

**FORMATO DE REPORTE DE INFRACCIONES
E INCIDENTES 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:	Municipio:	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

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