

# **INFORME GENERAL BIOSEGURIDAD SEMANA 1 DE AGOSTO**

**Del 03 al 06 de  
Agosto 2020**

## 1. REUNION COPASST AGOSTO SEMANA 1 DEL 03 AL 06 DE AGOSTO DE 2020

Dando respuesta al comunicado con radicado No. 08SE12020741500100000884 comunicado emitido a la regional Casanare sede Yopal, por la dependencia dirección territorial del Ministerio de Trabajo con asunto seguimiento del COPASST o vigía de seguridad y salud en el trabajo a medidas de prevención y contención de contagio con el Coronavirus COVID -19 en el sector salud; se realiza reunión de Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST en el cual se da respuesta a estos comunicados con reuniones extraordinarias de manera semanal.

### 1.2 Evidencia Acta 018 de Agosto 2020 Semana 1

	<b>FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN</b>	F(GC)002
		Versión:
		1
		Oct - 2018
		1 DE 9

<b>ACTA N° 018 DE 2020</b>					
<b>REUNION EXTRAORDINARIA</b>					
<b>DESCRIPCIÓN DE LA REUNIÓN</b>					
<b>COMITÉ O UNIDAD FUNCIONAL:</b>		<b>COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST</b>			
<b>LUGAR: JERSALUD NACIONAL BOYACÁ, META Y CASANARE</b>					
<b>FECHA:</b>	<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AA</b>	<b>HORA INICIO</b>	<b>HORA FINALIZACION</b>
	06	08	2020	09:00 A.M.	09:40A.M
<b>MODERADOR: JULIETH ELIANA ARAQUE- KAREN EMILIA MELO</b>					

<b>AGENDA DEL DÍA</b>					
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verificación de Quorum</li> <li>2. Lectura del acta anterior.</li> <li>3. Seguimiento a compromisos</li> <li>4. Desarrollo de la Reunión.</li> <li>5. Compromisos</li> <li>6. Puntos a considerar en futuras reuniones</li> </ol>					

<b>PARTICIPANTES ( REGISTRE LAS PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN INVITADAS A LA REUNION, ESPECIFICANDO EL CARGO)</b>					
Julieth Eliana Araque Sosa – Jefe administrativa y de talento humano Boyacá- Presidente Comité COPASST  Ysella González Cuevas – Jefe administrativa y de talento humano Casanare – Representante Principal por parte del empleador Comité COPASST  Olga Soledad Linares – Coordinadora de sede Meta – Representante Principal por parte del empleador Comité COPASST  Sonia Yaneth Ruiz García – Auxiliar administrativo Boyacá – Representante Principal por parte de los trabajadores Comité COPASST  Ruth Mary Baquero- Jefe de enfermería Meta - Representante Principal por parte de los trabajadores Comité COPASST  Aura Cristina Londoño – Analista SST Meta Jenny Gabriela Gutiérrez – Analista SST Boyacá  Ysella González Cuevas – Asistente SST, TH y administrativa Casanare					





	<b>FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN</b>	F(GC)002
		Versión:
		1
		Oct - 2018
		2 DE 9

<b>1. VERIFICACIÓN DEL QUORUM (asistentes)</b>
<p>La secretaria del COPASST (Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo) realiza llamado a lista, de los cuales asistieron los mencionados a continuación:</p> <p>Karen Emilia Melo González                  Julieth Eliana Araque Sosa                  Ysella González Cuevas                  Olga Soledad Linares                  Sonia Yaneth Ruiz García                  Ruth Mary Baquero                  Aura Cristina Londoño                  Jenny Gabriela Gutiérrez                  Ysella González Cuevas</p> <p>Por lo anterior se verifica que la totalidad de los miembros convocados asistió a la reunión por lo cual hay QUORUM Como invitada a la reunión se encuentra asesora de ARL Positiva Diana Vivian Daza Mosquera y Médico laboral por parte de ARL Positiva Dilia Donado López</p>

<b>2. LECTURA DEL ACTA ANTERIOR</b>
<p>La secretaria del comité realiza la lectura del acta anterior #017 de Julio de 2020 la cual fue aprobada sin ninguna modificación.</p>

<b>3. SEGUIMIENTO A LOS COMPROMISOS DEL ACTA ANTERIOR ( REALICE LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS DEL ACTA ANTERIOR Y DETERMINE EL % DE CUMPLIMIENTO DE CADA TAREA)</b>						
<b>COMPROMISOS</b>						
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE TERMINACIÓN	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	DOCUMENTO SOPORTE	SEGUIMIENTO (% de cumplimiento)	OBSERVACIONES
Realizar Reunión para ajuste plan de trabajo año 2020 con ARL	Asesor ARL Analistas SST	10/08/2020	Jersalud Nacional	Registro de asistencia	0%	
Listado para cotización de	Analistas SST	04/08/2020	Jersalud Nacional	Jersalud Nacional	100%	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea de Control Nacional: 01800010332  
**VIGILADO**



	<b>FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN</b>	F(GC)002
		Versión: 1
		Oct - 2018
		3 DE 9

batería psicosocial						
Estrategias para toma de muestras tamizaje personal de salud COVID-19	Asesor ARL Jefe administrativos y de talento humano	30/07/2020	Jersalud Nacional	Acta de reuniones F(GC) 002	0%	
Reunión analistas SST y coordinadoras de talento humano para determinar cómo se realizará tamizaje COVID-19	Analistas SST Jefes administrativas y de talento humano	06/08/2020	Jersalud Nacional	Reunión aplicativo TEAMS	0%	
Estudio de la posibilidad de toma de pruebas PSR a personal de atención presencial	ARL Positiva	30/08/2020	Jersalud Nacional	Acta de reuniones F(GC) 002	0%	
Realizar los cambios sugeridos por el Ministerio de trabajo al informe de Bioseguridad	Analistas SST Jefes administrativas y de talento humano	07/08/2020	Jersalud Nacional	Informe de Bioseguridad	100%	

#### 4. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

4.1 En atención los comunicados emitidos el día 05 de mayo y el 08 de mayo de 2020 por el ministerio de trabajo con asunto "Seguimiento del COPASST o vigía de seguridad y salud en el trabajo a medidas de prevención y contención de contagio con el coronavirus COVID -19 en el sector salud"; por medio del cual se indica la necesidad de citar al asesor o representante de ARL, se realiza en este caso la invitación a Diana Daza Asesora de ARL Positiva para el acompañamiento pertinente según indicaciones, quien a partir de este momento y hasta finalizar la contingencia formará parte del comité de manera temporal.



	FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN	F(GC)002
		Versión:
		1
		Oct - 2018
		4 DE 9

4.2 Se procede a realizar evaluación de las preguntas enunciadas a continuación:

¿Se ha identificado la cantidad de los EPP a entregar de acuerdo con número de trabajadores, cargo, área y nivel de exposición al riesgo por COVID-19? Evidencia: Base de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la Entidad y clasificación por nivel de exposición (directo, indirecto o intermedio).

*SI*

¿Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social? Evidencia: Órdenes de compra, fichas técnicas de los EPP adquiridos

*SI*

¿Se está entregando los EPP a todos los trabajadores de acuerdo al grado de exposición riesgo? Evidencia: Base de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la clínica y nivel de exposición al riesgo.

*SI*

¿Los EPP se están entregando oportunamente? Evidencia a entregar: Base de trabajadores con registro de entrega de los EPP a cada trabajador con la fecha y hora de entrega.

*SI*

¿Se está garantizando la entrega de los EPP en la cantidad y reemplazo de uso requerido? Evidencia: Base de trabajadores con registro de frecuencia y entrega de los EPP a cada trabajador.

*SI*

¿Se ha planeado lo necesario para contar con suficiente inventario que garantice la disponibilidad requerida para la entrega completa y oportuna de los EPP? Evidencia: Cantidad de EPP en inventario y proyección de la cantidad de EPP que se ha de adquirir

*SI*

¿Se coordinó con la ARL el apoyo requerido para contar con los EPP necesarios de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 488, Decreto 500 y Circular 29 del 2020 expedidos por el Ministerio del Trabajo? Evidencia: Oficio de solicitud y respuesta de la ARL o acta con acuerdos y compromisos.

*SI*




	<b>FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN</b>	F(GC)002
		Versión: 1
		Oct - 2018
		5 DE 9

4.3 Se realiza verificación seguimiento por parte del COPASST según tabla de verificación del Ministerio de Trabajo relacionada a continuación:

ITEM	DESCRIPCIÓN	VERIFICADO POR EL COPASST		EVIDENCIA QUE SE DEBE ENVIAR	CALIFICA DE 1 A 100 SEGÚN CORRESPONDA	% CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
		SI	NO				
1	¿Se ha identificado la cantidad de los EPP a entregar de acuerdo al número de trabajadores, cargo, áreas y nivel de exposición al riesgo por COVID-19?	X		Base de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la clínica y clasificación por nivel de exposición (directo, indirecto o intermedio).	100	100%	Base de datos de trabajadores integrada dentro del informe semana 1 Agosto 2020 Numeral 2 (2.1, 2.2, 2.3)
2	¿Los EPP entregados cumplen con las características establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social?	X		Facturas y órdenes de compra y fichas técnicas de los EPP adquiridos	100	100%	Integrado en el informe semana 1 Agosto 2020 Numeral 3 (3.1,3,2)
3	¿Se están entregando los EPP a todos los trabajadores de acuerdo al grado de exposición al riesgo?	X		Base de trabajadores por cargo, tipo de vinculación, área de la clínica y clasificación por nivel de exposición (directo, indirecto o intermedio).	100	100%	Base de datos de trabajadores integrada dentro del informe semana 1 Agosto 2020 Numeral 2 (2.1, 2.2, 2.3)



	<b>FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN</b>	F(GC)002
		Versión: 1
		Oct - 2018
		6 DE 9

4	¿Los EPP se están entregando oportunamente?	X	Soporte de entrega de EPP debidamente firmados (de acuerdo a lo establecido en la matriz de EPP a cada trabajador con la fecha y hora de entrega)	100	100%	Integrado en informe semana 1 Agosto 2020 Numeral 4(4.1,4.2,4.3)
5	¿Se está garantizando la entrega de los EPP en la cantidad y reemplazo de uso requerido?	X	Base de trabajadores con registro de cantidad entregada y frecuencia de entrega de los EPP a cada trabajador	100	100%	Integrado en informe semana 1 Agosto 2020 Numeral 4(4.1,4.2,4.3)
6	¿Se ha planeado lo necesario para contar con suficiente inventario que garantice la disponibilidad requerida para la entrega completa y oportuna de los EPP?	X	Inventario existente y proyección de la cantidad de EPP que se ha de adquirir (saldo que viene, adquisición, suministro o semanal; Suministrados por ARL, saldo de la semana y proyección)	100	100%	Integrado en el informe semana 1 Agosto 2020 Numeral 7 (7.1,7,2)



	<b>FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN</b>	F(GC)002
		Versión: 1
		Oct - 2018
		7 DE 9

7	¿Se coordinó con la ARL el apoyo requerido para contar con los EPP necesarios de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 488, Decreto 500 y Circular 29 del 2020 expedidos por el Ministerio del Trabajo?	X	Oficio de solicitud y respuesta de la ARL o acta con acuerdos y compromisos.	100	100%	Integrado en el informe semana 1 Agosto 2020 Numeral 8
8	Se plantean medidas preventivas y/o correctivas y se les hace el seguimiento	X	Acta de Copasst semanal (quien, como, cuando y verificación cumplimiento)	100	100%	Evidencia Acta de reunión 018 Numeral 4.4
9	Link de Publicación del informe	X	Se debe publicar semanalmente el acta de reunión donde se evidencie (calificación y verificación del cumplimiento de las medidas de prevención frente al covid-19)	100	100%	Link Publicación semana 5 de Julio en página web <a href="http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%205%20JULIO.pdf">http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%205%20JULIO.pdf</a>
10	Reunión semanal del COPASS T Semanal	X	Acta de Copasst semanal	100	100%	Integrado en informe semana 1 Agosto 2020 Numeral 1(1.1,1.2,1.3)
<b>TOTAL</b>				<b>1000</b>	<b>100%</b>	





	<b>FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN</b>	F(GC)002
		Versión: 1
		Oct - 2018
		8 DE 9

4.4 Luego de haber realizado la evaluación de preguntas se registran acciones de mejora tanto acciones preventivas como correctivas, que permitan resolver la situación encontrada en el menor tiempo posible, las cuales se describen a continuación:

ACCIONES MEJORAMIENTO	DE	RESPONSABLE	FECHA DE ELABORACIÓN
Gestión para tamizaje toma de muestra personal de salud COVID-19		Asesor ARL	30/07/2020

4.5 Se realiza acuerdo para que se envíe informe de Bioseguridad semana 1 de agosto el día jueves 06 de agosto en la noche con el fin de dar cumplimiento a los requerimientos por el Ministerio de trabajo, y teniendo en cuenta que el día viernes es festivo

4.6 Se realiza socialización de comunicado ARL en el cual se especifica donde en atención a los lineamientos para el uso de pruebas moleculares RT-PCR y pruebas de antígeno y serológicas para SARS-COV-2 (COVID-19) en Colombia en su versión No. 6 donde hace referencia a pruebas para trabajadores de salud en el numeral 17. 2 ...” Las pruebas diagnósticas que se realicen a los trabajadores de la salud, incluyendo el personal administrativo, vigilancia en Salud Pública, de aseo, seguridad y de apoyo que preste servicios en las diferentes actividades de prevención, diagnóstico y atención del COVID-19 deberán ser financiadas por el empleador o contratante, de manera concurrente con las ARL en alcance a lo establecido en los Decretos 488 y 500 de 2020.


