

## TRÁMITE MISIÓN MÉDICA

### DESCRIPCIÓN

**Nombre propuesto en el inventario:** Identificación Misión Médica

**Nombre:** Identificación Misión Médica

**Propósito:** Obtener la identificación (Emblema y/o carné de Misión Médica) que brinda protección al personal sanitario que labora en todos los municipios del departamento, con el objetivo de evitar acciones que afectan seriamente sus condiciones de vida y de trabajo.

**Se puede realizar por medios electrónicos?** Parcialmente.

### INFORMACIÓN DEL RESULTADO FINAL

**Nombre del resultado:** Carné y/o emblema de Misión Médica.

**Tiempo de obtención:** 15 Días hábiles.

**Observaciones y excepciones al tiempo de obtención:** Inconsistencias en la información reportada por el solicitante.

**Medio por donde se obtiene el resultado:** Presencial.

### FUNDAMENTO LEGAL

Resolución 4481 de 2012.

Ley 875 de 2004.

Decreto 138 de 2005.

### INFORMACIÓN DE EJECUCIÓN

**Puntos de atención:** Carrera 21 Numero 29-29. Edificio Infimanizales segundo Piso.

**Fecha de ejecución:** Cualquier fecha.

### REGISTRO DIRIGIDO A

Instituciones o dependencias públicas.

Organizaciones.

## CLASIFICACIÓN TEMÁTICA

Salud.

### QUE SE NECESITA

#### 1. Reunir los documentos y cumplir con las condiciones necesarias para realizar el trámite.

- **Documento soporte: Específico:** Formato para la solicitud del uso del emblema. 1 Original.
- **Documento soporte: Específico:** Tarjeta identidad (Misión Médica). 1 Original.
- **Documento soporte: Común:** Cedula de ciudadanía. 1 Fotocopia. Observación: Ampliada 100%.
- **Documento soporte: Específico:** Fotografías. 2 Originales. Observación: Tamaño 3x4.
- **Documento soporte: Específico:** Certificado curso primeros auxilios. 1 fotocopia. Observación: El curso deberá tener una intensidad horaria de mínimo 20 horas.
- **Documento soporte: Específico:** Certificado curso soporte vital básico. 1 fotocopia. Observación: El curso deberá tener mínimo una intensidad horaria de 24 horas.
- **Documento soporte: Específico:** Certificado de curso soporte vital avanzado. 1 fotocopia. Observación: El curso deberá tener mínimo una intensidad horaria de 40 horas.
- **Documento soporte: Específico:** Acto administrativo de autorización del título profesional o certificado de aptitud ocupacional en áreas de la salud. 1 Fotocopia.

#### 2. Radicar la documentación requerida.

- **Canal atención:**
  - Medio: Presencial.** En Carrera 21 Numero 29-29. Edificio Infimanizales segundo Piso.
  - Aplica para:** Instituciones o dependencias públicas, Organizaciones.
- **Verificación en la institución:** Verificación en el REPS para garantizar que tanto la Institución como los vehículos se encuentren habilitados a la fecha.

### MEDIO SEGUIMIENTO

**Presencial.** En Carrera 21 Numero 29-29. Edificio Infimanizales segundo Piso.

**Telefónico:** **Celular:** 3104267906  
**Fijo:** 8800818  
**Horario de Atención:** Lunes a Jueves de 7:30 a 12 m y de 2 a 6 p.m  
Viernes 7:30 a 12 m y de 2 a 5:00p.m

**Correo electrónico:** [misionmedica@saluddecaldas.gov.co](mailto:misionmedica@saluddecaldas.gov.co)