


**Nota:**  
La lista de chequeo debe enviarse al correo: [saludambiental@alcaldianeiva.gov.co](mailto:saludambiental@alcaldianeiva.gov.co) y con copia al correo institucional [vitales@esecarmenemiliaospina.gov.co](mailto:vitales@esecarmenemiliaospina.gov.co).

 <b>CARMEN EMILIA OSPINA</b> <small>Salud, Bienestar y Dignidad</small>	<b>DOCUMENTO DE APOYO</b>		<b>CODIGO</b>	VE-S1-D62
	<b>FLUJOGRAMA DE ORIENTACIONES PARA EL MANEJO , TRASLADO Y DISPOSICIÓN FINAL DE CADÁVERES POR COVID-19 Y LA CERTIFICACIÓN DE DEFUNCIÓN</b>		<b>VERSIÓN</b>	6
			<b>VIGENCIA</b>	04/08/2021
			<b>PAGINA 2 DE 8</b>	

## DEFINICIONES:

**Autopsia verbal:** Técnica de recolección de información que busca, a través de la entrevista a un familiar, cuidador o responsable de mayor cercanía y confianza a la persona fallecida, recabar los signos, síntomas, antecedentes, factores de riesgo, factores sociales, culturales o de atención a la salud y posibles registros de historia clínica, asociados al último padecimiento del fallecido, con el fin de identificar de manera responsable y razonable las circunstancias que rodearon el desarrollo del padecimiento y finalmente establecer la causa probable de la muerte.

**Embalar:** disponer o colocar convenientemente dentro de cubiertas los cadáveres humanos que han de transportarse, utilizando los elementos necesarios para resguardar, facilitar su identificación, manipulación y garantizar la integridad de los mismos durante su transporte para el destino final o labores judiciales. La definición para las autoridades judiciales, es el procedimiento técnico utilizado para empacar preservar y proteger los elementos de material probatorio y evidencia física en el contenedor adecuado, con el fin de ser enviados para análisis o almacenamiento.

**Riesgo Biológico:** consiste en la presencia de un organismo, o la sustancia derivada de un organismo, que puede presentar una amenaza a la salud humana como residuos con características biológicas-infecciosas, muestras de un microorganismo, virus o toxina de una fuente biológica que puede resultar patógena


## FASES DE LA ATENCIÓN DE CADÁVERES:

**Primera fase:** desde el momento de la muerte hasta la entrega del cuerpo a sus familiares o red de apoyo.

**Responsable:** prestador y asegurador del afiliado en los casos de muertes naturales.


**Segunda fase:** Desde la entrega del cuerpo a familiares o dolientes hasta la disposición final del cadáver.

**Responsable:** las familias o de las autoridades administrativas locales (alcaldías) cuando el fallecido no tiene dolientes o es pobre de solemnidad.

 <b>CARMEN EMILIA OSPINA</b> <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	<b>DOCUMENTO DE APOYO</b>		<b>CODIGO</b>	<b>VE-S1-D62</b>
	<b>FLUJOGRAMA DE ORIENTACIONES PARA EL MANEJO , TRASLADO Y DISPOSICIÓN FINAL DE CADÁVERES POR COVID-19 Y LA CERTIFICACIÓN DE DEFUNCIÓN</b>		<b>VERSIÓN</b>	<b>6</b>
			<b>VIGENCIA</b>	<b>04/08/2021</b>
			<b>PAGINA 3 DE 8</b>	

## **Anexo 1. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN EN LUGAR DIFERENTE A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD**

