

**HOJA DE RUTA DE  
 INDUCCION**

FECHA: \_\_\_\_\_

CENTRO DE ATENCION: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

GERENCIA
NOMBRE Y FIRMA

PLANEACION <b>**MEC I- CALIDAD - SOGC**</b>
NOMBRE Y FIRMA

CONTROL INTERNO
NOMBRE Y FIRMA

CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO
NOMBRE Y FIRMA

SUB GERENCIA ASISTENCIAL
NOMBRE Y FIRMA

SUB GERENTE ADMINISTRATIVA
NOMBRE Y FIRMA

PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCION
NOMBRE Y FIRMA

MERCADEO
NOMBRE Y FIRMA

ATENCION AL CIUDADANO
NOMBRE Y FIRMA

FACTURACION
NOMBRE Y FIRMA

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
NOMBRE Y FIRMA

AUDITORIA MEDICA
NOMBRE Y FIRMA

ODONTOLOGÍA
NOMBRE Y FIRMA

RECURSO HUMANO <b>**SALUD OCUPACIONAL - ARL**</b>
NOMBRE Y FIRMA

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
NOMBRE Y FIRMA

NORMAS DE ARCHIVO
NOMBRE Y FIRMA

FARMACIAS
NOMBRE Y FIRMA

SISTEMA DE INFORMACION
NOMBRE Y FIRMA

PLANES TERRITORIALES
NOMBRE Y FIRMA






































































EMERGENCIAS Y RESIDUOS HOSPITALARIOS
NOMBRE Y FIRMA

ESTADISTICA
NOMBRE Y FIRMA

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL NUEVO FUNCIONARIO

Por favor califique según su criterio la Induccion realizada por cada uno de los lideres las areas, Marque con X:

BUENO		REGULAR		MALO		
						
						
						
	<b>GERENCIA</b>				<b>PLANEACION **MEC I- CALIDAD - SOGC**</b>	
						
						
						
	<b>CONTROL INTERNO</b>				<b>CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO</b>	
						
						
						
	<b>SUB GERENCIA ASISTENCIAL</b>				<b>SUB GERENTE ADMINISTRATIVA</b>	
						
						
						
	<b>PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCION</b>				<b>MERCADEO</b>	
						
						
						
	<b>ATENCION AL CIUDADANO</b>				<b>FACTURACION</b>	
						
						
						
	<b>VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA</b>				<b>AUDITORIA MEDICA</b>	
						
						
						
	<b>ODONTOLOGÍA</b>				<b>RECURSO HUMANO **SALUD OCUPACIONAL - ARL**</b>	
						
						
						
	<b>REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</b>				<b>NORMAS DE ARCHIVO</b>	
						
						
						
	<b>FARMACIAS</b>				<b>SISTEMA DE INFORMACION</b>	
						
						
						
	<b>PLANES TERRITORIALES</b>				<b>EMERGENCIAS Y RESIDUOS HOSPITALARIOS</b>	
						
						
						
	<b>ESTADISTICA</b>					