4.7 Se realiza socialización de cotización emitida por proveedor externo para realizar batería Psicosocial dentro de la organización con el fin de fortalecer el cumplimiento en materia de implementación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo SG-SST

#### 5. COMPROMISOS (DEFINA LOS COMPROMISOS DE LA REUNIÓN ACTUAL)

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE TERMINACIÓN	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	DOCUMENTO SOPORTE	OBSERVACIONES
Realizar reunión para ajuste plan de trabajo año 2020 con ARL	Asesor ARL Analistas SST	30/08/2020	Jersalud Nacional	Registro de asistencia	





	<b>FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN</b>	F(GC)002
		Versión: 1
		Oct - 2018
		9 DE 9

Estrategias para toma de muestras tamizaje personal de salud de COVID -19	Asesor ARL Jefes administrativas y de talento humano	30/08/2020	Jersalud Nacional	Acta de reuniones F(GC)002	
Reunión Analistas SST Y coordinadoras de talento humano para determinar cómo se realiza tamizaje COVID-19	Analistas SST Jefes administrativas y de talento humano	30/08/2020	Jersalud nacional	Reunión aplicativo TEAMS	
Estudio de la posibilidad de toma de pruebas PSR a personal de atención presencial	ARL Positiva	30/07/2020	Jersalud Nacional	Acta de reuniones F(GC)002	

**6. PUNTOS A CONSIDERAR EN FUTURAS REUNIONES**

TEMA	RESPONSABLE	FECHA

**PARTICIPANTES**






NOMBRE	CARGO	FIRMA
VER LISTADO DE ASISTENCIA		



1.2 Registros de asistencia Acta de COPASST Julio Semana 5  
 1.2.1 Registro asistencia Regional Boyacá

	FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	F(GD)012
		Versión: 1
		oct-18 1 DE 1

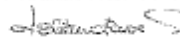
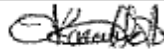
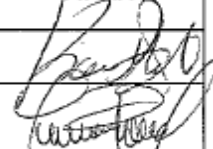
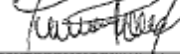
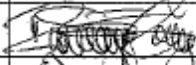

SEDE: JERSALUD NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNIÓN: Comité					
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 018 de 2020					
FECHA: 06/08/2020		HORA DE INICIO: 09:00 a.m	HORA DE FINALIZACIÓN: 09:40a.m		
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Boyacá					
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa		FIRMA:		
	Karen Emilia Melo				
REGISTRO					
N°	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	1049615437	Julieth Eliana Araque Sosa	Jefe admin y talento humano Boyacá	Boyacá	
2	24219746	Sonia Yaneth Ruiz Garcia	Asistente administrativa Boyacá	Boyacá	
3	1052314070	Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez	Analista SST Boyacá	Boyacá	
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					



	<b>FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA</b>	F(GI)012
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

SEDE: JERSALUD NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNIÓN: Comité					
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 018 de 2020					
FECHA: 06/08/2020		HORA DE INICIO: 09:00 a.m	HORA DE FINALIZACIÓN: 09:40a.m		
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Meta y Casanare					
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa		FIRMA:		
	Karen Emilia Melo				
REGISTRO					
Nº	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	1121926625	Karen Emilia Melo	Jefe admin y talento humano Meta	Meta	
2	47441197	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente talento humano, admin y SST Casanare	Casanare	
3	40389814	Olga Soledad Linares	Coordinadora sede Meta	Meta	PARTICIPO POR EL APLICATIVO TEAMS
4	40185140	Ruth Mary Baquero	Jefe de enfermería Meta	Meta	
5	1120504110	Aura Cristina Londoño	Analista SST Meta	Meta	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					


VIGILADO  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Línea de Atención al Cliente: 018000910302




1.2.3 Registro de asistencia Asesor ARL Positiva

	<b>FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA</b>	F(GI)012
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

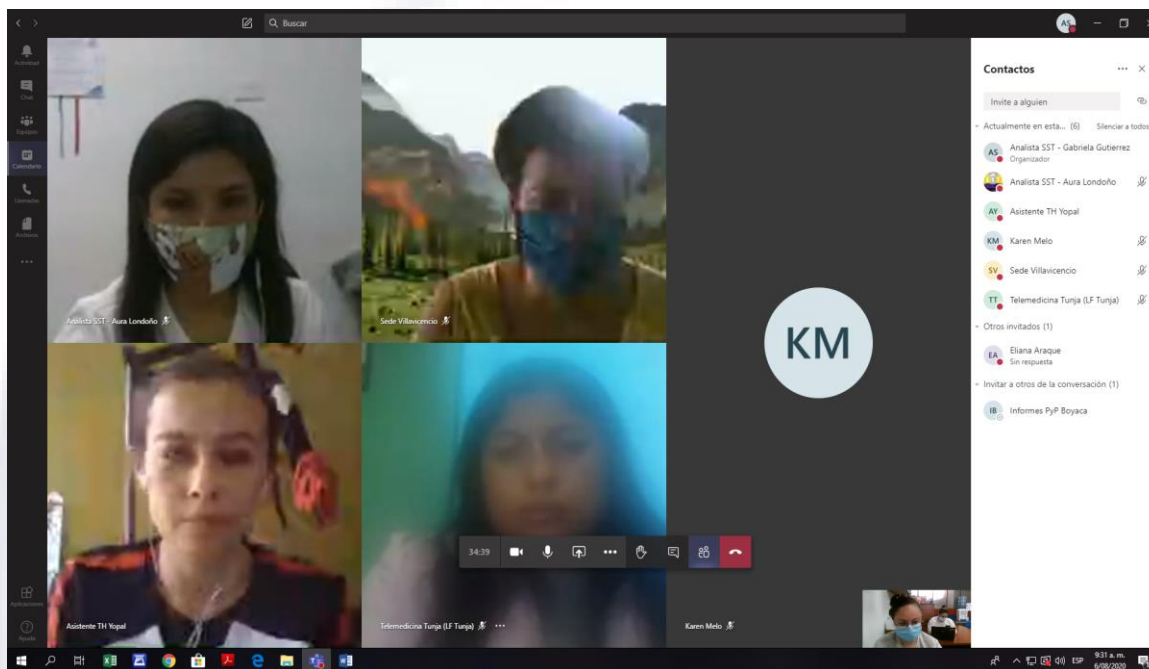
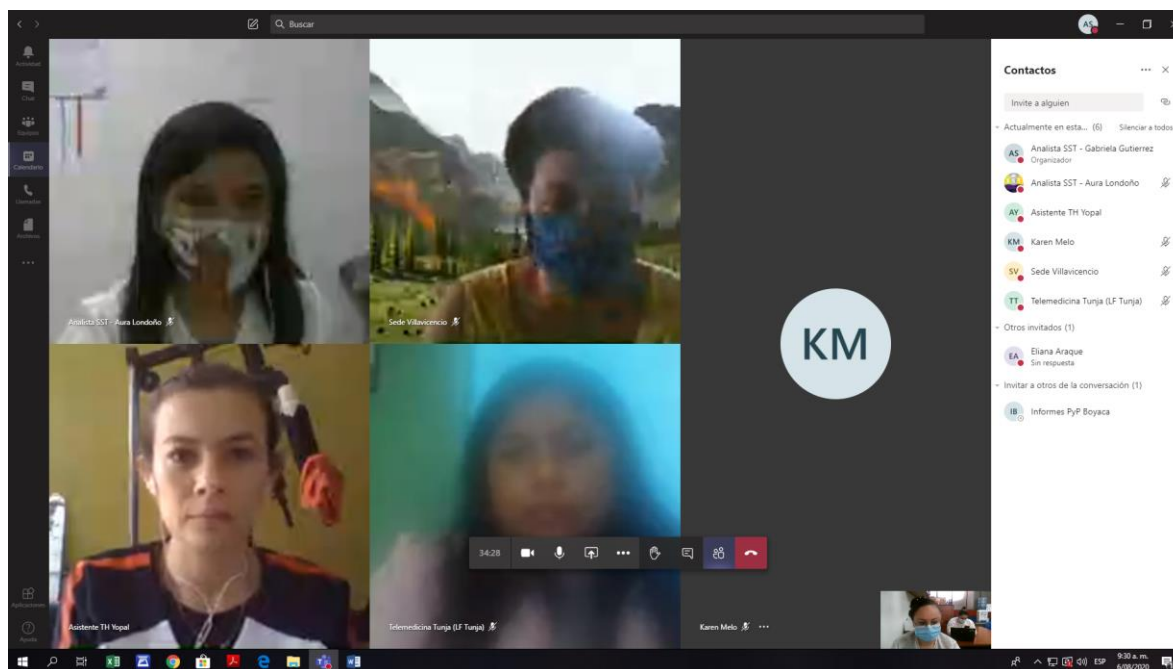
SEDE: JERSALUD NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL			
TIPO DE REUNIÓN: Comité			
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 018 de 2020			
FECHA: 06/08/2020	HORA DE INICIO: 09:00 a.m	HORA DE FINALIZACIÓN: 09:40a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Nacional			
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa		FIRMA: 
	Karen Emilia Melo		

REGISTRO					
N°	No. IDENT.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	UNIDAD FUNCIONAL /SEDE	FIRMA
1	52331638	Diana Vivian Daza	Ejecutivo integral de servicio	ARL Positiva	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					



### 1.3 Evidencia Fotográfica Reunion COPASST



## 2. IDENTIFICACION ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL COVID -19

### 2.1 Base de datos personal de colaboradores Regional Boyacá

BASE DE DATOS PERSONAL REGIONAL BOYACA								
No.	TIP O DOC	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	CIUDAD	TIPO DE VINCULACIÓN	TIPO NIVEL DE EXPOSICION COVID-19	OBSERVACIONES
1	CC	1052410687	EVELYN LUCIA CEPEDA HIGUERA	ASISTENTE DE TALENTO HUMANO	DUITAMA	DIRECTA	INTERMEDIO	
2	CC	1052403488	ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	TUNIA	DIRECTA	INTERMEDIO	
3	CC	24219746	SONIA YANETH RUIZ GARCIA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNIA	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
4	CC	23284976	SANDRA SOFIA MOZO RIVERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
5	CC	46672546	SANDRA BEATRIZ MALAVER AVENDAÑO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
6	CC	46455020	MILENA ANDREA QUINTERO TORRES	JEFE DE ENFERMERIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
7	CC	46681354	SORAIDA EDITH BRUALDO SUAREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
8	CC	46458143	HIDALY TRIANA TRIANA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
9	CC	1053608206	DIANA MARCELA CERCADO AVELLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
10	CC	46456242	DIANA PATRICIA ACERO MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
11	CC	1053340626	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
12	CC	1053348812	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
13	CC	1053348179	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIACA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
14	CC	1002526470	YENNIFER KATHERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
15	CC	23810177	BLANCA NUBIA VASQUEZ MORENO	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	TUNIA	DIRECTA	INTERMEDIO	
16	CC	46370222	MARIA CONSTANZA BENAVIDES PENAGOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
17	CC	33676330	FANNY MARLENY CAICEDO AVILA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTO	
18	CC	1014188587	YULY MARCELA MUÑOZ ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO	
19	CC	53081059	DEISY JEANNETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
20	CC	1054682570	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
21	CC	23552508	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTO	
22	CC	24080048	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOATA	DIRECTA	DIRECTO	
23	CC	1049625040	MARIA CECILIA RODRIGUEZ BOYACA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
24	CC	1075266835	LINA MARIA VALENCIA MONTENEGRO	INGENIERA DE PROCESOS	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
25	CC	1019014458	BIBIANA GOMEZ ALFONSO	AUXILIAR CONTABLE	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
26	CC	40048087	DIANA MILENA GARRIDO SEPULVEDA	JEFE DE FACTURACIÓN	TUNIA	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
27	CC	1022935321	FRANCELINA JUNCO CASTELBLANCO	ANALISTA CONTABLE	BOGOTA	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
28	CC	1020752786	DIANA ROCIO GANTIVA DAZA	JEFE DE ENFERMERIA	GARAGOA Y GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO	
29	CC	1052314070	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ	ANALISTA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	TUNIA	DIRECTA	INTERMEDIO	
30	CC	46366015	ANA ROSA ROMERO LOPEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
31	CC	1051212157	JOSE ARMANDO FUQUEN RIOS	ANALISTA ACTIVOS FIJOS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
32	CC	1049628122	GLORIA ISABEL AVENDAÑO FAGUA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
33	CC	53067258	NELSY PATRICIA VELASQUEZ CALDERON	GERENTE	TUNIA	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
34	CC	52963532	MONICA FERNANDA SALAMANCA ROJAS	PROFESIONAL DE CALIDAD	TUNIA	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
35	CC	46672428	LINA MILENA ARAQUE SOLANO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
36	CC	1049616557	MONICA PAOLA FLOREZ ALVAREZ	MEDICO GENERAL	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
37	CC	40038562	MARIA ISABEL MORENO AYALA	MEDICO GENERAL	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
38	CC	72205029	JOSE GREGORIO MOLINA VELA	MEDICO GENERAL	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
39	CC	74370203	JUAN CESAR HIGUERA REYES	INGENIERO DE SOPORTE	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
40	CC	46378245	SANDRA MILENA TORRES ACEVEDO	MEDICO GENERAL	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
41	CC	40036857	LUZ MARINA MOJICA VELANDIA	MEDICO GENERAL	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
42	CC	33367367	GILMA LILIANA ROA LOPEZ	MEDICO GENERAL	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
43	CC	40027046	LUZ AMPARO AYALA BARON	MEDICO GENERAL	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	





F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
 Informe General Bioseguridad **Semana 1 de Agosto**