- Usar mascarilla respiratoria N 95 y guantes para trabajo pesado (guantes de Neopreno), lavarlos con jabón líquido después de cada procedimiento y permitir su secado.
- Aplicar las soluciones detergentes y desinfectantes según las indicaciones del fabricante.
- Al barrer con escoba en áreas de atención de pacientes cubrirla con un paño húmedo para reducir que se propaguen los microorganismos y el polvo.
- Se debe realizar la limpieza de áreas y superficies con el fin de retirar el polvo y suciedad, con el fin de que la desinfección sea efectiva
- Para la limpieza de pisos, se deben seguir las técnicas de barrido húmedo, enjabonar, enjuagar y secar.
- Posteriormente aplicar desinfectante, se realizará con hipoclorito de uso doméstico el cual debe estar en contacto con las áreas de: pisos, baños en caso de que el deceso haya sido en domicilio y durante 10 minutos para que sea efectivo y después se debe retirar con un paño limpio se podrán utilizar concentraciones de 2500 ppm o 5000 ppm en caso de que haya presencia de fluidos corporales, y continuar con la desinfección con aplicando alcohol al 70% en las superficies en las cuales no se puede aplicar hipoclorito, el alcohol se deja en contacto con la superficie no se debe retirar.
- En caso de que la muerte haya sido ocurrida en casa, la ropa, las sábanas del cadáver deben separarse y lavarse con agua y jabón ordinario, o a máquina a 60–90 °C con detergente ordinario, y dejarse secar por completo.
- Los trapos y de más material descartable empleado en el proceso deben ser desechados en doble bolsa, se deberá marcar, para lo cual se podrá emplear cinta aislante o de enmascarar de color blanco.

 <b>CARMEN EMILIA OSPINA</b> <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	<b>DOCUMENTO DE APOYO</b>		<b>CODIGO</b>	<b>VE-S1-D62</b>
	<b>FLUJOGRAMA DE ORIENTACIONES PARA EL MANEJO , TRASLADO Y DISPOSICIÓN FINAL DE CADÁVERES POR COVID-19 Y LA CERTIFICACIÓN DE DEFUNCIÓN</b>		<b>VERSIÓN</b>	<b>6</b>
			<b>VIGENCIA</b>	<b>04/08/2021</b>
			<b>PAGINA 4 DE 8</b>	


## **Anexo 2. CUANDO SE REQUIERE NECROPSIA**

De acuerdo a lo definido en los artículos 2.8.9.6 y 2.8.9.7 del Decreto 780 de 2016

- Artículo 2.8.9.6 Casos en los que deben realizarse autopsias médico-legales. Las autopsias médico-legales procederán obligatoriamente en los siguientes casos:
  - a) Homicidio o sospecha de homicidio;
  - b) Suicidio o sospecha de suicidio;
  - c) Cuando se requiera distinguir entre homicidio y suicidio;
  - d) Muerte accidental o sospecha de la misma;
  - e) otras muertes en las cuales no exista claridad sobre su causa, o la autopsia sea necesaria para coadyuvar a la identificación de un cadáver cuando medie solicitud de autoridad competente.

Artículo 2.8.9.7 Autopsias que se encuentran dentro de los casos obligatorios. Dentro de las autopsias que proceden obligatoriamente, distínganse de manera especial las siguientes:


- a) Las practicadas en casos de muertes ocurridas en personas bajo custodia realizada u ordenada por autoridad oficial, como aquellas privadas de la libertad o que se encuentren bajo el cuidado y vigilancia de entidades que tengan como objetivo la guarda y protección de personas;
- b) Las practicadas en casos de muertes en las cuales se sospeche que han sido causadas por enfermedad profesional o accidente de trabajo.

	DOCUMENTO DE APOYO		CODIGO	VE-S1-D62
	<b>FLUJOGRAMA DE ORIENTACIONES PARA EL MANEJO , TRASLADO Y DISPOSICIÓN FINAL DE CADÁVERES POR COVID-19 Y LA CERTIFICACIÓN DE DEFUNCIÓN</b>		VERSIÓN	6
			VIGENCIA	04/08/2021
			PAGINA 5 DE 8	

- c) Las realizadas cuando se sospeche que la muerte ha sido causada por la utilización de agentes químicos o biológicos, drogas, medicamentos, productos de uso doméstico y similares;
- d) Las que se llevan a cabo en cadáveres de menores de edad cuando se sospeche que la muerte ha sido causada por abandono o maltrato;
- e) Las que se practican cuando se sospeche que la muerte pudo haber sido causada por un acto médico;
- f) Las que se realizan en casos de muerte de gestantes o del producto de la concepción cuando haya sospecha de aborto no espontáneo.


