



CIRCULAR

PARA: INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE LA RED PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

DE: SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA

ASUNTO: EMBLEMATIZACIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA MISIÓN MÉDICA

Los Convenios de Ginebra de 1949, sus Protocolos Adicionales de 1977 y el Derecho Internacional Humanitario, establecen que el personal sanitario será respetado y protegido, así como los hospitales, centros de salud, ambulancias y todo servicio de búsqueda, rescate, traslado y tratamiento de heridos y enfermos, o de prevención de enfermedades.

El Gobierno Nacional mediante la Resolución 4481 de 2012 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó el Manual de Misión Médica y estableció las normas relacionadas con la señalización y divulgación de su Emblema.

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, a través del Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres -CRUE-, teniendo en cuenta el comportamiento de las estadísticas de incidentes e infracciones en contra de la Misión Médica, adelanta diferentes acciones a fin de promover el respeto por el personal profesional de la salud y de otras disciplinas, que realiza actividades propias de la prestación de servicios de salud. De igual manera, se desarrollan actividades con el propósito de tener claramente identificados como parte de la Misión Médica, los bienes, instalaciones, instituciones y medios de transporte necesarios para llevar a cabo las actividades de asistencia sanitaria, salud preventiva, educación en salud, administración y apoyo en la prestación de los servicios de salud, atención pre-hospitalaria, hospitalaria y extramural.

Por lo anterior, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia con el propósito de apoyar la emblemización de la Misión Médica, invita a las instituciones prestadoras de servicios de la red pública a realizar el proceso de solicitud y autorización de uso del emblema, por medio del siguiente procedimiento:

1. Diligenciamiento del formato para solicitud de autorización de uso del emblema de la Misión Médica para medios de transporte sanitario, instalaciones sanitarias y personal sanitario. Se adjunta formato.

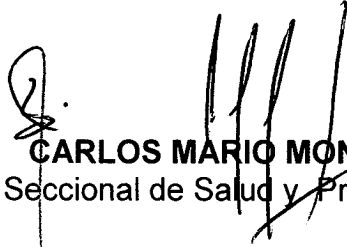



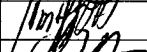


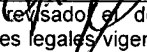
2. Para solicitar tarjetas de identidad de Misión Médica para el personal sanitario, además del formato de solicitud, se debe diligenciar formato en excel (en medio magnético) con la información que se requiere para la tarjeta y fotos de los funcionarios. Se adjunta formato.
3. La anterior documentación se debe enviar con oficio dirigido a la Dra. SANDRA ISABEL ANGULO ESPINOSA, Directora de Calidad y Red de Servicios de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, el cual debe ser radicado en el archivo de Gobernación (primer piso).

El trámite de la solicitud surte efecto en aproximadamente siete (7) días luego de su recepción. Para mayor información de la gestión a la solicitud de autorización del uso del emblema, se pueden comunicar al teléfono 383 50 54 con Sara Lopera Arango o por medio del correo electrónico saralopera125@gmail.com

La respuesta a la solicitud se da través de oficio radicado, firmado por el Secretario Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

La autorización es el documento válido con el cual las ESE Hospitales podrán solicitar a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social a través del CRUE Departamental, la entrega de banderas de la misión médica para emblematizar transitoriamente medios de transporte diferentes a ambulancias (vehículos utilizados por las ESE Hospitales que no son de destinación exclusiva al transporte de heridos, enfermos o personal sanitario), calcomanías y afiches para emblematizar hospitales, puestos y centros de salud.


CARLOS MARIO MONTOYA SERNA
 Secretario Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Proyectó:	Luis Fernando Gallego Arango - Profesional Universitario		23/11/18
Revisó:	Cesar Mauricio Ruiz Chaverra - Director de Atención a las Personas		23/11/18
	Sandra Isabel Angulo Espinosa - Directora de Calidad y Red de Servicios		" " "
	Carlos Mario Tamayo Gaviria - Profesional Universitario		23/11/18
	Samir Alonso Murillo Palacios - Director de Asuntos Legales		26/11/2018
		Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para firma	



FORMATO PARA LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE USO DEL EMBLEMA



RADICACIÓN # _____

FECHA: ____/____/____
DD MM AA



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DEL USO DEL EMBLEMA PROTECTOR DE LA MISIÓN MÉDICA

INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD SOLICITANTE								
INSTITUCIÓN: _____			PÚBLICA: <input type="checkbox"/> PRIVADA: <input type="checkbox"/>					
MUNICIPIO: _____			DEPARTAMENTO: _____					
PERFIL INSTITUCIONAL: ASISTENCIAL: <input type="checkbox"/> TRASLADO: <input type="checkbox"/> PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN: <input type="checkbox"/> OTRO: _____								
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____								
CARGO DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____								
INFORMACIÓN DE MEDIOS DE TRANSPORTE SANITARIO QUE UTILIZARÁN EL EMBLEMA								
VEHICULOS TERRESTRES	MARCA	MODELO	AÑO	PLACAS	TIPO			
					AMBULANCIA:	OTRO:		
					AMBULANCIA:	OTRO:		
					AMBULANCIA:	OTRO:		
					AMBULANCIA:	OTRO:		
DESCRIPCIÓN OTROS MEDIO DE TRANSPORTE (embarcaciones, aeronaves, etc.): _____								
INFORMACIÓN DE INSTALACIONES SANITARIAS QUE UTILIZARÁN EL EMBLEMA								
DESCRIPCIÓN: _____			UBICACIÓN: _____					
DESCRIPCIÓN: _____			UBICACIÓN: _____					
INFORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO QUE UTILIZARA EL EMBLEMA								
NOMBRE	DOC.ID.	PROFESIÓN	CARGO	TIPO CONTR.	FECHA TERMINACIÓN			
ESPACIO RESERVADO PARA LA AUTORIZACION DEL EMBLEMA								
Autorizado: SI: _____ NO: _____			Ente que autoriza: _____		Firma: _____			
Nombre del responsable: _____								
Cargo: _____ Fecha autorización: ____/____/____ vigente hasta: ____/____/____								

Secretaría Seccional de Salud y Protección Social



INFORMACION PARA SOLICITUD DE TARJETA DE IDENTIDAD DE MISIÓN MÉDICA ANTE LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	GRUPO SANGUÍNEO Y Rh	ESTATURA	CARGO	ENTIDAD

