**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: \_\_\_\_ PRIVADA: \_\_\_\_\_ |   |
| MUNICIPIO: | DEPARTAMENTO: |
| PERFIL INSTITUCIONAL: ASISTENCIAL \_\_\_\_\_ TRASLADO \_\_\_\_\_\_ PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN\_\_\_\_\_ OTRO: \_\_\_\_ |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: |
| CARGO DEL REPRESENTANTE LEGAL: |
| **INFORMACIÓN DE MEDIOS DE TRANSPORTE SANITARIO QUE UTILIZARÁN EL EMBLEMA** |
| **VEHÍCULOS TERRESTRES** | **MARCA** | **MODELO** | **AÑO** | **PLACAS** | **TIPO** |
|   |   |   |   | AMBULANCIA: | OTRO: |
|   |   |   |   | AMBULANCIA: | OTRO: |
|   |   |   |   | AMBULANCIA: | OTRO: |
|   |   |   |   | AMBULANCIA: | OTRO: |
|   |   |   |   | AMBULANCIA: | OTRO: |
| Descripción otros medios de transporte (embarcaciones, Aeronaves, etc).  |
|
| **INFORMACIÓN DE INSTALACIONES SANITARIAS QUE UTILIZARÁN EL EMBLEMA** |
| DESCRIPCIÓN:  | UBICACIÓN: |
| DESCRIPCIÓN:  | UBICACIÓN: |
| **INFORMACIÓN DEL PERSONAL SANITAIO QUE UTILIZARA EL EMBLEMA** |
| **NOMBRE**  | **DOC ID** | **PROFESIÓN** | **CARGO** | **TIPO CONTRATO** | **FECHA TERMINACIÓN** |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| **ESPACIO RESERVADO PARA LA AUTORIZACIÓN DEL EMBLEMA** |
| Autorizado: Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_ | Ente que autoriza:  | **Firma:** |
| Nombre del responsable:  |
| Cargo: | Fecha autorización \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/ Vigencia hasta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/ |

**INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO PARA LA SOLICITUD**

**DE AUTORIZACIÓN DE USO DEL EMBLEMA PROTECTOR DE LA MISION MEDICA**

El Ministerio de Salud y Protección Social busca dar una respuesta adecuada frente al acelerado incremento de infracciones a la Misión Médica en Colombia, por esta razón se ha diseñado un modelo para que las entidades responsables implementen un formato con el propósito de registrar, analizar y autorizar, si es el caso, el uso del Emblema r de la Misión Médica en Colombia.

**Radicación Nº:** Es el número consecutivo que cada Secretaría de Salud Departamental o Distrital, dará en estricto orden a las solicitudes recibidas por parte de las entidades que desean utilizar el Emblema de la Misión Médica.

**Fecha:** Corresponde a la fecha en que se hizo la solicitud, registrando:

DD: día, MM: mes y AA: año.

**Institución:** Es el nombre de la institución de salud que solicita autorización para utilizar el Emblema de la Misión Médica.

**Pública / Privada:** Marcar con una (X), según corresponda a la naturaleza jurídica de la institución que solicita autorización para utilizar el Emblema de la Misión Médica.

**Municipio / Departamento:** Es el lugar en el cual está ubicada la institución solicitante.

**Perfil Institucional:** Corresponde al tipo de actividades que desarrolla la institución solicitante. ASISTENCIAL: Si la institución hace labor de asistencia en salud a personas, TRASLADO: Si la institución hace traslado de pacientes, PROMOCION Y PREVENCIÓN: Si la institución lleva a cabo labores de promoción de salud y prevención de enfermedades a la comunidad. OTRO: Si la institución lleva a cabo otra labor de salud a las personas.

**Nombre del Representante Legal:** Corresponde al nombre completo del Representante Legal de la Institución que solicita utilizar el Emblema de la Misión Médica. CARGO: Es el cargo que ocupa el Representante Legal en la institución solicitante.

**Vehículos:** Corresponde a la información de los vehículos que la institución solicitante desea señalizar con el Emblema de la Misión Médica, registrando: Marca, Modelo, Año, Placas. Se debe marcar ( X ) si el vehículo es una Ambulancia u anotar en -Otro- si tiene un uso diferente al de ambulancia.

**Descripción otros Medios de Transporte:** Se refiere a aquellos medios de transporte terrestre, aéreo, fluvial y marítimos destinados exclusivamente al transporte de heridos o enfermos, del personal sanitario y del equipo o material sanitario como embarcaciones, aeronaves y otros que la institución desea señalizar con el Emblema de la Misión Médica. Se recomienda anotar el tipo, marca, modelo o cualquier dato que permita su identificación.

**Instalaciones:** Se refiere a las unidades sanitarias que la Institución desea señalizar con el Emblema de la Misión Médica. Descripción: Corresponde al tipo y nombre de la edificación: Hospital, Clínica, Centro de Salud, etc. Ubicación: Se refiere a la dirección de la edificación.

**Personal Sanitario:** Son todas las personas profesionales de la salud y otras disciplinas, con vinculación laboral ó civil, que ejercen funciones sanitarias en el marco de la misión humanitaria, en situaciones o zonas de conflicto armado u otras situaciones de violencia que afecten la seguridad pública, desastres naturales y otras calamidades. a las cuales la institución está solicitando autorización para que porten el Emblema de la Misión Médica.

Nombre: nombre completo (nombres y apellidos). Documento de Identidad: número de la cédula de ciudadanía, pasaporte o cédula de extranjería. Profesión: Es la profesión u oficio que desempeña cada persona al interior de la institución solicitante. Cargo: Es el cargo que ocupan en la institución solicitante. Tipo de Contratación: Es el tipo de contratación (de planta o de contrato) por la cual están vinculadas a la institución solicitante. Fecha Terminación: Es la fecha en la cual termina la vinculación laboral con la institución: día, mes y año. EN CASO DE NO ALCANZAR LOS ESPACIOS PARA REGISTRAR AL PERSONAL, FAVOR ANEXAR UN LISTADO ESPECIFICANDO LOS DATOS SOLICITADOS.

**Autorización del Uso del Emblema:** Es un espacio para uso exclusivo de la entidad facultada para autorizar o no el uso del Emblema de la Misión Médica.

**Autorización del uso del Emblema:** Es un espacio para uso exclusivo de la entidad facultada para autorizar o no el uso del Emblema de la Misión Médica.

**Autorizado**: SI: Corresponde a la decisión afirmativa de autorización del uso del Emblema de la Misión Médica a la institución solicitante. NO: Corresponde a la decisión negativa de autorización del uso del Emblema de la Misión Médica a la institución solicitante.

**Ente que autoriza**: Corresponde a la entidad facultada para autorizar o no el uso del Emblema de la Misión Médica.

**Nombre del Responsable**: Corresponde al nombre completo (nombres y apellidos) de la persona responsable en la entidad facultada para autorizar o no el uso del Emblema de la Misión Médica. Cargo: Es el cargo que ocupa la persona responsable que firma la autorización.

**Fecha de autorización**: Es el día a partir del cual se autoriza el uso del Emblema de la Misión Médica a la institución que lo ha solicitado, día, mes y año.

**Vigente hasta**: Es la fecha hasta la cual se autoriza el uso del Emblema de la Misión Médica a la institución que lo ha solicitado, DD: día, MM: mes, AA: año.

**Firma**: Corresponde a la firma de la persona responsable en la entidad facultada para autorizar o no el uso del Emblema de la Misión Médica.