44	CC	46361131	CLAUDIA ISABEL MONTAÑEZ AFRICANO	MEDICO GENERAL	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
45	CC	24167247	ANGELA DORELLY FAJARDO SERRANO	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
46	CC	79536444	LENIN RODRIGUEZ RAMIREZ	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
47	CC	23323980	NANCY MOGOLLON ANGARITA	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
48	CC	1082896913	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
49	CC	9530770	CESAR AUGUSTO CARRILLO LOPEZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
50	CC	91244699	OSWALDO ALFONSO GUTIERREZ PINZON	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
51	CC	63362434	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
52	CC	1124023697	JOEL ANTONIO DURÁN IGUIARAN	MEDICO GENERAL	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
53	CC	32775986	ELIDA MARIA DE AGUAS VALENCIA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
54	CC	105338976	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
55	CC	23324561	YOLY PATRICIA OVALLE PINEDA	JEFE DE ENFERMERIA	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
56	CC	7180163	JOHN JAIRO LORA ESCANDON	MEDICO GENERAL	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
57	CC	1073380836	GLORIA JACKELINE BALLESTERO SALGADO	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
58	CC	1049615437	JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA	COORDINADOR ADMINISTRATIVO Y DE TALENTO HUMANO	TUNIA	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
59	CC	1049647500	GISELLE ANDREA ZIPA VARGAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
60	CC	63529281	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	
61	CC	1054658729	ANDERSON DARIO VACCA SANCHEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
62	CC	40039607	FANNY ASTRID NIÑO HIGUERA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
63	CC	1049638771	GERSSON DAVID GONZALEZ ROBLES	MEDICO GENERAL	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
64	CC	40044574	DORIS MAYORGA ROJAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNIA	DIRECTA	INTERMEDIO	INCAPACIDAD 5 DIAS DESDE 28/07/2020
65	CC	1049799152	NIYRETH DANIELA CASTRO MARTINEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO	
66	CC	33676746	MERY CAMELO SUAREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTO	
67	CC	1049631798	DEISY CAROLINA HERNANDEZ HERNANDEZ	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
68	CC	1120865548	JOAN ADOLFO FONSECA MOSQUERA	PSICOLOGO	TUNIA- DUITAMA- SOGAMOSO	DIRECTA	INTERMEDIO	TRABAJO EN CASA
69	C.E	531407	ARMANDO ISMAEL DOMINGUEZ MARTINEZ	MEDICO GENERAL	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTO	
70	CC	40017103	MARIA LUCIA PEDRAZA VARGAS	NUTRICIONISTA	TUNIA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
71	CC	1140868607	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	SOATA	DIRECTA	DIRECTO	
72	CC	1049614089	SEBASTIAN RIVERA GUTIERREZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
73	CC	1049632802	MARIA PAULA REYES CAMARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	TUNIA	DIRECTA	INTERMEDIO	
74	CC	1057585417	DEISY YAMILE VARGAS BARRERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	
75	CC	1019069127	DIEGO ALEJANDRO ROJAS MONTERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
76	CC	1045725343	MELISSA MORENO PUPO	MEDICO GENERAL	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO	
77	CC	93409150	URIEL CRUZ VEGA	VICEPRESIDENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
78	CC	52354872	JANNETH ANDREA BARRETO DOMINGUEZ	ANALISTA DE TESORERIA	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
79	CC	16187457	ALBERTO MORA BAHOS	DIRECTOR DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES-TIC	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
80	CC	1049642865	CLAUDIA YANETH RODRIGUEZ NUMPAQUE	AUXILIAR DE CALIDAD	TUNIA	DIRECTA	INTERMEDIO	
81	CC	1049632618	LINA ALEJANDRA PINZON CASTIBLANCO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	
82	CC	46366489	MERCEDES BARRERA BOTIA	GERENTE DE SERVICIOS FARMACEUTICOS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
83	CC	1075255284	ANDRÉS FELIPE HERNANDEZ HURTADO	ANALISTA JURIDICO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
84	CC	7726108	JUAN MANUEL MONTOYA HERNANDEZ	PRESIDENTE	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
85	CC	1052399313	ZULMAYARITH BETANCUR BECERRA	JEFE DE ENFERMERIA	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
86	CC	1052020668	DEISY LILIANA ESTEVES MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTO	
87	CC	53065807	LEIDY CAROLINA AMAYA TALERÓ	COORDINADOR TECNICO	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
88	CC	39623766	FLOR ALBA RINCON ACOSTA	COORDINADOR DE PRESTACION DE SERVICIOS FARMACEUTICOS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
89	CC	93136734	MILTON ANDRES SANCHEZ PERDOMO	ANALISTA DE COMPRAS	BOGOTÁ	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
90	CC	1049634115	JENIFFER MATEUS LOPEZ	TRABAJADOR SOCIAL	TUNIA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
91	CC	1002461363	DIANA SOFIA CHAPARRO CHAPARRO	APRENDIZ SENA	DUITAMA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
92	CC	33377254	DIANA YANIRA IBAÑEZ DIAZ	APRENDIZ SENA	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
93	CC	1002340134	DANIELA SUAREZ RUANO	APRENDIZ SENA	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	
95	CC	86050606	JHELVER ALEXANDER HERRERA LOZADA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 3/08/2020

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Línea Correo Nacional: 018000910303

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



**"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"**





96	CC	33365493	SONIA MABEL PIRA QUICA	AUXILIAR DE FARMACIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 27/07/2020
97	CC	1048846141	LEIDY ANDREA CASTILLO MORALES	REGENTE FARMACIA	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 27/07/2021
98	CC	74282816	VICTOR MANUEL CARRANZA RODRIGUEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 27/07/2022
99	CC	23783002	ANA SILVIA PEÑA NARVAEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 27/07/2023
100	CC	23522660	MILDER ASTRID MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	SOATÁ	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 27/07/2024
101	CC	63342876	MARIA CECILIA SEPULVEDA BENAVIDES	REGENTE FARMACIA	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 27/07/2025
102	CC	40030112	OLIVA LANCHEROS RAMIREZ	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 27/07/2026
103	CC	1053605275	MAYCOL DAVID VELASCO PARRA	AUXILIAR DE FARMACIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 01/08/2020
104	CC	46669839	LINA ISABEL ZABALA MANCIPE	REGENTE FARMACIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 01/08/2021
105	CC	23730499	SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	REGENTE FARMACIA	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 01/08/2022
106	CC	74083496	SERGIO RICARDO CELY PEREZ	REGENTE FARMACIA	SOGOMOSO	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 01/08/2023
107	CC	1058274757	LEIDI RUTH GAITAN VARGAS	AUXILIAR DE FARMACIA	SOGOMOSO	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 01/08/2024
108	CC	1057579181	BRIGITTE DAYANA DIAZ MONGUI	AUXILIAR DE FARMACIA	SOGOMOSO	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 01/08/2025
109	CC	1048846095	LEIDY DAYANA MONROY GUERRERO	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 01/08/2026
110	CC	1056800607	JOHANA VARGAS RODRIGUEZ	AUXILIAR DE FARMACIA	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 01/08/2027
111	CC	1049658796	HECTOR JULIAN MORENO SANCHEZ	AUXILIAR SERVICIO AL CLIENTE	TUNIA	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 01/08/2028
112	CC	1002522198	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUXILIAR DE FARMACIA	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO	FECHA DE INGRESO 01/08/2029

## 2.2 Base de datos personal de colaboradores Regional Meta

Jersalud S.A.S.		BASE DE DATOS PERSONAL JERSALUD META					
ITEM	CEDULA	NOMBRE	CARGO	LUGAR DE TRABAJO	TIPO DE VINCULACIÓN	NIVEL DE EXPOSICIÓN A COVID-19	OBSERVACIONES
1	1121898957	AURA MILENA ROA FORERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO EN CASA
2	1107054334	DIEGO FERNANDO BOCANEGRA MOSQUERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
3	1121926326	DEISY PAOLA TULIBILA CARRASCAL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA
4	1121838406	MARIA EMILSEN NAVARRO ARANGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
5	1120865481	WINDY JANETH GAITAN PENAGOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
6	86080094	JOSE ADELMO ROMERO RAMIREZ	PSICOLOGO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
7	40218844	YULY YOJANA BELTRAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
8	1121829774	DARWIN MIGUEL GOMEZ LEON	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
9	1010182835	IVAN CAMILO ROMERO PUENTES	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
10	40331099	GINNA KARINA ARANGO AMOROCHO	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO EN CASA - TELECONSULTA
11	35263051	JOVANA LIZETH CORDOBA DUSSAN	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
12	40392862	YAMILE SABOGAL ARIAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
13	40215448	FRANCY CAROLINA MENA REY	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
14	1234791149	SHARICT MARINEY BONILLA PERILLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
15	1121937692	JENNIFER MARROQUIN INFANTE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
16	1122140527	MARIA DE LOS ANGELES LEON MARIN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
17	1121930850	ANY LIZETH CHAPARRO MOSCOSO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
18	32612567	YARLINES SUGEY RIVERA RAMOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
19	1121894100	ANGIE LISETH QUEVEDO TAMAYO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 1 de Agosto**



20	1121837556	EDY JOHANA CASTRO QUEVEDO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
21	1121904619	ANA PATRICIA BAUTISTA OSPINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
22	1121930221	YURLEY CAMACHO CORDERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
23	1121862132	MERY YADIRA GARCIA ALVAREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
24	23835203	NANCY NIÑO CHAURA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
25	1233493768	JENNIFER CATALINA CASTRO GUERRO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
26	20546130	ANA BEATRIZ REINA REINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
27	1122237190	DIANA MARCELA NEIRA ROJAS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
28	1121947580	VIVIANA ANDREA CARDENAS QUINTERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
29	1121905645	SANDRA YAMILE AVILA GOMEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	INCAPACIDAD
30	40250253	MARIELA LOPEZ TREJOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
31	86064317	EDWIN ALFONSO DUQUE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
32	1121933152	LINA FERNANDA VELASQUEZ BETANCOURT	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
33	40397178	ZULMA YOMARA BOTIA HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
34	40039701	MARTHA LUCIA SOLER CABALLERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
35	1193142908	JENNIFER DAYANA GUERRA LOPEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
36	1121950663	ADRIANA MARCELA ACUÑA VILLADIEGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
37	1121898940	MAIRA FAISULY ROJAS CORREAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
38	1120502407	LAURA CAMILA PADILLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
39	40404908	BIANEY RAMIREZ HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
40	40326034	JULY CAROLINA ROJAS HERRERA	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
41	1121846960	GRECIA YAJAYRA TELLEZ CABALLERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	
42	1122123786	DINA LUZ VILLALOBOS ACOSTA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	
43	1121880489	JENNY SHIRLEY GUTIERREZ SIERRA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
44	39537576	SANDRA PATRICIA REY BOLAÑOS	NUTRICIONISTA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	TELECONSULTA
45	1019071171	ADRIANA LORENA REY RODRIGUEZ	TRABAJADORA SOCIAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
46	1014278902	MARIA FERNANDA MATEUS GARZON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
47	40325831	FRANCY PAOLA PEDROZA CORTES	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
48	1001401438	BLADIMIR CUELLO MAUSA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
49	1121891060	LEIDY KATHERINE PIZARRO RIVAS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
50	1121867640	JENNIFER ALEXANDRA BOCANEGRA ANDRADE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
51	1121888001	CRISTHIAN CAMILO HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
52	1123403310	KAREN MELITZA GUTIERREZ HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
53	1121912611	JEISON ALEXANDER MARIN BEDOYA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
54	40443936	SANDRA MARCELA DIAZ CASTILLO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
55	1006733676	JESICA PONTON PALACIOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
56	1006878894	NUBIA RAMOS CALDERON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
57	53761940	SANDRA MILENA CIFUENTES PEREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
58	1234791356	DAYANA LICETH GONZALEZ CASTILLO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
59	1123567118	JENIFFER ANYELY SANCHEZ DIAZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000190303

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



*"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"*



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 1 de Agosto**



60	52429438	DIANY LORENA DUARTE MACIAS	GERENTE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
61	1121926625	KAREN EMILIA MELO GONZALEZ	JEFE ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
62	1121853253	MIGUEL ANGEL REINA WALTEROS	INGENIERO DE SOPORTE TECNICO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
63	1110581358	MARIA JOSE BONILLA MENDEZ	ASISTENTE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
64	1120502833	JESSICA MARCELA CAÑON REINA	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
65	40330585	PEÑALOZA MORA SANDRA PATRICIA	PROFESIONAL DE CALIDAD	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	
66	40389814	LINARES CARDENAS OLGA SOLEDAD	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO	
67	79728761	NAVARRO VICTOR MANUEL	ANALISTA DE FACTURACIÓN	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
68	1120504110	LONDOÑO DUEÑAS AURA CRISTINA	ANALISTA DE SST	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
69	1121916803	SEBASTIAN FALLA MUNEVAR	AUXILIAR DE FACTURACION	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
70	1007449166	ANGIE DANIELA CARREÑO RAMIREZ	AUXILIAR DE CALIDAD	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
71	1006827165	LAURA SOFIA PINTO QUEVEDO	APRENDIZ SENA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
72	1006773398	JHOAN SNEIDER SANTANA MONTOYA	APRENDIZ SENA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
73	1121872800	WILDER JULIAN NOVOA BORJA	REGENTE DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
74	1121833197	ANDREA CAROLINA BARBOSA VALLEJO	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
75	23623995	RUBY RUIZ SALAS	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
76	1063154205	GABRIEL ESTEBAN BABILONIA ESCOBAR	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
77	1093755032	INGRID JHONNA CARDENAS MORA	AUXILIAR DE FARMACIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	AISLAMIENTO PREVENTIVO
78	1121857850	JODDY LISETH TORRES MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
79	1121859254	PAOLA ANDREA GALINDO	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTO	
80	40185140	RUTH MARY BAQUERO MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTO	
81	1119888832	YUDI MARCELA CUESTA LEGUIZAMON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTO	
82	40329336	YENI CAROLINA ORTIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTO	
83	1119894087	MORELIA JINETH MORA FRANCO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTO	
84	1122130462	YEIMI YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
85	1122120131	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN PEREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
86	52045168	IMNA YASMITHY MENDIETA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
87	39094408	LILIANA CELEDONIA FONSECA JARAMILLO	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
88	79958924	JORGE ENRIQUE CLAVIJO VILLALBA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
89	1123088758	BELKY NATALI GONZALEZ NOVOA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
90	21190935	GLORIA ISABEL FLOREZ GARZON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
91	41242448	CLAUDIA YANETH RAMIREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
92	1098719395	LEIDY CAROLINA TELLEZ RUIZ	REGENTE DE FARMACIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTO	
93	1121889427	GUERRA VARGAS NAIRA LISBETH	JEFE DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
94	40446687	LUZ ESPERANZA GUERRERO OBANDO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
995	40448789	MARIA OLINDA MURILLO HERRERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
96	1120364043	DIANA MARCELA SANCHEZ ALBA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	INDIRECTO	VACACIONES
97	1120498277	DIEGO ANDRES BARON QUINTERO	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
98	1121827319	MARIAN GISELA CASTRO BELTRAN	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
99	97611226	HERNAN DARIO RAMOS	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA



