


CUA DE PROCEDIMIENTOS	Dirigido	Responsable	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
1. Manejo de residuos, derrames, gestión ambiental	todos	Ing Ambiental		14										
2. Bioseguridad, lavado de manos, limpieza y desinfección COVID19	todos	ARL Caliente				12			29					
3. ISOCC: Modelo de salud, Seguridad del paciente, gestión eventos, PAMSC	todos IPS Y CAF	Auditoria Medica				12			29					
Programa de seguridad del paciente (política de seguridad institucional, sistema de reporte de fallas en la atención, metodología institucional de análisis de causas de los incidentes o eventos adversos)	todos IPS Y CAF	Auditoria Medica												
4. Gestión Eventos Adversos	todos IPS Y CAF	Auditoria Medica				19								
5. Identificación del paciente	todos IPS Y CAF	Auditoria Medica				19								
	Dirigido	Responsable	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
7. Custodia de las pertenencias del paciente	todos	Auditoria Medica				28								
8. Mantener la paciencia de pacientes	todos	Auditoria Medica				28								
9. Protocolo prevención de caídas	todos	Auditoria Medica				19								
10. Farmacovigilancia	todos	Auditoria Medica				19								
11. Tercovigilancia	todos	Auditoria Medica				19								
12. Normas de vigilancia epidemiológica	todos	Auditoria Medica				28								
13. Referencia y Contrareferencia	todos	Auditoria Medica				28			19					
	Dirigido	Responsable	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
14. Gestión documental	Ases. Lineacom Derecom, Auditoria medica	Gestión documental				27								
15. Sistema de Gestión de calidad Institucional	todos	Auditoria Medica				30								
16. Planificación estratégica, ciclo PMA, Indicadores, riesgos en salud, barreras	todos	Auditoria Medica				30								
17. PAMSC Planificación, admisión e ingreso, egreso, evaluación de atención	todos	Auditoria Medica				30								
18. Metodología adopción guías de manejo, procedimientos farmacología	todos	Auditoria Medica					5							
19. Normatividad y política de participación social en salud PSS	todos	Auditoria Medica, of atención outpatient				28 y 29								
20. Normatividad y atención al usuario (Deberes y Derechos, Política de participación social)	todos	Auditoria Medica, of atención outpatient y capacitador externo				28			19					
21. Ingreso, admisión, atención y egreso del usuario, SIAU	todos	Auditoria Medica				29								
22. Normas de manejo de historia clínica	todos	Auditoria Medica				29								
23. Consentimiento informado	todos	Auditoria Medica				29								
	Dirigido	Responsable	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre

1000

19-21-22-23

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA ESCUELA NACIONAL DEL DEPORTE	LISTA DE ASISTENCIA virtual	Código: IG.112.43.04.06
		Fecha: 18/03/2020
		Versión: 6
		Página 1 de 1

Capacitación <input checked="" type="checkbox"/>	Reunión <input type="checkbox"/>	Evento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Cual:	Tema: admisión, ingreso y egreso, Usuario, Normas HC, Consentimiento Informado, PPSS						
Facilitador / Instructor	Interno <input checked="" type="checkbox"/>	Externo <input type="checkbox"/>	Nombre Completo	Fecha: 29/03/21 Hora 7:00 a 8:00 am							
No	Documento de Identidad(1)	Nombre	Dependencia	Adm.	Doc.	Egr.	Est.	Otro	Teléfono (Opcional)	Email (Opcional)	Firma
1	1144072010	Liseth Figueron	IPS	X							
2	31859250	M ^c C. R. R.	IPS	X							
3	6135482	Moises Arturo Cubiera	IPS	X							
4	1114118709	Betha de la Torre	IPS	X							
5	34602477	Dora Lombardo	IPS	X							
6		Luis Javier Tafur	IPS	X							
7	1130599177	Melissa Morales	IPS	X							
8	1136641263	Sindi Gordillo	IPS	X							
9	34557962	Ximena Tejeda R.	IPS	X							
10	1143861080	Sergio Garcia	IPS	X							
11	1062286706	Lina Gonzales	IPS	X							
12		Andres Fdo Escobar	IPS	X							
13	67039945	Dani C. Parra	IPS	X							
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

[1] (*) Los datos facilitados en este formulario, pasarán a formar parte de los archivos automatizados propiedad de la Entidad y podrán ser utilizados por el titular del archivo para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias. De conformidad con la Ley 1581 del 17 de octubre de 2012, de Protección de Datos de Carácter Personal, Ud. podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante instancia presentada.