**Nota:**


- a) Para las muertes referidas en el artículo 2.8.9.7, literal e del Decreto 780 de 2016, donde se alegue presuntas fallas en la prestación del servicio de salud en casos probables o confirmados de SARS-COV-2 (COVID-19), no serán objeto de inspección técnica a cadáver ni de necropsia médico legal y se realizará análisis de historia clínica previa denuncia.
- b) Para las muertes en custodia referidas en el artículo 2.8.9.7., literal a; y las muertes referidas en los literales b, c, d y f del Decreto 780 de 2016, con causa probable o confirmada de SARS-COV-2 (COVID-19), no serán objeto de inspección técnica a cadáver ni de necropsia médico legal.

 <b>CARMEN EMILIA OSPINA</b> Salud, bienestar y dignidad	<b>DOCUMENTO DE APOYO</b>		<b>CODIGO</b>	<b>VE-S1-D62</b>	
	<b>FLUJOGRAMA DE ORIENTACIONES PARA EL MANEJO, TRASLADO Y DISPOSICIÓN FINAL DE CADÁVERES POR COVID-19 Y LA CERTIFICACIÓN DE DEFUNCIÓN</b>			<b>VERSIÓN</b>	<b>6</b>
				<b>VIGENCIA</b>	<b>04/08/2021</b>
	<b>PAGINA 6 DE 8</b>				

## Anexo 3. AUTOPSIA VERBAL (FORMATO DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL)

### Hoja 1 de 2

 <b>La salud es de todos</b> Minsalud	<b>FORMULARIO DE AUTOPSIA VERBAL</b> Registro de información de la autopsia verbal para los casos sospechosos de COVID-19												
<b>Fecha y hora de realización de la Autopsia Verbal:</b> <table style="display: inline-table; border: 1px solid black;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">DD</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">MM</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">AAAA</td> <td style="width: 20px;">HORA:</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">H</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">M</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">AM <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20px; text-align: center;">PM <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		DD	MM	AAAA	HORA:	H	M	AM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>				
DD	MM	AAAA	HORA:	H	M	AM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>						
<b>Datos del entrevistado</b>													
<table style="width: 100%; border: 1px solid black;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nombres y apellidos</td> <td style="width: 20%;">Tipo de ID*</td> <td style="width: 30%;">Número de identificación</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="font-size: small;">           *RC: Registro Civil   TI: Tarjeta de identidad   CC: Cédula de ciudadanía   CE: Cédula de extranjería   PA: Pasaporte   MS: Menor sin ID   AS: Adulto sin ID   PEP: Permiso Especial de Permanencia         </td> </tr> </table>		Nombres y apellidos	Tipo de ID*	Número de identificación	*RC: Registro Civil   TI: Tarjeta de identidad   CC: Cédula de ciudadanía   CE: Cédula de extranjería   PA: Pasaporte   MS: Menor sin ID   AS: Adulto sin ID   PEP: Permiso Especial de Permanencia								
Nombres y apellidos	Tipo de ID*	Número de identificación											
*RC: Registro Civil   TI: Tarjeta de identidad   CC: Cédula de ciudadanía   CE: Cédula de extranjería   PA: Pasaporte   MS: Menor sin ID   AS: Adulto sin ID   PEP: Permiso Especial de Permanencia													
<b>Datos del fallecido</b>													
<table style="width: 100%; border: 1px solid black;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nombres y apellidos</td> <td style="width: 20%;">Tipo de ID*</td> <td style="width: 30%;">Número de identificación</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="font-size: small;">           *RC: Registro Civil   TI: Tarjeta de identidad   CC: Cédula de ciudadanía   CE: Cédula de extranjería   PA: Pasaporte   MS: Menor sin ID   AS: Adulto sin ID   PEP: Permiso Especial de Permanencia         </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Diagnóstico de causa de muerte: (cómo aparece en RUAF ND)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">¿Conoce la fecha exacta de la muerte? SI <input type="checkbox"/> DD <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AAAA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Nombres y apellidos	Tipo de ID*	Número de identificación	*RC: Registro Civil   TI: Tarjeta de identidad   CC: Cédula de ciudadanía   CE: Cédula de extranjería   PA: Pasaporte   MS: Menor sin ID   AS: Adulto sin ID   PEP: Permiso Especial de Permanencia			Diagnóstico de causa de muerte: (cómo aparece en RUAF ND)			¿Conoce la fecha exacta de la muerte? SI <input type="checkbox"/> DD <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AAAA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Nombres y apellidos	Tipo de ID*	Número de identificación											
*RC: Registro Civil   TI: Tarjeta de identidad   CC: Cédula de ciudadanía   CE: Cédula de extranjería   PA: Pasaporte   MS: Menor sin ID   AS: Adulto sin ID   PEP: Permiso Especial de Permanencia													
Diagnóstico de causa de muerte: (cómo aparece en RUAF ND)													
¿Conoce la fecha exacta de la muerte? SI <input type="checkbox"/> DD <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AAAA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>													
<b>Probable manera de muerte</b>													
1. ¿Existe evidencia si falleció por una lesión, accidente, caída u otra causa externa? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/> ¿Si fue por causa externa, ¿Cuál fue la lesión, accidente o causa externa? <b>Seleccione la opción correspondiente:</b> <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito <input type="checkbox"/> Accidente por disparo de arma de fuego <input type="checkbox"/> Exposición a fuego, humo y llamas quemadura <input type="checkbox"/> Caída accidental <input type="checkbox"/> Envenenamiento o intoxicación accidental <input type="checkbox"/> Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio) <input type="checkbox"/> Agresiones (Homicidio) <input type="checkbox"/> Ahogamiento y sumersión <input type="checkbox"/> En un desastre natural (avalancha, terremoto, explosiones)													
<b>Posible nexos epidemiológico</b>													
2. ¿Conoce si algún familiar y/o amigo cercano del fallecido está o ha estado hospitalizado en el último mes por problemas respiratorios? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/> 3. ¿Conoce si el fallecido en las dos semanas previas a la muerte, tuvo contacto con una persona con diagnóstico confirmado de COVID-19 o que estuviese en espera de resultados? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/> 4. ¿Conoce si el fallecido en las dos semanas previas a la muerte tuvo contacto con personas en sitios donde se ha confirmado casos por COVID-19, tales como hospitales, mercados, u otros espacios con aglomeraciones? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/> 5. ¿Conoce si el fallecido o alguien de su núcleo familiar es profesional de la salud y ha realizado atención a pacientes en hospitales o Clínicas en los últimos 15 días previos a la muerte? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/> 6. ¿Conoce si el fallecido compartía su habitación con más de una persona? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/> 7. ¿Conoce si el fallecido utilizaba transporte público habitualmente, en los 15 días últimos previos a la muerte? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/>													
<b>Signos y síntomas del fallecido</b>													
8. ¿Durante los últimos 15 días, antes de su muerte el fallecido presentó alguno de estos síntomas? <b>Seleccione las opciones correspondientes:</b> <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro													
<b>Antecedes obstétricos (mujer entre 10 y 54 años)</b>													
9. ¿Estaba embarazada al momento de la muerte? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/> 10. ¿Falleció después de un parto (entre el momento del nacimiento y antes de 42 días después del parto)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/> 11. ¿Falleció entre los 42 días y un año posterior a un parto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/> 12. ¿Falleció durante y/o después de un aborto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/>													