100	86069207	WILSON JAVIER HERRERA SILVA	REGENTE DE FARMACIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
101	40449526	ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	JEFE DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTO	
102	1121925239	MARGARITA ZAMBRANO ORDOÑEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PTO. LOPEZ	DIRECTA	DIRECTO	
103	12565313	JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	MEDICO GENERAL	PTO. LOPEZ	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
104	1121947473	MARLY JULIETH GARCIA CALDERON	AUXILIAR DE FARMACIA	PUERTO LOPEZ	DIRECTA	DIRECTO	
105	1121914029	ROSELL NATALIA VELASQUEZ	JEFE DE ENFERMERIA	PUERTO LOPEZ	DIRECTA	DIRECTO	
106	43920473	MIRIAM LILIANA ROJAS GOMEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTO	
107	1129534204	LIZ DAYANA MARID VASQUEZ	MEDICO GENERAL	PUERTO GAITAN	DIRECTA	INTERMEDIO	TELECONSULTA
108	1090394053	LEYDDY AZUCENA MORALES TEJEDOR	REGENTE DE FARMACIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTO	
109	1043000119	SANDRA CRISTINA PATIÑO ROMERO	JEFE DE ENFERMERIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTO	

### 2.3 Base de datos personal de colaboradores Regional Casanare

PERSONAL JERSALUD YOPAL								
ITEM	TIPO	N° DE IDENTIFICACION	NOMBRE COMPLETO	CARGO	CIUDAD	TIPO DE VINCULACION	TIPO NIVEL DE EXPOSICION COVID-19	OBSERVACIONES
1	CC	1.053.776.657	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de Sede	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL
2	CC	1.047.438.183	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTA	TRABAJO PRESENCIAL/MEDIA JORNADA
3	CC	47441197	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo-Talento Humano- SST	YOPAL	DIRECTA	INTERMEDIO	TRABAJO PRESENCIAL
4	CC	1080015590	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
5	CC	1.118.574.733	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
6	CC	1118553056	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
7	CC	1010201040	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL/MEDIA JORNADA
8	CC	1.118.550.591	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
9	CC	9432965	Henry Dario Uva	Medico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL /MEDIA JORNADA
10	CC	1118533308	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
11	CC	1054090740	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL



12	CC	47440972	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermería	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO DESDE CASA POR AISLAMIENTO PREVENTIVO HASTA EL DIA 30 DE JULIO
13	CC	1118570378	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL
14	CC	84455111	Harold Guillermo Peñaranda Caballero	Medico general	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO	TRABAJO PRESENCIAL /MEDIA JORNADA

### 3. CARACTERISTICAS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

#### 3.1 Fichas Técnicas Elementos de Protección Personal

#### Telas Desechables

Las Telas Desechables se han convertido en una necesidad para sectores como la medicina, la estética y la construcción y en una alternativa para productos publicitarios así como prendas de vestir.

#### Usos

- Vestidos e implementos para uso médico quirúrgico
- Ropa y elementos para uso odontológico y estético
- Bolsas publicitarias reutilizables
- Industria colchonera y almohadas
- Impermeabilizaciones en la construcción
- Prendas deportivas
- Ropa de cama para hoteles, hogar, camping, etc.

#### Colores Disponibles en telas Desechables

#### Ficha Técnica

Manto térmico no tejido en polipropileno, elaborado mediante un proceso de fabricación denominado SPUNBONDED en el cual el tejido esta formado por filamentos continuos y no por fibras cortas, como los sistemas tradicionales de producción.

#### Polipropileno


Es un termoplástico cristalino obtenido por polimerización de propileno y eventualmente, Comonomeros dentro de condiciones óptimas de temperatura y presión en presencia de un catalizador superactiva.

#### Resistencia Química

Como la mayoría de las poliolefinas es altamente resistente al ataque de productos químicos y de solventes por ser químicamente inerte; de esta cualidad deriva su mayor ventaja y al contrario de otras poliolefinas es fuertemente resistente a ácidos minerales y al ataque de agentes oxidantes.


#### Características

- Material trilaminar no transparente S.M.S.
- Permeabilidad al aire
- Alta resistencia a la tensión en ambas direcciones
- El tejido no se deshilacha ni despeluz
- Buena resistencia contra ácidos y solventes
- No se degrada
- No alberga bacterias (Antimoho)
- No retiene ni se satura de líquidos
- Baja densidad
- No permite la penetración de líquidos
- Es transpirable
- 100% Hidrofóbico
- Resistencia química
- Resistencia y aislamiento térmico
- Antibalérgico y no tóxico
- Antibiótica







<b>BATA CIRUJANO PUÑO ALGODÓN</b>		
<b>NOMBRE GENERICO</b>	BATA CIRUJANO PUÑO ALGODÓN	
<b>CERTIFICADO INVIMA</b>	No requiere Certificado invima Registro Sanitario Certificación N°2010007360	
<b>DESCRIPCIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Material propileno no tejido SMS 35 g</li> <li>•Repelente de fluidos /liquidos no transpirante, suavidad al tacto</li> <li>•Sujecion en la cintura ,puños de algodón</li> <li>•Medidas 117 largo x 140 de ancho</li> <li>•Tallas estandar</li> <li>•Tecnica de asepsia</li> <li>•Antialergico, higienico.</li> </ul>	
<b>CARACTERISTICAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Utilizada para evitar ingreso de contaminación exterior</li> <li>•Es un producto no invasivo, no esteril</li> <li>•Producto esterilizable en oxido de etileno, sterrad, y vapor</li> <li>•De unico uso (Desechable)</li> </ul>	
<b>CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO</b>	•Almacenar en un lugar fresco y seco, evitando los rayos directos del sol. Tep. Max, 32 °	
<b>USOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Lavar las manos antes y despues de usar la prenda</li> <li>•vestir cuerpos para la valoracion medica o tratamientos</li> <li>•servir como barrera microbiana entre la relacion medico, paciente y viseversa</li> <li>•Desechar una vez utiliza</li> </ul>	
<b>PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Producto para uso personal, unico uso</li> <li>•Se debe considerar las precauciones recomendadas por normas de bioseguridad</li> </ul> <p style="text-align: center;">*Todos los pacientes y sus fluidos corporales deben ser considerados como potencialmente infectantes y se debe tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra transmisión*</p>	
<b>DISPOSICIÓN FINAL</b>	•Desechar como residuos peligrosos biologico-infecciosos.(Decreto ley 2811 de 1974 y la ley 99 de 1983) en relacion con la gestion integral de residuos solidos,as como la Ley 142 de 1994 ,ley 632 de 2000 y la ley 689 de 2001, en cuanto tiene que ver con la presentación del servicio publico de aseo.	
<b>CODIGO</b>	3100000355	
<b>UNIDAD DE VENTA</b>	BOLSA 10 UNIDADES	



## Careta de Seguridad



- Visor para protección facial fabricado en policarbonato transparente con borde en aluminio, casquete fabricado en polipropileno.
- Sistema ajuste con ratchet.
- Tamaño Pantalla: 8" x 15.5" x 1mm.
- Diseño extraíble, retirando la visera.

Normatividad CE EN166



Página 1 de 1



FICHA TÉCNICA

Código: GT-FH

Versión: 01

Fecha: 01-08-17

### GORROS DESECHABLES NO ESTERIL

<b>REFERENCIAS</b>	Gorro Desechable Tipo oruga No Estéril X 100 Unidades
<b>CARACTERÍSTICAS ORGANOLÉPTICAS</b>	<b>ESPECIFICACIONES</b>
Aspecto	Gorro circular confeccionado no tejido, resistente, no estéril Libre de hebras, ni partículas volátiles, lisa, sin deformaciones. Con recuento controlado microbiano. No indican un riesgo potencial de irritación dérmica o sensibilización alérgica de contacto
Color	Azul
Olor	Sin olor
<b>ANÁLISIS FÍSICOQUÍMICO</b>	<b>ESPECIFICACIONES</b>
Composición	Polipropileno (PP) con elástico de látex natural en todo su perímetro interior.
Dimensión	21 pulgadas.
Tallas	Única.
<b>EMPAQUE PRIMARIO</b>	<b>ESPECIFICACIONES</b>
Tipo	Bolsa Plástica Transparente
<b>EMPAQUE SECUNDARIO</b>	<b>ESPECIFICACIONES</b>
Tipo	Caja cartón 1000 unidades Su ligero tejido permite la transpiración del cabello. Barrera de protección entre el cabello y el medio externo, evitando contaminación de cualquier tipo. Apto para uso médico, odontológicos, estéticos, manipulación de alimentos, industrial y laboratorios, entre otros. Mantener en su empaque hasta consumir el producto. Conservar en lugar fresco y seco protegido de la luz solar.
<b>USOS</b>	No reutilizar. Eliminar como material no reciclable Cumple con los parámetros internos de calidad establecidos por la organización
<b>CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO</b>	
<b>DISPOSICION FINAL</b>	
<b>LEGISLACION APLICABLE</b>	

ELABORADO POR

DIONY ANDREA GALLEGU SIERRA

REVISADO POR

CARLOS MARIO RAYO ECHAVARRIA

APROBADO POR

JULIANE ALVARADO HERRERA

Copia Controlada







<b>FICHA TÉCNICA</b>	Código: GT-FH Versión: 01 Fecha: 01-08-17
----------------------	---

POLAINAS DESECHABLES NO ESTERIL	
<b>REFERENCIAS</b>	Polainas Desechables No Estéril X 100 Unidades
<b>CARACTERÍSTICAS ORGANOLÉPTICAS</b>	<b>ESPECIFICACIONES</b>
Aspecto	Polaina antideslizante, no estéril, no tejida. Libre de hebras, ni partículas volátiles, lisa, sin deformaciones. Sellado con ultrasonido. Con recuento controlado microbiano.
Color	Azul
Olor	Sin olor
<b>ANÁLISIS FÍSICOQUÍMICO</b>	<b>ESPECIFICACIONES</b>
Composición	Polipropileno (PP) con elástico de látex natural.
Dimensión	Estándar permite un mayor confort y cobertura.
Tallas	Única.
<b>EMPAQUE PRIMARIO</b>	<b>ESPECIFICACIONES</b>
Tipo	Bolsa Plástica Transparente
<b>EMPAQUE SECUNDARIO</b>	<b>ESPECIFICACIONES</b>
Tipo	Caja cartón 1000 unidades
<b>USOS</b>	Barra protectora ante el calzado y el medio externo, evitando contaminación de cualquier tipo. Apto para uso médico, odontológicos, estéticos, manipulación de alimentos, industrial y laboratorios, entre otros.
<b>CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO</b>	Mantener en su empaque hasta consumir el producto. Conservar en lugar fresco y seco protegido de la luz solar.
<b>DISPOSICION FINAL</b>	No reutilizar. Eliminar como material no reciclable
<b>LEGISLACION APLICABLE</b>	Cumple con los parámetros internos de calidad establecidos por la organización


ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
 DIONY ANDREA GALLEGO SIERRA	 CARLOS MARIO RAYO ECHAVARRIA	 JULIANA ZÚÑIGA PONCE

Copia Controlada



<b>NOMBRE DEL PRODUCTO</b>	
<b>FOTOGRAFÍA</b>	
<b>DESCRIPCIÓN</b>	<i>Producto desechable para uso quirúrgico de tamaño adecuado que cubre la nariz y la boca del usuario con ajuste metálico en la pieza nasal que resguarda de agentes patógenos que transmiten enfermedades durante alguna intervención</i>
<b>NOMBRE COMERCIAL</b>	<i>Tapabocas desechable con tiras</i>
<b>ESPECIFICACIONES</b>	<i>Largo 9,5cm Ancho 17.5cm</i>
<b>CAPA EXTERNA</b>	<i>Polipropileno extruido de 20g</i>
<b>CAPA DE FILTRACIONES</b>	<i>Polipropileno extruido de 24g</i>
<b>CAPA INTERNA</b>	<i>Polipropileno extruido de 17g</i>
<b>CINTA(TIRAS)</b>	<i>Libre de látex</i>
<b>PIEZA NASAL</b>	<i>Adaptador nasal no estéril</i>
<b>USO PREVISTO</b>	<i>Para uso en ambientes médicos, limpios e higiénicos.</i>
<b>PRESENTACIÓN COMERCIAL</b>	<i>Caja x 50 unidades</i>
<b>CAPACIDAD MÍNIMA DE PRODUCCIÓN</b>	<i>50000 Cajas semanales</i>