27	Puntajes MEDES	Medicos					13				19			
28	Muerte súbita en deportistas	Medicos											4	
29	Retorno a actividades deportivas POSTCOVID19	Medicos								10				
	QUIE D EMANEJO	Delegado	Responsable	Evento	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
30	Procedimiento de atención por fases										19			
31	27025-Examen para participación en competencias deportivas	Medicos, Fisioterapeutas y nutricionista	Directora, Coord. Medico								19			
32	26235-Exámenes y foros sobre el cumplimiento del reglamento deportivo		Directora, Coord. Medico					8						
33	2550-Licencias médicas y formulación de actualizaciones y registros del		Directora, Coord. Medico										4	
34	26151-Seguimiento del jugador lesionado		Directora, Coord. Medico					7						4
35	26145-Licencias en el extranjero		Directora, Coord. Medico											

7-8
12-13-20-19



LISTA DE ASISTENCIA Virtual

Código: IG.112.43.04.06
Fecha: 16/03/2020
Versión: 6
Página 1 de 1

Sivibla, Referencia y Contrareferencia, PPSS, humanización
Pamerc, Riesgos, Custodia, Pertinencia, Minimizar la Pérdida admisión
del usuario

Capacitación		<input checked="" type="checkbox"/>	Reunión		<input type="checkbox"/>	Evento		<input type="checkbox"/>	Otro		<input type="checkbox"/>	Cual:		Tema:		Pamerc, Riesgos, Custodia, Pertinencia, Minimizar la Pérdida		
Facilitador / Instructor		Interno		<input checked="" type="checkbox"/>	Externo		<input type="checkbox"/>	Nombre Completo		Fecha:		28/04/21		Hora		7:00 a 9:00 am		
No	Documento de Identidad[1]				Nombre				Dependencia	Adm.	Doc.	Egr.	Est.	Otro	Teléfono (Opcional)	Email (Opcional)	Firma	
1	11844072019				Walter C. Flores				IPS	X								[Firma]
2	1144072019				Walter C. Flores				IPS	X								[Firma]
3	6135482				Moises Arturo C.				IPS	X								[Firma]
4	1114118709				Berthold L. Torre				IPS	X								[Firma]
5	34602417				Boris Domínguez				IPS	X								[Firma]
6					Luis Javier Tufar				IPS	X								[Firma]
7	1130599177				Melissa Morales				IPS	X								[Firma]
8	1136641263				Sandi Gordillo				IPS	X								[Firma]
9	34557962				Ximena Texida R.				IPS	X								[Firma]
10	1143861080				Sergio García				IPS	X								[Firma]
11	1062286806				Lina González				IPS	X								[Firma]
12					Andrés Fdo. Escobar				IPS	X								[Firma]
13	63034945				Diana C. Párraga				IPS	X								[Firma]
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

[1] (*) Los datos facilitados en este formulario, pasarán a formar parte de los archivos automatizados propiedad de la Entidad y podrán ser utilizados por el titular del archivo para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias. De conformidad con la Ley 1581 del 17 de octubre de 2012, de Protección de Datos de Carácter Personal, Ud. podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante instancia presentada.

#20

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA ESCUELA NACIONAL del DEPORTE	REGISTRO DE ASISTENCIA	Código: IG.112.43.04.06
		Fecha: 26/07/2021
		Versión: 7
		Página 1 de 2

Capacitación <input checked="" type="checkbox"/>	Reunión <input type="checkbox"/>	Evento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Cual <input type="checkbox"/>	Tema: <u>Humanización en Salud</u>						
Facilitador / Instructor	Interno <input type="checkbox"/>	Externo <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Completo: <u>Sara González</u>	Fecha: <u>19/08/2021</u>	Hora: <u>8:25</u> a <u>10:16</u> pm						
No	Documento de Identidad ¹	Nombre	Dependencia	Adm.	Doc.	Egr.	Est.	Otro	Teléfono (Opcional)	Email (Opcional)	Firma
1	1194072010	Isbeth Figueroa	IPS								
2	1130509177	Melissa Meliki	IPS								
3	1130671263	Sindy Corcho	IPS								
4	6710399451	Diana Gabriela López	IPS								
5	1062256106	UNA VARELA	IPS								
6	94544997	Lilian Reyes	IPS								
7	932175	Diego Saenz	IPS								
8	929774	Mario Chaves	IPS								
9	38641375	Sara Ruiz	IPS								
10	1143928272	Nancy Angulo	CAF						3106000165	nancy.angulo@endeporte.com.co	Nancy Angulo
11	31482808	Carolina Rengifo	IPS								Carolina Rengifo
12	1107513805	Gisela Rengifo									
13	34602417	Dora Cambrino	IPS								
14	1059446213	Alfonso Cordero	CAF								
15	34557962	Alfonso Cordero	IPS								

¹ (*) Los datos facilitados en este formulario, pasarán a formar parte de los archivos automatizados propiedad de la Entidad y podrán ser utilizados por el titular del archivo para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias. De conformidad con la Ley 1581 del 17 de octubre de 2012, de Protección de Datos de Carácter Personal, Ud. podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante instancia presentada.

