



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección
Social
República de Colombia

REGISTRO DE INFRACCIONES A LA MISIÓN MÉDICA EN COLOMBIA
ANTES DE DILIGENCIAR EL FORMULARIO, POR FAVOR LEA EL INSTRUCTIVO

INFORMACIÓN DEL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO

Fecha reporte:	Quien diligencia (institución o persona):	
Lugar:	Municipal:	Departamento:

**INFORMACIÓN SOBRE LA
INFRACCIÓN**

Fecha ocurrencia:	Lugar:
Municipio:	Departamento:
Institución afectada:	
Publica:___ Privada:___	Hospital: Puesto de salud:___ Centro de salud:___ Otra, cual:
Fuente de la información (institución o persona):	
¿Las instalaciones o medios de transporte estaban debidamente señalizados con el Emblema Protector ? SI___ NO___ NO SABE: _____	¿El personal sanitario estaba debidamente identificado?: SI _____ NO _____ NO SABE: _____

DESCRIPCIÓN DE LA INFRACCIÓN:

INFORMACIÓN SOBRE APOYO O SOPORTE RECIBIDO



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección
Social
República de Colombia

¿Recibió apoyo inicial la institución o persona afectada? SI___ NO_x___ NO SABE:___

¿Cual?:

This document was created using
SOLID CONVERTER PDF
To remove this message, purchase the product at
www.SolidDocuments.com