	<b>FICHA TÉCNICA – LIFE 1095</b>			<b>SISTEMA DE GESTION EMPRESARIAL</b>		
				SGA	SGS	SGC
						X
DOCUMENTO	FECHA ORIGEN	FECHA EMISION	FECHA ACT.	ACTUALIZACION	VIGENCIA DESDE	PAGINA
PD-CAL-002-1	15/08/2009	12/05/2010	12/09/2010	2	12/09/2010	1 DE 3

### FICHA TÉCNICA



#### 1. Referencias del respirador:

REFERENCIA	PRESENTACIÓN
Lifel095	Respirador Color Blanco

#### 2. Identificación y empaque:

	Marquillado	Empaque
<b>Función:</b>	Permite identificar el lote para realizar trazabilidad del producto, la referencia del respirador y el número único de identificación de NIOSH TC 84A-5350 garantía de la certificación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Empaque Individual.</li> <li>✓ Empaque de 25 unidades</li> <li>✓ Caja Máster 2.000 und</li> <li>Peso: 21 Kg</li> <li>Medias: 56 cm x 50cm x 61cm</li> </ul>





# SOSEGA®

Safety Solutions

## INFORMACIÓN TÉCNICA

### MODELO

Mascarilla N95 Vapores Orgánicos SOSEGA  
Con Válvula  
Ref: 130730



### APLICACIONES

El usuario debe evaluar el nivel de protección necesaria para cada labor. Las Mascarillas SOSEGA N95 Vapores Orgánicos con Válvula deben usarse en lugares donde el usuario este expuesto a riesgos tales como: material particulado como polvo, partículas de cemento, sílices, cales, arena, humos, neblinas y aerosoles libres de aceites. Algunas de las aplicaciones más comunes son:

- Trabajos con niveles molestos de vapores orgánicos
- Barrido y Lijado
- Trabajos con madera
- Trabajos de Pintura libres de aceites
- Trabajos de trituración y pulverización
- Agricultura, Laboratorios y Soldadura

### CARACTERÍSTICAS

Las Mascarillas SOSEGA N95 Vapores Orgánicos con Válvula son ideales para la protección de las personas contra riesgos respiratorios como polvos, partículas de cemento, sílice, cal, arena, neblina, humo y aerosoles libres de aceite. Cuentan con una efectividad de filtro contra material particulado del 95% (N95), bandas elásticas resistentes, espuma suave y banda metálica para mayor comodidad y mejor sellado en la nariz.

### ESTÁNDARES Y REGULACIONES

La Mascarilla SOSEGA N95 Vapores Orgánicos con Válvula cuenta con certificación NIOSH TC-84A-6954.



### INSTRUCCIONES DE AJUSTE



Paso 1

Sostenga el respirador en la mano con la pieza nasal en las yemas de los dedos, permitiendo que las bandas para la cabeza cuelguen libremente debajo de su mano.

Paso 2

Presione el respirador firmemente contra la cara con la pieza nasal en el puente de su nariz.

Paso 3

Estire y coloque la banda superior en la parte posterior de la cabeza. Estire la banda inferior sobre la cabeza y ubíquela debajo de las orejas.

Paso 4

Usando las dos manos, ajuste la pieza nasal a la forma de su nariz.

Paso 5

Debe verificarse que el respirador ajuste bien antes de cada uso. Ubique ambas manos completamente por encima del respirador y exhale. Si hay fuga de aire alrededor de la nariz o los bordes, ajuste la pieza nasal y/o bandas para la cabeza hasta que se logre un buen ajuste.

### ADVERTENCIAS

1. El usuario debe leer las instrucciones de ajuste y limitaciones de uso antes de utilizar.
2. Este respirador no protege contra el riesgo de contraer la enfermedad o infección.
3. Antes de utilizar, el usuario debe estar capacitado en el uso adecuado, incluyendo las pruebas de ajuste, de conformidad con las normas de seguridad y salud aplicables para la contención y el nivel de exposición en el área de trabajo de acuerdo con las directrices de la OSHA, 29 CFR 1910.134.





**LATEX EXAMINATION GLOVES - NIPRO**

**DESCRIPCION:**

- ✓ Cuales de exploración desechables, elaborados a base de látex natural, sin polvo y/o ligamento polvados con polvo biodegradable
- ✓ Guantes ambidiestros, máxima comodidad y flexibilidad.
- ✓ No estériles
- ✓ Impermeables, con dispensador que garantiza la integridad del producto.
- ✓ Hecho de materia extraña, rebobos y aristas cortantes.
- ✓ Aseptico, hiperalérgico, atóxico.

**CARACTERISTICAS**

- ✓ Elaborados de 100% Látex natural, sin polvo y/o ligeramente lubrificadas con polvo biodegradable notada USP.
- ✓ Resistentes a la rotación.
- ✓ Color natural
- ✓ De forma anatómica, zona de agarre texturada y con superficie lisa, lisa y uniforme antideslizante.
- ✓ Cumple con las pruebas de nivel de calidad de acuerdo a las normas internacionales Vigentes: ISO 11193, EN 455-5, EN 455-6 y ASTM D 3075-01

**INDICACIONES**

- ✓ Para realizar exámenes, procedimientos médicos y limpieza de pañales.
- ✓ Cerrar procedimientos clínicos hospitalarios.
- ✓ En caso de manipulación de material contaminado y para realización de pruebas de laboratorio.

**VENTAJAS**

- ✓ Fácil uso
- ✓ Hiperalérgico
- ✓ Ajuste exacto y suave
- ✓ Puntos y durables
- ✓ Libre de olores desagradables.

**DIMENSIONES**

Propiedad	Talla	Estándar	Color	Textura
Longitud (mm)	XS	Mínimo 220 mm	Natural  (Todas las tallas: XS, S, M, L, XL)	Terna, lisa, antideslizante (Todas las tallas: XS, S, M, L, XL)
	S			
	M	Mínimo 230		
	L			
Ancho de Palma (mm)	XS	70 ± 10		
	S	80 ± 10		
	M	95 ± 10		
	L	111 ± 10		
Espesor (mm)	Todas las tallas	Dedo: 0,08		
		Palma: 0,08		
		Socamanga: 0,08		

IMPLAR S.A.S - NIT 900.651.743-1 | Calle 8 # 43# - 2B, Oficina 402 - Antioquia-Medellín  
 Celular: 300-5428015 - WWW.IMPLAR.COM

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



3.2 Cotizaciones, órdenes de compra, actas de entrega o Facturas adquisición  
elementos de protección personal EPP e insumos de bioseguridad  
3.2.1 Factura Regional Boyacá

Fecha Impresión: miércoles, 05 de agosto de 2020 09:59

Página 1/1



FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S

NIT: 900.433.437-8

Carrera 49 # 95-54 Barrio La Castellana  
TELEFONOS: (+57) 3167443440  
BOGOTA D.C. - COLOMBIA

Fecha: 5/08/2020 9:58:57 a. m.

CUFE: 7ee53befb9eb5ee5220547ddeb0248a36e78c54e42cebe7168779bede7e2e0  
de0f9f09d6c352373d1dcf1b23b1b32bb4

SOMOS RESPONSABLES DE IVA, AGENTES RETENEDORES DE IVA AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION; ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL 4659 TARIFA (4.14\*1000) POR COMPRAS. NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES.

FACTURA DE VENTA N° FQE5339



Datos Generales

<b>Tercero:</b> 900622551 - JERSALUD SAS	<b>Dirección:</b> CRA 6 64-195 LOCAL 104-105
<b>Sucursal:</b> JERSALUD TUNJA	<b>Telefono:</b> 5618123
<b>Almacón:</b> 0037 - BOG JER FACTURACION JERSALUD GRAL	<b>U. Funcional:</b> FQXPO102 - PPL-OPERATIVO FACTURACION-FQX
<b>Detalle:</b> OC.6403 CE.2607 WHITE #A16 JERSALUD TUNJA 05-08-2020	

Producto	Lote	Invima	Fecha Vto	Cant.	%Dto	%IVA	Vr Unitario	Total
300101301 - MASCARILLAS DESECHABLES TAPABOCAS ELASTICO		INVIMA 2009DM-0004943	27/09/2029	1200	0,00	0,00	\$ 898	\$ 1.077.300

VALOR BRUTO:	\$ 1.077.300
IVA:	\$ 0
RETEFUENTE:	\$ 26.932
RETENCIÓN IVA:	\$ 0
RETENCIÓN ICA:	\$ 4.460

VALOR NETO FACTURA: \$ 1.045.908

TOTAL: UN MILLON CUARENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS OCHO PESOS M/Cte.

Jersalud RADICADO  
900.622.551-0 S.A.S

06 AGO 2020

No.FOLIO: *Joana Probst*  
RECIBIDO POR: \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

ELABORÓ

ACEPTADA Y RECIBIDA (FIRMA Y SELLO) C.C.

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Consulta Nacional: 01800019333

www.jersalud.com



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"





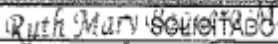

**3.2.2 Cotización Regional Meta**

	SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA
---	-------------------------------------

SUCURSAL/SEDE: VILLAVICENIO FECHA: jul-20

UNIDAD	SERVICIO DE ATENCION DOMICILIARIA
CENTRO DE COSTO	
UBICACIÓN	VILLAVICENIO

ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
8	APLICADORES DE ALGODON	PQUETE X 20U	10
14	CURAS REDONDAS	CAJA	1
25	GORROS	BOLSA x100 UN	1
26	GUANTES DE MANEJO	TALLA S CAJA X 100 UN	10
27	GUANTES DE MANEJO	TALLA M CAJA X100UN	30
30	GUANTES QUIRURGICOS	TALLA 7,5 CAJA X50UN	3
31	GUANTES DE VYNILO	TALLA M CAJA 100XUN	10
36	JERINGAS X 10CC	CAJA X100UN	3
40	JERINGAS X 5CC	CAJA X 5UN	1
47	SABANAS	90X2 PAQUETE X 5UN	1
49	TAPA BOCAS	CAJA X 50UN	30
50	TAPA BOCAS N95	CAJA CAJA X50UN	1
60	GEL ANTIBACTERIAL	FRASCO X500ML	30
64	JABON QUIRURGICO	FRASCO X 120 ml	3
66	JABON ANTIBACTERIAL	FRASCO X500ML	30
76	ISODINE ESPUMA	FRASCO X60ML	2
81	SONDA NELATON # 8	PAQUETE X 50UN	2
86	MASCARA PARA MICRONEBULIZACION ADULTO	TALLA M UND	10
87	MASCARA PARA MICRONEBULIZACION PEDIATRICA	UNIDADES	5
88	TRAJE PARA CIRUGIA MANGA CORTA TALLA M	UNIDAD	20
89	OVEROL ANTIFLUIDOS TALLA M	UNIDAD	20
93	BROMURO DE IPRATROPIO SOLUCION	FRASCO X20ML	5
95			
96			

FIRMAS	
FIRMA	
NOMBRE	Ruth Mary Bugarero
CARGO	COORDINADORA SERVICIO DOMICILIARIA
RECIBIDO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	Jessica Cañon
CARGO	Asistente Admin.
APROBADO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	
CARGO	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Consulta Nacional: 01800019333



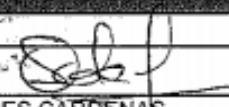
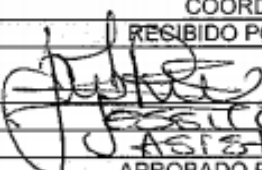


	<b>SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA</b>
---	--

SUCURSAL/SEDE: VILLAVICENCIO FECHA: 17/07/2020

UNIDAD	JERSALUD S.A.S.
CENTRO DE COSTO	
UBICACIÓN	VILLAVICENCIO

ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
2	AGUJA HIPODERMICA 21GX1 1/2	CAJA	1
	BATA QUIRURGICA	MANGA CORTA X 10U	5
10	BATA QUIRURGICA	MANGA LARGA X 10U	20
14	CURAS REDONDAS	CAJA	4
25	GORROS	BOLSA X 100U	17
26	GUANTES DE MANEJO	TALLA S	17
27	GUANTES DE MANEJO	TALLA M	7
28	GUANTES VINILO	TALLA M	2
29	GUANTES DE MANEJO	TALLA L	6
36	JERINGAS X 10CC	CAJA	1
39	JERINGAS X 5CC	CAJA X 100U	4
46	SABANAS	90X2 BOLSA X10 U	5
48	TAPA BOCAS	CAJA X 50U	35
49	TAPA BOCAS N95	CAJA X 50U	6
50	TIRAS MARCA GLUCOQUICK	CAJA X50U	4
51	TIRAS CARESENS	CAJA X 50U	10
57	ALCOHOL	FRASCO X 700ML	10
58	ALCOHOL GALON	GALON	5
59	CITOFIJADOR	FRASCO SPRAY	1
60	GEL ANTIBACTERIAL	FRASCO X LITRO	1
61	GEL ANTIBACTERIAL DE MANOS	GALON	2
63	GLUTARALDEHIDO (CIDEX)	GALON	3
67	LIDOCAINA AL 2% TAPA AZUL	FRASCO	1
69	SOLUCION SALINA 0,9%-100ml	BOLSA	2
72	CIDEX OPA	GALON	2

FIRMA	
NOMBRE	OLGA SOLEDAD LINARES CARDENAS
CARGO	COORDINADORA DE SEDE
FIRMA	
NOMBRE	Asistente Admin
CARGO	Asistente Admin
FIRMA	
NOMBRE	
CARGO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica  
 Calle Cometa No. 100, Bogotá, D.C.  
 Teléfono: (01) 2600910033  
**VIGILADO**





NIT: 900.669.318-3

PAPELERIA

ASEO

CAFETERIA

PUBLICIDAD-COMERCIAL

MEDICO-QUIRURGICA

COTIZACIÓN DP: 07-123

22 de Julio de 2020

Señores

**JERSALUD S.A.S.**

**Srta. Jessica M. Cañón**

Departamento de Compras

La ciudad

Por medio de la presente cotizamos los productos requeridos por su compañía.

