sitio quirúrgico, las cuales deberán ser implementadas de manera progresiva en los próximos meses, con seguimiento y evaluación periódica de su cumplimiento e impacto.

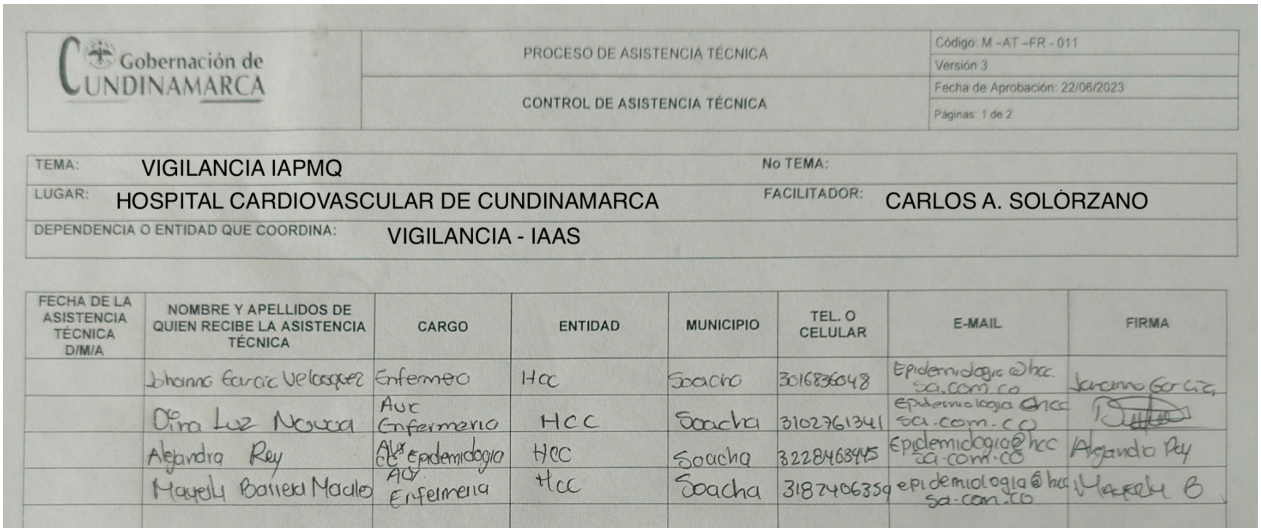
La evidencia del cumplimiento de las mismas deberá ser notificado via correo electrónico.

COMPROMISOS POR PARTE DEL FACILITADOR

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FECHA CUMPLIMIENTO
Revisión de estrategia de identificación de las ISQ	Hospital cardiovascular de Cundinamarca	marzo/2026
Capacitar a los especialistas sobre cómo se identifica una ISQ y como es la ruta de notificación a programa	Hospital cardiovascular de Cundinamarca	marzo/2026
Asegurar la realización de unidades de análisis por cada uno de los eventos de ISQ que se presenten y establecer acciones de mejora según metodología institucional (causa raíz, londres, etc)	Hospital cardiovascular de Cundinamarca	inmediato
Resocializar protocolo de profilaxis antibiótica prequirúrgica	Hospital cardiovascular de Cundinamarca	marzo/2026
Iniciar con la medición de adherencia a profilaxis antibiótica prequirúrgica	Hospital cardiovascular de Cundinamarca	marzo/2026
Cada vez que el indicador de ISQ institucional esté por encima de 0.5 desplegar en comité de infecciones acciones de mejora según sea el caso	Hospital cardiovascular de Cundinamarca	Inmediato
Establecer programa de mejoramiento de higiene de manos en quirófanos	Hospital cardiovascular de Cundinamarca	Inmediato
Construir un paquete de medidas para la prevención de infecciones del sitio quirúrgico que abarque a todas las especialidades quirúrgicas	Hospital cardiovascular de Cundinamarca	Abril/2026
Establecer planes de mejora en el proceso de limpieza y desinfección de quirófanos (debe incluir capacitación, evaluación de insumos de desinfección, considerar la	Hospital cardiovascular de Cundinamarca	Abril/2026

inclusión de cloro orgánico, cronograma de auditorías con luminometrias)		

** Se sugiere anexar: Control de Asistencia o Capturas de pantalla.



Gobernación de CUNDINAMARCA

PROCESO DE ASISTENCIA TÉCNICA

CONTROL DE ASISTENCIA TÉCNICA

Código: M-AT-FR-011
Versión 3
Fecha de Aprobación: 22/06/2023
Páginas: 1 de 2

TEMA: VIGILANCIA IAPMQ — No TEMA:

LUGAR: HOSPITAL CARDIOVASCULAR DE CUNDINAMARCA — FACILITADOR: CARLOS A. SOLÓRZANO

DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE COORDINA: VIGILANCIA - IAAS

FECHA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA D/M/A	NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE LA ASISTENCIA TÉCNICA	CARGO	ENTIDAD	MUNICIPIO	TEL. O CELULAR	E-MAIL	FIRMA
	Johanna Garcia Velasquez	Enfermera	Hcc	Soacha	3016836648	Epidemiologia@hcc sa.com.co	Johanna Garcia
	Dina Luz Novoa	Aux Enfermeria	HCC	Soacha	3102761341	epidemiologia@hcc sa.com.co	
	Alejandra Rey	Aux Epidemiologia	Hcc	Soacha	3228463945	Epidemiologia@hcc sa.com.co	Alejandra Rey
	Mayelly Barrera Madero	Aux. Enfermeria	Hcc	Soacha	3187406359	epidemiologia@hcc sa.com.co	Mayelly B