|  |  |
| --- | --- |
|  | **FORMATO DE SOLICITUD DE REFERENCIACIÓN COMPARATIVA DE OTRA IPS A LA ESE REGIÓN SALUD SOACHA.** |
| PROCESO: CALIDAD Y MEJORA CONTINUA | CODIGO | CA\_FTO\_52 |
| VERSIÓN | 00 |
| VIGENCIA | 01/08/2022 |
| 1 | **FECHA DE SOLICITUD :** |
| 2 | **DATOS DE LA INSTITUCIÓN QUE SOLICITAD LA REFERENCIACIÓN** |
|  **2.1 NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN** |  |
|  **2.2 NOMBRE DE QUIEN SOLICITUD LA REFERENCIACIÓN** |  |
|  **2.3 CIUDAD:** |  |
|  **2.4 TELEFONO DE CONTACTO:** |  |
|  **2.5 CORREO ELECTRONICO** |  |
| 3 | **PROCESO A REFERENCIAR.** (solo se puede solicitar un proceso por cada referenciación). Registre el proceso o servicio o estándar de acreditación al cual considera se relaciona el tema en el que desea referenciarse). |
|  |
| 4 | **TEMA A REFERENCIAR:** Describa el o los temas, que ha identificado de nuestra organización y las desea conocer para compararse. |
|  |
| 5 | **JUSTIFICACIÓN DE LA REFERENCIACIÓN:** Describa por qué desea tomar esta referenciación |
|  |
| 6 | **COMO SE ENTERO DE NUESTRA EXPERIENCIA EXITOSA:** (Describa el mecanismo y/o fuente de cómo tiene conocimiento de nuestra experiencia exitosa) |
|  |
| 7 | **PREGUNTAS DEL TEMA A REFERENCIACIÓN:** Muy concretamente describa las preguntas que desea saber en la referenciación. |
| **1.** |
| **2.** |
| **3.** |
| **4.** |
| **5.** |
| **6.** |
| **7.** |
| **8.** |
| **9.** |
| **10.** |
| **11.** |
| **12.** |