### COTIZACIÓN VARIOS

DESCRIPCIÓN / ARTICULO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
APLICADORES DE MADERA CON ALGODÓN CAJA X 1000 UNDS	1	\$ 26.749	\$ 26.749
APLICADORES LARGOS	1	NO DISP	NO DISP
BROMURO DE PRATROPIO SOLUCION FRASCO X 20 ML	5	NO DISP	NO DISP
CURAS REDONDAS CAJA x 100 UNDS ***	1	\$ 5.312	\$ 5.312
GEL ANTIBACTERIAL FRASCO X 1000 ML ***	15	\$ 18.000	\$ 270.000
GORRO T/ORUGA BOLSA X 100 UNDS ***	1	\$ 21.600	\$ 21.600
GUANTE DE LATEX T/M PACA X 10 CAJAS X 100 UNDS. CADA CAJA***	3	\$ 312.000	\$ 936.000
GUANTE DE VINILO T/M CAJA X 100 UNDS	10	NO DISP	NO DISP
GUANTE QUIRURGICO T/7.5 CAJA X 50 UNDS	3	NO DISP	NO DISP
GUANTES DE NITRILO TALLA S CAJA X 250 UNDS ***	1	\$ 44.200	\$ 44.200
GUANTES DE VINILO TALLA L CAJA X 96 UNDS ***	12	\$ 30.160	\$ 361.920
GUANTES LATEX TALLA S - CON TALCO PACA X 10 CAJAS X 100 UNDS. CADA CAJA***	1	\$ 270.000	\$ 270.000
JABÓN ANTIBACTERIAL FRASCO X 500 ML ***	30	\$ 8.580	\$ 257.400
JABON QUIRURGICO GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 4% x 1000 ML ***	3	\$ 41.795	\$ 125.385
JERINGA X 10 CC CAJA X 100 UNDS. ***	3	\$ 37.800	\$ 113.400
JERINGA X 5 CC CAJA X 100 UNDS. ***	1	\$ 31.050	\$ 31.050
MICRONEBULIZADOR (KIT) - TAMANO: ADULTO	10	\$ 9.231	\$ 92.310

CALLE 52 A SUR #29-55 TEL: 7284549 [www.distribuidoraprojectar.com](http://www.distribuidoraprojectar.com) BOGOTA D.C.







**3.2.3 Factura Regional Casanare**

**SUMINISTROS FARMACEUTICOS MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS**  
NIT 901.222.681-7

Calle 9 No. 14-68  
8748246  
Neiva - Colombia  
sumfamedic@hotmail.com

**Factura de venta** **Nº: 2403**

Cliente: JERSALUD SAS YOPAL  
Nit: 900.622.551-0  
Teléfono: 3213665735  
Dirección: CLL 40 23 99  
Ciudad: Villavicencio - Colombia  
Correo:

Fecha de factura: 2020-07-17  
Vendedor:  
Centro de costo: 0  
Cotización: C-1416

Item	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Impto. Rete.	Vr. Total
1	50	TERMOMETRO DIGITAL PUNTA RIGIDA UNIDAD	1.00	17,500.00	0 %	0 %	17,500.00
2	EQGASA	GASA ESTERIL 3*3*2 NO TEJIDA ALFASAFE x 50 unds	1.00	11,500.00	0 %	0 %	11,500.00
3	1002503	ESPECULO P/OTOSCOPIO (DESECHABLE ADULTO)	4.00	7,310.93	19 %	0 %	34,800.00
4	EDLKIT	SUPER KIT CITOLOGICO M SIN GUANTE BIOLIFFE	50.00	1,900.00	19 %	0 %	113,050.00
5	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	8.00	29,500.00	0 %	0 %	236,000.00
6	VEN-SUP-0217	VENDA ELÁSTICA 5X5 MEDICAL SUPPLIES	3.00	2,500.00	0 %	0 %	7,500.00
7	00001084	CINTA CONTROL ESTERILIZACION A VAPOR 3/4 ROLLO STERICLIN	1.00	17,000.00	0 %	0 %	17,000.00

**Valor en Letras:**  
Cuatrocientos treinta y siete mil trescientos cincuenta pesos m/cte

**Condiciones de Pago:**  
Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-09-15 por \$ 437,350.00

**Observaciones:**  
Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de Marzo de 2020

Total Bruto	413,744.00
IVA 19%	23,606.00
<b>Total a Pagar</b>	<b>437,350.00</b>

Elaborado por Silgo S.A.S Nit: 830048145-8

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en esta título - Valor. Número Autorización 18763005570393 aprobado en 20200424 prefijo desde el número 2051 al 5000 Vigencia: 18

Responsable de IVA - Actividad Económica 209 Comercio al por menor de productos farmacéuticos Tarifa 3.5

NIT. 901222681-7  
Calle 9 No. 15 - 54 Neiva - Huila

Elaborado por

Firma recibida

21-07-2020

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corredor Nacional: 018000910303





**DISTRIBUIDORA  
PROYECTAR SAS**

NIT. 900.669.318-3

DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN  
NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN No 18763025179468  
DE FECHA 2019/09/05 NUMERACIÓN AUTORIZADA  
DEL DP 1001 AL DP 1100  
NO SOMOS AUTORETENEDORES  
NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES  
ACTIVIDAD ICA 9639 TARIFA 11.4 X 1.000

**FACTURA DE VENTA**

DP **1075**

Línea Médico Quirúrgica - Línea Oficina - línea Aseo - Cafetería - Publicidad Comercial. ACT. ICA 4761 TARIFA 4.14 x 1.000

<b>SEÑORES:</b> JERSALUD S.A.S. (VOP&L)			
<b>FECHA:</b> 23 DE JULIO DE 2020	<b>CIUDAD:</b> BOGOTÁ	<b>TEL:</b> 3124348672	
<b>DIRECCIÓN:</b> CALLE 32 SUR #22-10 B/QUIROGA			<b>NIT:</b> 900.622.551-0
<b>FORMA DE PAGO:</b> CREDITO 90 DIAS CALENDARIO		<b>FECHA DE VENCIMIENTO:</b> 21 DE OCTUBRE DE 2020	

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	CANT.	VR. UNITARIO	VALOR TOTAL
	ALCOHOL + CLORHEXIDINA GALON X 4 LTS ***	1	34.000	34.000
	AMONIO CUATER. DESINFEC. ALTO ESPETRO GALON X 3,8 LTS***	1	22.000	22.000
	BATA PACIENTE DES. MANGA LARGA P/RESORTADA PQ *10 BL ***	6	81.000	486.000
	GEL ANTIBACTERIAL DISPENSADOR X 1000 ML ***	6	18.000	108.000
	GORROS TIPO DRUGA PQ. X 100 ***	1	21.600	21.600
	SABANAS BLANCA PARA CAMILLA PAQ. X 10 ***	8	40.500	324.000
	TAPABOCAS DESECH. EN EMP. INDIV. TERMOSELLADO X 50 UND ***	8	50.000	400.000
	TAPABOCAS KN-95 X 20 UND ***	2	95.000	190.000
[*** PRODUCTOS EXENTO DE IVA SEGÚN DECRETO EMER. SANT.]				

<b>OBSERVACIONES:</b> CREDITO 90 DIAS CALENDARIO	<b>SUB-TOTAL</b>	1.585.600
	<b>I.V.A</b>	0
	<b>TOTAL</b>	1.585.600
<b>SON:</b> UN MILLÓN QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE		

LA PRESENTE FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 DE C.C.) la mercancía viaja por cuenta de riesgo del comprador. El comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías descritas. En caso de mora en el pago, se causará al 4% de interés mensual. La fecha del vencimiento se tomará a partir de la fecha de remisión. FAVOR GIRAR CHEQUE A NOMBRE DEL PRIMER BENEFICIARIO

AUTORIZADO POR:

DISTRIBUIDORA  
PROYECTAR SAS  
NIT 900.669.318-3  
www.distribuidoraproyectar.com

DECLARO QUE RECORO A SATISFACCIÓN LOS MATERIALES Y SERVICIOS DESCRITOS EN ESTA FACTURA

FIRMA Y SELLO DE ACEPTANTE COMPRADOR  
NIT O.C.C.

**MÓVIL: 320 206 8636 - Calle 52A Sur 29 - 55 - distribuidoraproyectar@gmail.com**  
**www.distribuidoraproyectar.com**

LUIS FERNANDO VELASCO NIT 80438545-4 TEL. 3142142993





#### 4. ENTREGA OPORTUNA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

##### 4.1 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Boyacá

##### 4.1.1 Entrega elementos de protección personal sede Tunja

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Rodríguez Ninyague Claudia Vaneth	<b>Cédula</b> 1049642865	<b>Unidad</b> Admin
---	-----------------------------	------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Carta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
31 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Claudia R.
01 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Claudia R.
02 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		Claudia R.
04 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Claudia R.
05 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Claudia R.
06 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Claudia R.
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Claudia Rodríguez Identificado (a) con CC: 1049642865, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Admel Alino	<b>Cédula</b> 40039607	<b>Unidad</b> C. Externa
---	---------------------------	-----------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Carta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
31 07 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	Telecomorbis	Alino
3 08 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	Telecomorbis	Alino
4 08 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	Telecomorbis	Alino
5 08 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	Telecomorbis	Alino
6 08 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	Telecomorbis	Alino
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Admel Alino Identificado (a) con CC: 40039607, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos <i>José Cepano Cigala</i>	Cédula <i>40027046</i>	Unidad <i>medisalud</i>
--	---------------------------	----------------------------

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
<i>31 07 20</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>José Cepano Cigala Unidad Teleconsultas Teleconsultas 1ra Teleconsultas Teleconsultas</i>	<i>[Signature]</i>
<i>3 08 20</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>		
<i>4 08 20</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>		
<i>5 08 20</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>		
<i>6 08 20</i>	<i>X</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>		
DD MM AA												

Yo, José Cepano Cigala Identificado (a) con CC: 40027046, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos <i>FONSECA LOSQUEA JOAN ADOLFO</i>	Cédula <i>1120865548</i>	Unidad <i>CONSULTA INTERNA Tunga</i>
---	-----------------------------	---

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
<i>03 08 20</i>				<i>X</i>					<i>X</i>		<i>José Cepano Cigala Unidad Teleconsultas Teleconsultas 1ra Teleconsultas Teleconsultas</i>	<i>José Cepano Cigala</i>
<i>5 8 20</i>				<i>X</i>					<i>X</i>			
<i>6 8 20</i>				<i>X</i>					<i>X</i>			
DD MM AA												

Yo, José Cepano Cigala Identificado (a) con CC: 40027046, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Gratuita Nacional 0800910302  
VIGILADO





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
PERAZA VARGAS MARIA LUZIA	40.019.103	Medicina Consulta Externa

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
30 07 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-		
03 08 2020	X	-	-	X	-	X	-	-	-	X	-	-		
04 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-		
05 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-		
06 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-		
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Maria Luzia Peraza Identificado (a) con CC: 40017103, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Morero Ayala Marie Rosal	40028562	Consulta externa

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
31 07 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	uso bata desechable	
03 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	X	-	-		
04 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	X	-	-	uso bata desechable	
05 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	uso bata desechable	
06 08 20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	uso bata desechable	
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado (a) con CC: \_\_\_\_\_, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 01800091033  
VIGILADO



	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Suarez Maldonado	<b>Cédula</b> 7225529	<b>Unidad</b>
--	--------------------------	---------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
31 07 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		
01 08 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-			
04 08 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-			
05 08 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-			
08 08 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-			
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Suarez Maldonado Identificado (a) con CC: 7225529, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Hernandez Doricamas Claudia Isabel	<b>Cédula</b> 46381131	<b>Unidad</b> C-EXEJECUTIVO TURISTA
--	---------------------------	--

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
31 07 2020	-	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-		VISITAS DOMICILIARIAS #5 	
03 08 2020	-	✓	-	5	✓	✓	-	-	5	-			
04 08 2020	-	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-			
05 08 2020	-	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-			
08 08 2020	-	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-			
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Claudia Isabel Hernandez Identificado (a) con CC: 46381131, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Lorena Escobar Jimeno	9180163	N. Enku

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunt de látex	Gaunt de nitrilo	Gaunt de nylon	Bata desechable	Polainas			
31/07/20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-			Jimeno L E
03/08/20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-			Jimeno L E
04/08/20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-			Jimeno L E
05/08/20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-			Jimeno L E
06/08/20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-			Jimeno L E
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Jimeno Lorena Escobar Identificado (a) con CC: 9180163 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Durán Joel Antonio	1124023697	CExt

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gaunt de látex	Gaunt de nitrilo	Gaunt de nylon	Bata desechable	Polainas			
03/08/20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-			[Signature]
4/8/20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-			[Signature]
5/8/20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-			[Signature]
6/8/20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-			[Signature]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Joel Durán Identificado (a) con CC: 1124023697 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea de Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Gersson David Gonzalez Robles</u>	<b>Cédula</b> <u>1049638771</u>	<b>Unidad</b> <u>Tunja</u>
--	------------------------------------	-------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajainas		
31 07 20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		<u>Gersson David Gonzalez Robles</u>
03 08 20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		<u>Gersson David Gonzalez Robles</u>
04 08 20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		<u>Gersson David Gonzalez Robles</u>
05 08 20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		<u>Gersson David Gonzalez Robles</u>
06 08 20	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-		<u>Gersson David Gonzalez Robles</u>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Gersson David Gonzalez Robles, identificado (a) con CC: 1049638771, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <u>Gilma Hilona Ros Lopez</u>	<b>Cédula</b> <u>33367367</u>	<b>Unidad</b> <u>CBT</u>
---	----------------------------------	-----------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajainas		
31 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	NO	<u>Gilma Hilona Ros Lopez</u>
3 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	NO	<u>Gilma Hilona Ros Lopez</u>
4 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	NO	<u>Gilma Hilona Ros Lopez</u>
5 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	NO	<u>Gilma Hilona Ros Lopez</u>
6 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	NO	<u>Gilma Hilona Ros Lopez</u>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Gilma Hilona Ros Lopez, identificado (a) con CC: 33367367, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Torres Azevedo Jonathan Valera	<b>Cédula</b> 46378245	<b>Unidad</b> C. Externa
--	---------------------------	-----------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
31 07 20				X		X						
03 08 20				X		X						
04 08 20	X			X		X		X				
05 08 20				X		X						
06 08 20				X		X						
DD MM AA												