REGISTRO DE ASISTENCIA

Código: IG.112.43.04.06

Fecha: 26/07/2021

Versión: 7

Página 1 de 2

Capacitación <input checked="" type="checkbox"/> Reunión <input type="checkbox"/> Evento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>		Tema: <u>Código del Buen Gobierno</u>									
Facilitador / Instructor		Interno <input checked="" type="checkbox"/> Externo <input type="checkbox"/>	Nombre Completo <u>Maria Eugenia M.</u>								
		Fecha <u>4</u> / <u>4</u> / <u>2021</u>	Hora <u>12:00</u> a <u>12:30</u> pm								
No	Documento de Identidad ¹	Nombre	Dependencia	Adm.	Doc.	Egr.	Est.	Otro	Teléfono (Opcional)	Email (Opcional)	Firma
1	94467622	Andrés Gredy	IPS								Andrés Gredy
2	34602A17	Dora Lombardo	IPS								Dora Lombardo
3	1062786806	Una moreno	IPS								Una moreno
4	1130641263	Andi Gaidib	IP								Andi Gaidib
5	67034945	D. Lombardo	IPS								D. Lombardo
6	1144072010	Isbeth Figueroa	IPS								Isbeth Figueroa
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

¹ (*) Los datos facilitados en este formulario, pasarán a formar parte de los archivos automatizados propiedad de la Entidad y podrán ser utilizados por el titular del archivo para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias. De conformidad con la Ley 1581 del 17 de octubre de 2012, de Protección de Datos de Carácter Personal, Ud. podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante instancia presentada.

REGISTRO DE ASISTENCIA

Código: IG 112.43.04.06

Fecha: 26/07/2021

Versión: 7

Página 1 de 2

Capacitación <input type="checkbox"/> Reunión <input type="checkbox"/> Evento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>										Tema: <u>Derechos y Deberes</u>	
Facilitador / Instructor Interno <input type="checkbox"/> Externo <input type="checkbox"/> Nombre Completo _____										Fecha <u>4</u> <u>11</u> <u>2021</u>	Hora <u>12:00</u> a <u>12:30</u> pm
No	Documento de Identidad ¹	Nombre	Dependencia	Adm.	Doc.	Egr.	Est.	Otro	Teléfono (Opcional)	Email (Opcional)	Firma
1	5135462	Arturo Cabra	IPS								
2	1130641263	Sindi Gudiño	IPS								
3	670394145	D. Catalina P.	IPS								
4	1062256806	Ina Macela	IPS								
5	94462622	A. J. J. J. J.	IPS								
6	34602417	Dora Camacho	IPS								
7	1062256806	Ina Macela	IPS								
8	1144072010	Liseth Figueroa	IPS								
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

¹ (*) Los datos facilitados en este formulario, pasarán a formar parte de los archivos automatizados propiedad de la Entidad y podrán ser utilizados por el titular del archivo para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias. De conformidad con la Ley 1581 del 17 de octubre de 2012, de Protección de Datos de Carácter Personal, Ud. podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante instancia presentada.

REGISTRO DE ASISTENCIA

Código: IG.112.43.04.06

Fecha: 26/07/2021

Versión: 7

Página 1 de 2

Capacitación <input checked="" type="checkbox"/> Reunión <input type="checkbox"/> Evento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>		Facilitador / Instructor		Tema: <u>Control interno</u>		Fecha: <u>4</u> <u>11</u> <u>2021</u>		Hora: <u>2:00</u> a <u>2:30</u> pm			
No	Documento de Identidad ¹	Nombre	Dependencia	Adm.	Doc.	Egr.	Est.	Otro	Teléfono (Opcional)	Email (Opcional)	Firma
1	1144072040	Liseth Figueroa	IPS								
2	1130641263	Andi Gendillo	IPS								
3	1062286306	Una Noreña	IPS								
4	34602417	Dora Ambrando	IPS								
5	14995264	BOHORA	IPS								
6	34537967	Ximena Legado	IPS							ximena.legado@unad.edu.co	
7	14464488	Andrés Torres	IPS							andres.torres@unad.edu.co	
8	94467622	Alirio Enríquez	IPS							alirio.enriquez@unad.edu.co	
9	79383373	Jessica Bonilla	IPS							jessica.bonilla@unad.edu.co	
10	6135457	Antonio Cabrera	IPS							antonio.cabrera@unad.edu.co	
11	929272	Karis Clara	IPS								
12											
13											
14											
15											

¹ (*) Los datos facilitados en este formulario, pasarán a formar parte de los archivos automatizados propiedad de la Entidad y podrán ser utilizados por el titular del archivo para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias. De conformidad con la Ley 1581 del 17 de octubre de 2012, de Protección de Datos de Carácter Personal, Ud. podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante instancia presentada.