

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	SOLICITUD DE NECESIDAD DOCUMENTAL	MI-SIG-CDO-FT-01 V4

SOLICITUD					
FECHA DE SOLICITUD:			10/09/2020		
CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	GJ-PR-05 V1	TÍTULO DEL DOCUMENTO:	PROCEDIMIENTO DEFENSA JUDICIAL	VERSIÓN:	2.

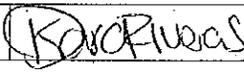
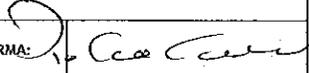
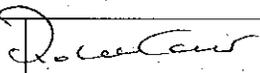
TIPO DE SOLICITUD Y TIPO DOCUMENTAL									
CREACIÓN:		MODIFICACIÓN:	X	ELIMINACIÓN:		TRANSFERENCIA:		ADOPCIÓN:	
PROCEDIMIENTO	X	MANUAL		PLANES O PROGRAMAS		PROTOCOLO		GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	
GUÍA ADMINISTRATIVA		INSTRUCTIVO		FORMATO		OTROS DOCUMENTOS		DOCUMENTO EXTERNO	

PROCESO SOLICITANTE		GESTIÓN JURÍDICA
SUBPROCESO SOLICITANTE		DEFENSA JUDICIAL
SERVICIO U OFICINA SOLICITANTE		N/A

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD	
ACTUALIZACIÓN A LA VERSIÓN 2 DEL PROCEDIMIENTO DE DEFENSA JUDICIAL, DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y MODIFICACIÓN DE ALGUNAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS.	

** Con esta solicitud certifico que previo a la misma, revisé y no existe un documento en los procesos de la institución que cumpla o contenga la información que se está presentando.

APROBACIÓN DE LA NECESIDAD DOCUMENTAL	
---------------------------------------	--

ELABORÓ EL DOCUMENTO							
NOMBRE ELABORADO POR:	KAROL DANNESHA RIVERA SÁNCHEZ	CARGO - ACTIVIDAD:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	FECHA:	10/09/2020	FIRMA:	
REVISÓ EL DOCUMENTO							
NOMBRE REVISADO POR:	NORA PATRICIA JURADO PABÓN	CARGO - ACTIVIDAD:	JEFE OFICINA ASESORA JURÍDICA	FECHA:	10/09/2020	FIRMA:	
APROBÓ EL DOCUMENTO							
NOMBRE APROBADO POR:	NORA PATRICIA JURADO PABÓN	CARGO - ACTIVIDAD:	JEFE OFICINA ASESORA JURÍDICA	FECHA:	10/09/2020	FIRMA:	
NOMBRE APROBADO EN 2DA PARTE POR:	SOLO SI APLICA	CARGO - ACTIVIDAD:	SOLO SI APLICA	FECHA:	SOLO SI APLICA	FIRMA:	SOLO SI APLICA

CONVALIDACIÓN DEL DOCUMENTO							
Este espacio es para diligenciamiento solo de la línea de Control Documental							
FECHA DE RECIBIDO:		APROBADO		RECHAZADO		DEVUELTO	

Justificación del rechazo o de la devolución:

Una vez revisado y verificado el contenido del documento se encuentra que está alineado con las políticas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.; por lo anterior se procede a aprobar y publicar el documento bajo las siguientes características:

CÓDIGO DEL DOCUMENTO:		TÍTULO DEL DOCUMENTO:		VERSIÓN:		FECHA DE APROBACIÓN:	
NOMBRE CONVALIDADO POR:		CARGO - ACTIVIDAD:		FECHA:		FIRMA:	