Yo, Jonathan M. Torres A Identificado (a) con CC: 46378245; Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Hojica Yolanda Luz Marina	<b>Cédula</b> 40036857	<b>Unidad</b> Consulta Externa
---	---------------------------	-----------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
31 07 20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		
3 08 20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		
4 08 20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		
5 08 20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		
6 08 20	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-		
DD MM AA												

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado (a) con CC: \_\_\_\_\_; Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Sandru Sofia Moro	23284936	C. external

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
31 07 20				X		X							Sandru
01 08 20				X		X							Sandru
03 08 20				X		X							Sandru
04 08 20				X		X							Sandru
05 08 20				X		X							Sandru
06 08 20				X		X							Sandru
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Sandru Sofia Moro identificado (a) con CC: 23284936, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Dace Sanchez Anderson	1054658720	C. External Rng

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
31 07 20				X									Anderson (Dace)
02 08 20				X									Anderson (Dace)
04 08 20				X									Anderson (Dace)
05 08 20				X									Anderson (Dace)
06 08 20				X									Anderson (Dace)
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Anderson Dace Sanchez identificado (a) con CC: 1054658720 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Flora María Monica Pardo	<b>Cédula</b> 109966557	<b>Unidad</b> Cecena Ambiental
--	----------------------------	-----------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
31 07 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-	COOFA
03 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	COOFA
04 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	COOFA
05 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	COOFA
06 08 20	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	COOFA
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															

Yo, Monica Flora P Identificado (a) con CC: 109966557 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Yoly Patricia Ovalle P	<b>Cédula</b> 23324561	<b>Unidad</b> Jersalud -Tunda
--	---------------------------	----------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas					
31 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Yoly Patricia Ovalle P
30 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	Yoly Patricia Ovalle P
4 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Yoly Patricia Ovalle P
5 8 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Yoly Patricia Ovalle P
6 8 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Yoly Patricia Ovalle P
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															

Yo, Yoly Patricia Ovalle P Identificado (a) con CC: 23324561 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 018000910333





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Zipa Vargas Giselle Andrea	<b>Cédula</b> 1. 049 647 500	<b>Unidad</b> consulta externa Administrativo
--	---------------------------------	--

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias			
30 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Giselle Andrea Zipa
01 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Giselle Andrea Zipa
03 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		Giselle Andrea Zipa
04 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Giselle Andrea Zipa
05 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Giselle Andrea Zipa
06 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Giselle Andrea Zipa
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Giselle Andrea Zipa Vargas Identificado (a) con CC: 1.049.647.500 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Diana Yanira Ibañez Diaz	<b>Cédula</b> 33377 254	<b>Unidad</b> Consulta externa
--	----------------------------	-----------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias			
31 07 20	X			X					X				Diana Ibañez
01 08 20	X			X					X				Diana Ibañez
03 08 20	X			X					X				Diana Ibañez
04 08 20	X			X					X				Diana Ibañez
05 08 20	X			X					X				Diana Ibañez
06 08 20	X			X					X				Diana Ibañez
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Diana Yanira Ibañez Diaz Identificado (a) con CC: 33377254 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Jennifer Matus Lopez	<b>Cédula</b> 1049639115	<b>Unidad</b> Asistencia
--	-----------------------------	-----------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
31 09 20				+								Jennifer Matus
03 08 20				+					X			Jennifer Matus
09 08 20				+								Jennifer Matus
05 08 20				+								Jennifer Matus
06 08 20				+								Jennifer Matus
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Jennifer Matus Lopez Identificado (a) con CC: 1049639115, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Betancor Beberia Zulmarith	<b>Cédula</b> 1052399313	<b>Unidad</b> c/Externa
--	-----------------------------	----------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
31 09 20				X					X			Zulmarith Betancor
01 09 20				X								Zulmarith Betancor
03 08 2020				X								Zulmarith Betancor
04 08 2020				X								Zulmarith Betancor
05 08 2020				X								Zulmarith Betancor
06 08 2020				X								Zulmarith Betancor
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Zulmarith Betancor B Identificado (a) con CC: 1052399313, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <i>Rojas Ospina Juan Alfonso</i>	<b>Cédula</b> <i>1019064127</i>	<b>Unidad</b> <i>ADM</i>
--	------------------------------------	-----------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
31 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	TAPABOCAS	<i>Juan Alfonso Rojas</i>
01 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	TAPABOCAS	<i>Juan Alfonso Rojas</i>
03 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	TAPABOCAS	<i>Juan Alfonso Rojas</i>
24 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	TAPABOCAS	<i>Juan Alfonso Rojas</i>
25 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	TAPABOCAS	<i>Juan Alfonso Rojas</i>
26 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	TAPABOCAS	<i>Juan Alfonso Rojas</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Juan Alfonso Rojas Ospina Identificado (a) con CC: 1019064127, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> <i>Rodriguez Boyaca Maria Cecilia</i>	<b>Cédula</b> <i>1.049625040</i>	<b>Unidad</b> <i>Consulta Externa</i>
---	-------------------------------------	--

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
31 07 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>Maria Cecilia Rodriguez</i>
01 08 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>Maria Cecilia Rodriguez</i>
03 08 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>Maria Cecilia Rodriguez</i>
04 08 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>Maria Cecilia Rodriguez</i>
05 08 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>Maria Cecilia Rodriguez</i>
06 08 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>Maria Cecilia Rodriguez</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Maria Cecilia Rodriguez Identificado (a) con CC: 1.049625040, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Central Nacional: 018000910332  
 VIGILADO





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Neily Graciela Calvo Draz	<b>Cédula</b> 1049413869	<b>Unidad</b> Tunja
---	-----------------------------	------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollainas		
06 08 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado (a) con CC: \_\_\_\_\_, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Julian Moreno Sanchez	<b>Cédula</b> 10 49 658 796	<b>Unidad</b> Tunja
---	--------------------------------	------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollainas		
03 08 20				X					X			
04 08 20				X					X			
05 08 20				X					X			
06 08 20				X					X			
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado (a) con CC: \_\_\_\_\_, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Central Nacional: 018000910303  
 VIGILADO



	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Maria Cecilia Sepulveda	<b>Cédula</b> 63312376	<b>Unidad</b> TUNSA
---	---------------------------	------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelainas		
03/08/20				X					X			<i>[Signature]</i>
04/08/20				X								<i>[Signature]</i>
05/08/20				X								<i>[Signature]</i>
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado (a) con CC: \_\_\_\_\_, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> MONROY ESTEBAN CELY DAYANA	<b>Cédula</b> 1048896095	<b>Unidad</b> TUNSA
--	-----------------------------	------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelainas		
03/08/20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		<i>Dayana G.</i>
04/08/20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>Dayana G.</i>
05/08/20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>Dayana G.</i>
06/08/20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		<i>Dayana G.</i>
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												
DD/MM/AA												

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado (a) con CC: \_\_\_\_\_, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Correo Nacional, 01800019033  
**VIGILADO**





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Johana Vargas	<b>Cédula</b> 1056800607	<b>Unidad</b> TUNJA
---	-----------------------------	------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poinais		
03 08 20				X						X		Johana V
04 08 20				X								Johana V
05 08 20				X								Johana V.
06 08 20				X								Johana V.
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado (a) con CC: \_\_\_\_\_, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Erika Jhana Rosigas Agüero	<b>Cédula</b> 1022403488	<b>Unidad</b> Administrativa
--	-----------------------------	---------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Poinais		
31 07 20				X						X		Erika Rosigas
01 08 20				X						X		Erika Rosigas
03 08 20				X						X		Erika Rosigas
04 08 20				X						X		Erika Rosigas
05 08 20				X						X		Erika Rosigas
06 08 20				X						X		Erika Rosigas
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Erika Jhana Rosigas Agüero Identificado (a) con CC: 1022403488, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Jenny Gabriela Sánchez Martínez	1052314070	Administrativa

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
31 07 20				X									Jenny Sánchez
01 08 20				X					X				Jenny Sánchez
03 08 20				X									Jenny Sánchez
04 08 20				X									Jenny Sánchez
05 08 20				X									Jenny Sánchez
06 08 20				X									Jenny Sánchez
07 08 20				X									Jenny Sánchez
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Jenny Gabriela Sánchez Martínez Identificado (a) con CC: 1052314070, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Daniela Suárez Ruano	1002340134	Administrativa

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
31 07 20				X									Daniela Suárez
01 08 20				X									Daniela Suárez
03 08 20				X					X				Daniela Suárez
04 08 20				X									Daniela Suárez
05 08 20				X									Daniela Suárez
06 08 20				X									Daniela Suárez
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Daniela Suárez Ruano Identificado (a) con CC: 1002340134, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000190303  
 VIGILADO



	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<i>Rojas Camargo María Paula</i>	<i>1049632802</i>	<i>Administrativo</i>

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollainas		
<i>31 07 20</i>				X								<i>María Paula Rojas Camargo</i>
<i>01 08 20</i>				X								<i>María Paula Rojas Camargo</i>
<i>03 08 20</i>				X					X			<i>María Paula Rojas Camargo</i>
<i>04 08 20</i>				X								<i>María Paula Rojas Camargo</i>
<i>05 08 20</i>				X								<i>María Paula Rojas Camargo</i>
<i>06 08 20</i>				X								<i>María Paula Rojas Camargo</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, *María Paula Rojas Camargo* Identificado (a) con CC: *1049632802*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

#### 4.1.2 Entrega elementos de protección personal sede Duitama

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<i>Orlando Gutierrez</i>	<i>91244689</i>	

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollainas		
<i>29 7 20</i>	<i>1</i>			<i>4</i>					<i>1</i>			<i>Orlando Gutierrez</i>
<i>27 7 20</i>	<i>5</i>			<i>5</i>					<i>5</i>			<i>Orlando Gutierrez</i>
<i>29 7 20</i>	<i>2</i>			<i>2</i>		<i>2</i>			<i>2</i>		<i>1 Respirador M500</i>	<i>Orlando Gutierrez</i>
<i>30 8 20</i>	<i>4</i>			<i>4</i>					<i>4</i>			<i>Orlando Gutierrez</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, *Orlando Gutierrez* Identificado (a) con CC: *91244689*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Fajardo Sarino Angeli Dorely	<b>Cédula</b> 24167247	<b>Unidad</b> Asistencial
--	---------------------------	------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
29/04/2020	✓			✓					✓		5 Gorros 5 tapabocas	Angeli Fajardo Sarino
03/05/2020	✓			✓					✓		1 Gorro 4 tapabocas	Angeli Fajardo Sarino
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Angeli Dorely Fajardo Sarino Identificado (a) con CC: 24167247, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Evarun Lucia Cepeda Higueras	<b>Cédula</b> 1052410687	<b>Unidad</b> Administrativa
--	-----------------------------	---------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28/05/2020	X			X					X		3 tapabocas - 1 bata des	Evarun Cepeda Higueras
01/06/2020	X			X					X		5 tapabocas - 1 bata	Evarun Cepeda Higueras
08/06/2020	X			X					X		5 tapabocas - 1 bata	Evarun Cepeda Higueras
16/06/2020	X			X					X		2 tapabocas - 1 cofia	Evarun Cepeda Higueras
23/06/2020	X			X					X		1 cofia - 4 tapabocas - 1 bata	Evarun Cepeda Higueras
30/06/2020	X			X					X		5 tapabocas - bata - cofia	Evarun Cepeda Higueras
06/07/2020	X			X					X		5 tapabocas - bata - cofia	Evarun Cepeda Higueras
13/07/2020	X			X					X		5 tapabocas - bata - cofia	Evarun Cepeda Higueras
21/07/2020	X			X					X		1 cofia 4 tapabocas	Evarun Cepeda Higueras
27/07/2020	X			X					X		1 cofia 5 tapabocas 7 bata	Evarun Cepeda Higueras
03/08/2020	X			X					X		4 tapabocas - 1 cofia - 7 bata	Evarun Cepeda Higueras
DD MM AA												

Yo, Evarun Lucia Cepeda Higueras Identificado (a) con CC: 1052410687, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Velasco Lara Naveal David	1053605215	Asistencial

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01 08 20	X			4					X			Ninguna	
02 08 20	X			4					X				
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Naveal David Velasco Lara Identificado (a) con CC: 1053605215, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Zabala Mancipe Lina Isabel	46669839	Asistencial

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01 08 20	X			X					X			↓ Tapabocas - ↓ bata - ↓ careta	
02 08 20	X			X					X			4 Tapabocas - ↓ bata - ↓ careta	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Lina Isabel Zabala Mancipe Identificado (a) con CC: 46669839, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Pino Guica Sonia Mabel	cc: 33365493	Asistencial

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
27 07 20	X			X							X	4 tapabocas	<i>[Signature]</i>
05 08 20	X			X							X	4 tapabocas	<i>[Signature]</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Sonia Mabel Pino identificado (a) con CC: 33365493, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Lina M. Araque	46672428	