 <b>CARMEN EMILIA OSPINA</b> Salud, Bienestar y Dignidad	<b>DOCUMENTO DE APOYO</b>		<b>CODIGO</b>	<b>VE-S1-D62</b>	
	<b>FLUJOGRAMA DE ORIENTACIONES PARA EL MANEJO , TRASLADO Y DISPOSICIÓN FINAL DE CADÁVERES POR COVID-19 Y LA CERTIFICACIÓN DE DEFUNCIÓN</b>			<b>VERSIÓN</b>	<b>6</b>
				<b>VIGENCIA</b>	<b>04/08/2021</b>
	<b>PAGINA 7 DE 8</b>				

## Hoja 2 de 2

Comorbilidades			
13. ¿Conoce si el fallecido le habían diagnosticado alguna enfermedad o factor de riesgo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO SABE <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Desnutrición
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> HIV-SIDA	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiovascular
<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal	<input type="checkbox"/> EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)	
14. ¿Conoce si tomaba medicamentos inmunosupresores?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO SABE <input type="checkbox"/>
15. ¿Fumaba?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO SABE <input type="checkbox"/>
16. ¿Conoce si presentaba otros problemas de salud?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO SABE <input type="checkbox"/>
17. ¿Cuál (es) otro(s) problemas(s) de salud tenía?			

Atención médica			
18. ¿Conoce si recibió atención médica durante los últimos 15 días?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO SABE <input type="checkbox"/>
19. ¿Conoce si le habían indicado aislamiento preventivo obligatorio?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO SABE <input type="checkbox"/>
20. ¿Conoce si le habían tomado algún examen en los últimos 15 días?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO SABE <input type="checkbox"/>
21. ¿Al fallecido, en los días previos a la muerte le tomaron alguna de las siguientes pruebas de laboratorio?			
a) Hisopado faríngeo para RT/PCR SARS CoV-2	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
Fecha de toma:	DD	MM	AAAA
Resultado:	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> No concluyente
b) Prueba rápida serológica de anticuerpos IgM/IgG SARS CoV-2	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
Fecha de toma:	DD	MM	AAAA
Resultado:	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> No sabe
Fecha de toma:	DD	MM	AAAA
Resultado:	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> No concluyente
Fecha de toma:	DD	MM	AAAA
Resultado:	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> No concluyente


Verificación			
Sección a diligenciar por el personal encargado del seguimientos de los casos			
22. ¿Se tomó muestra postmortem para la realización de alguna de las siguientes pruebas de laboratorio?			
a) Hisopado faríngeo para RT/PCR SARS CoV-2	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
Fecha de toma:	DD	MM	AAAA
Resultado:	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> No concluyente
b) Prueba rápida serológica de anticuerpos IgM/IgG SARS CoV-2	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
Fecha de toma:	DD	MM	AAAA
Resultado:	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> No concluyente
23. ¿El caso había sido notificado como caso sospechoso de COVID a través del SIVIGILA?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO SABE <input type="checkbox"/>
24. ¿Cuál es la clasificación final del caso?			
<input type="checkbox"/> Confirmado	<input type="checkbox"/> Sospechoso	<input type="checkbox"/> Probable	<input type="checkbox"/> Descartado
<input type="checkbox"/> Sin clasificar			

Evaluación del Entrevistador Médico/Certificador
25. Según el informante (familiar o relacionado, autoridad, testigo) ¿cuál fue la causa de muerte?
26. Resumen de síntomas, signos y antecedentes positivos más relevante
27. Luego del análisis de información: ¿Cuál es la causa probable de muerte?

Datos del entrevistador		
Nombres y apellidos	Tipo de ID*	Número de identificación
Profesión:		
<small>*RC: Registro Civil   TI: Tarjeta de identidad   CC: Cédula de ciudadanía   CE: Cédula de extranjería   PA: Pasaporte   MS: Menor sin ID   AS: Adulto sin ID   PEP: Permiso Especial de Permanencia</small>		

**Formato disponible en:**

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/formato-autopsia-verbal-COVID19.pdf> y/o (ubicación en el mapa de procesos institucional).

 <b>CARMEN EMILIA OSPINA</b> <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	<b>DOCUMENTO DE APOYO</b>		<b>CODIGO</b>	VE-S1-D62
	<b>FLUJOGRAMA DE ORIENTACIONES PARA EL MANEJO , TRASLADO Y DISPOSICIÓN FINAL DE CADÁVERES POR COVID-19 Y LA CERTIFICACIÓN DE DEFUNCIÓN</b>		<b>VERSIÓN</b>	6
			<b>VIGENCIA</b>	04/08/2021
			<b>PAGINA 8 DE 8</b>	

<b>CONTROL DE CAMBIOS</b>		
<b>Versión</b>	<b>Descripción del cambio</b>	<b>Fecha de aprobación</b>
6	<p>Modificación del documento: se modifica documento eliminando <b>Anexo 1. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN EN LUGAR DIFERENTE A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD</b>, además de realizar ajustes estructurales y actualización de la vigencia. Y con esto obtener una mejora continua en el subproceso "Monitoreo Clínico Epidemiológico".</p>	04/08/2021
<p>Nombre: Carlos Andrés Montalvo Arce Contratista área Técnico Científica.</p>		
<p>Nombre: Juan Felipe Cabrera Peña Contratista área Garantía de la Calidad.</p>	<p>Nombre: Irma Susana Bermúdez Acosta. Contratista área Garantía de la Calidad</p>	<p>Nombre: Ingry Alexandra Suarez Castro. Contratista área Técnico Científica.</p>
<b>Elaboró</b>	<b>Revisó</b>	<b>Aprobó</b>