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 06 20	X			X							X	.	Lina M.
23 06 20	X			X							X	5 Tapabocas	Lina M.
30 06 20	X			X							X	4 Tapabocas	Lina M.
06 07 20	X			X							X	6 Tapabocas	Lina M.
13 07 20	X			X							X	5 Tapabocas	Lina M.
21 07 20	X			X							X	5 Tapabocas	Lina M.
27 07 20	X			X							X	6 Tapabocas	Lina M.
3 08 20	X			X							X	5 Tapabocas	Lina M.
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Lina M. Araque identificado (a) con CC: 46672428, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Central Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Triana Triana Hiday	46458143	Duitama

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
16 06 20	X			X							X	2 Tapabocas	[Firma]
23 06 20	X			X							X	4 Tapabocas	[Firma]
30 06 20				X							X	5 Tapabocas	[Firma]
06 07 20				X							X	5 Tapabocas	[Firma]
13 07 20				X							X	6 Tapabocas	[Firma]
27 07 20				X							X	4 Tapabocas	[Firma]
27 07 20	X			X							X	6 Tapabocas	[Firma]
03 08 20	X			X							X	4 Tapabocas	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Hiday Triana Identificado (a) con CC: 46458143, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Acero Martinez Diana Patricia	46456247	Duitama

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
30 06 20				X							X	1 bata 5 tapabocas	DIANA ACERO
06 07 20				X							X	1 bata 5 tapabocas	DIANA ACERO
13 07 20				X							X	1 bata 6 tapabocas	DIANA ACERO
21 07 20				X							X	1 bata 4 tapabocas	DIANA ACERO
27 07 20	X			X							X	5 batas 5 tapabocas	DIANA ACERO
03 08 20				X							X	1 bata 4 tapabocas	DIANA ACERO
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Diana Patricia Acero M Identificado (a) con CC: 46456247, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> DECAO DIANA DIANA MARCELA	<b>Cédula</b> 1053608206	<b>Unidad</b> DEPARTAMENTO COYTAMA
---	-----------------------------	---------------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
07/06/20				X					X		6 Tapabocas, 1 BATA	DIANA C.
08/06/20				X					X		5 Tapabocas, 1 BATA	DIANA C.
16/06/20				X					X		2 Tapabocas, 1 BATA	DIANA C.
23/06/20				X					X		4 Tapabocas, 1 BATA	DIANA C.
30/06/20				X					X		5 Tapabocas, 1 BATA	DIANA C.
07/07/20				X					X		5 Tapabocas 1 BATA	DIANA C.
18/07/20				X					X		6 Tapabocas 1 BATA	DIANA C.
24/07/20	X			X					X		4 Tapabocas 1 BATA	DIANA C.
28/07/20	X			X					X		5 Tapabocas 1 BATA	DIANA C.
29/07/20	X			X					X		4 Tapabocas 1 BATA	DIANA C.
30/07/20	X			X					X		4 Tapabocas 1 BATA	DIANA C.
DD	MM	AA										
DD	MM	AA										

Yo, DIANA DECAO Identificado (a) con CC: 1053608206, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Arendano Esgueta Gloria Isabel	<b>Cédula</b> 1049628122	<b>Unidad</b> Quintero L
--	-----------------------------	-----------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
26/08/20	X			X					X		Tapabocas 4 Bata 1 gorro	[Firma]
04/08/20	X			X					X		Tapabocas 5 Bata 1 gorro	[Firma]
09/08/20	X			X					X		Tapabocas 6 1 Bata	[Firma]
16/08/20	X			X					X		Tapabocas 4 1 Bata	[Firma]
23/08/20	X			X					X		Tapabocas 5 1 Bata	[Firma]
30/08/20	X			X					X		Tapabocas 4 1 Bata	[Firma]
06/09/20	X			X					X		Tapabocas 6 1 Bata	[Firma]
13/09/20	X			X					X		Tapabocas 5 1 Bata	[Firma]
24/09/20	X			X					X		Tapabocas 5 1 Bata	[Firma]
29/09/20	X			X					X		Tapabocas 6 1 Bata	[Firma]
03/09/20	X			X					X		Tapabocas 5 1 Bata	[Firma]
DD	MM	AA										

Yo, Gloria Isabel Arendano Identificado (a) con CC: 1049628122, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

VIGILADO  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Central Nacional: 018000910332





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
RODRIGUEZ NANCY LENY	79 536 444	Asistencial

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
13 04 2020	✓			6					1		Tapabocas HG	[Firma]
20 04 2020	✓			4					1		Tapabocas H4	[Firma]
27 04 2020	✓			5					1		Tapabocas HF	[Firma]
03 08 2020	✓			4					1		Tapabocas H4	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, LENY RODRIGUEZ NANCY Identificado (a) con CC: 79 536 444, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
NANCY RODRIGUEZ	23323980	Asistencial

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
27 04 20	✓			✓					✓		3 de 90	[Firma]
30 08 20	✓			✓					✓		3 de 90	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Nancy Rodríguez Identificado (a) con CC: 23323980, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 VIGILADO



4.1.3 Entrega elementos de protección personal sede Soğamoso

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
HERNANDEZ HERNANDEZ DEISY CAMILA	1.049631798	Soğamoso J.C.

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Coifa	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
03/08/20				X					X					(Handwritten signature)
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Deisy Camila Hernandez H. Identificado (a) con CC: 1.049631798, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Cely Pérez Sergio Ricardo	74.08349	Edmundo

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Coifa	Monografía de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas				
03/08/20	X			X					X					Sergio Cely
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Sergio Cely Paéz Identificado (a) con CC: 74.08349, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**



	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Benavides P. Maria Constanza	<b>Cédula</b> 46370222	<b>Unidad</b> Seguridad
--	---------------------------	----------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)			Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
DD	MM	AA	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
30	08	2020				X					X			epp.	MCConstanza B
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													

Yo, MCConstanza Benavides identificado (a) con CC: 46370222, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Camillo Lopez Cesar	<b>Cédula</b> 9530770	<b>Unidad</b> Seguridad
---	--------------------------	----------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)			Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
DD	MM	AA	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
30	08	20				X					X				Camillo Lopez
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													

Yo, Cesar Camillo identificado (a) con CC: 9530770, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**



	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Malaver Auedazo Sandra</u>	<u>46672546</u>	

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofre	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
13 08 20				X						X	Elementos EPP	<u>Sandra Malaver A.</u>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Sandra Malaver A. identificado (a) con CC: 46672546, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y **ME COMPROMETO** a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, **Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.**

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Díaz Moraqui Brigitte Dayra</u>	<u>1057571E1</u>	<u>Socumaso</u>

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofre	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
13 08 20	X			X						X	EPP	<u>Brigitte Díaz Moraqui</u>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Brigitte Díaz Moraqui identificado (a) con CC: 1057571E1, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y **ME COMPROMETO** a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, **Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.**

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**



	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos <u>Leidi Ruth Gaitán Vergas</u>	Cédula <u>1088274257</u>	Unidad <u>Sogamoso</u>
--	-----------------------------	---------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
<u>03</u> <u>08</u> <u>20</u>	X			X					X			EPP	<u>Leidi Ruth Gaitán</u>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Leidi Ruth Gaitán Vergas identificado (a) con CC: 1088274257, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
	Versión: 3
	ago-19
	1 de 1

Apellidos y Nombres Completos <u>MILENA ANDREA QUINTERO TERRES</u>	Cédula <u>46455020</u>	Unidad <u>JERSALUD SOGAMOSO</u>
---	---------------------------	------------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
<u>03</u> <u>08</u> <u>2020</u>	X			X					X			EPP	<u>MILENA QUINTERO</u>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, MILENA QUINTERO identificado (a) con CC: 46455020, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
	Versión: 3
	ago-19
	1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Daisy Vargas Parera	<b>Cédula</b> 1057585417	<b>Unidad</b> Seguros
---	-----------------------------	--------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
Fecha (DD/MM/AA)	Cofre	Monopie de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas
03/08/20				X					X		EPP	Daisy Vargas
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Daisy Vargas B identificado (a) con CC: 1057585417, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y **ME COMPROMETO** a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo:

<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
	Versión: 3
	ago-19
	1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Ana Romero López	<b>Cédula</b> 46366915	<b>Unidad</b> Seguros
--	---------------------------	--------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
Fecha (DD/MM/AA)	Cofre	Monopie de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas
03/08/20	X			X					X		EPP	Ana Romero
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Ana Romero López identificado (a) con CC: 46366915, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y **ME COMPROMETO** a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Central Nacional: 018000910303  
 VIGILADO

<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
	Versión: 3
	ago-19
	1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Olida de Aguas	<b>Cédula</b> 32 775986	<b>Unidad</b> Jogamoso
--	----------------------------	---------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Elementos De Protección Personal												Observaciones	Firma		
Fecha (DD/MM/AA)			Cofia	Monogüta de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas	
08	08	20				X								epp	X [Signature]
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													

Yo, Olida de Aguas identificado (a) con CC: 32 775986 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
	Versión: 3
	ago-19
	1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Sebastián Rivera Gutiérrez	<b>Cédula</b> 1049614089	<b>Unidad</b> Jogamoso
--	-----------------------------	---------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Elementos De Protección Personal												Observaciones	Firma		
Fecha (DD/MM/AA)			Cofia	Monogüta de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas	
03	08	20	X			X					X			EPP	[Signature]
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													

Yo, Sebastián Rivera Gutiérrez identificado (a) con CC: 1049614089 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**





4.1.4 Entrega elementos de protección personal sede Chiquinquirá

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
--	---------------	---------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
03 08 2020	X			X					X				Erika Saucedo
04 08 2020				X									Erika Saucedo
05 08 2020				X									Erika Saucedo
06 08 2020				X									Erika Saucedo
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado (a) con CC: \_\_\_\_\_, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> JENNIFER KATERINE BALLEEN ROMERO	<b>Cédula</b> 1002526470	<b>Unidad</b> Chiquinquirá
--	-----------------------------	-------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01 08 2020				X									Jennifer Ballén
03 08 2020	X			X					X				Jennifer Ballén
04 08 2020				X									Jennifer Ballén
05 08 2020				X									Jennifer Ballén
06 08 2020				X									Jennifer Ballén
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado (a) con CC: \_\_\_\_\_, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 018000910333



	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO		

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólmolas					
03 08 2020	X			X					X						Jackeline B
04 08 2020				X											Jackeline B
05 08 2020				X											Jackeline B
06 08 2020				X											Jackeline B
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado (a) con CC: \_\_\_\_\_, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	1053340626	

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma		
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pólmolas					
01 08 2020				X											Shirley
03 08 2020	X			X					X						Shirley
04 08 2020				X											Shirley
05 08 2020				X											Shirley
06 08 2020				X											Shirley
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															
DD MM AA															

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado (a) con CC: \_\_\_\_\_, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIJACA	1053.348.119	Chiquinquira

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelainas		
04 08 2020				X								
03 08 2020				X								
04 08 2020	X			X						X		
05 08 2020				X								
06 08 2020				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado (a) con CC: \_\_\_\_\_, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	1053338976	Chiquinquira

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelainas		
01 08 2020				X								
03 08 2020	X			X						X		
04 08 2020				X								
05 08 2020				X								
06 08 2020	X			X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado (a) con CC: \_\_\_\_\_, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 01800019033





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ		

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelainas		
01 08 2020				X								Melissa C
03 08 2020	X			X					X			Melissa C
04 08 2020				X								Melissa C
05 08 2020				X								Melissa C
06 08 2020				X								Melissa C
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado (a) con CC: \_\_\_\_\_, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
SAMIRA LUCERO CASTELLANOS CAICEDO	23.730.499	Chiquinquirá

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelainas		
01 08 20				X								Samira C
03 08 20	X			X					X			Samira C
04 08 20				X								Samira C
05 08 20				X								Samira C
06 08 20				X								Samira C.
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado (a) con CC: \_\_\_\_\_, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Línea Correo Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Ingrith Natalia Lozano Buitago	<b>Cédula</b> 102522 198	<b>Unidad</b>
--	-----------------------------	---------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogate de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pollinas			
04 08 2020	X			X						X			<i>Ingrith</i>
05 08 2020				X									<i>Ingrith</i>
06 08 2020				X									<i>Ingrith</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado (a) con CC: \_\_\_\_\_, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

**4.1.5 Entrega elementos de protección personal sede Garagoa**

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Barredo Anita Fanny Nailyeny	<b>Cédula</b> 33676330	<b>Unidad</b> Garagoa
--	---------------------------	--------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogate de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Pollinas			
31 7 2020	X		X	X		X				X			<i>Anita</i>
3 8 2020	X		X	X		X				X			<i>Anita</i>
4 8 2020	X		X	X		X				X			<i>Anita</i>
5 8 2020	X		X	X		X				X			<i>Anita</i>
6 8 2020	X		X	X		X				X			<i>Anita</i>
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Anita Fanny Barredo Julia Identificado (a) con CC: 33676330 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Castillo Morales Jedy Andrea</u>	<u>1048846141</u>	<u>Gerencia</u>

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
31 07 2020	✓			✓					✓				Jedy Castillo
03 08 2020	✓			✓					✓				Jedy Castillo
04 08 2020	✓			✓					✓				Jedy Castillo
05 08 2020	✓			✓					✓				Jedy Castillo
06 08 2020	✓			✓					✓				Jedy Castillo
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Jedy Andrea Castillo Identificado (a) con CC: 1048846141, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Comelo Suarez Mary</u>	<u>33676746</u>	<u>Gerencia</u>

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
31 07 2020	X			X					X				Mary Comelo Suarez
03 08 2020	X			X					X				Mary Comelo Suarez
04 08 2020	X			X					X				Mary Comelo Suarez
05 08 2020	X			X					X				Mary Comelo Suarez
06 08 2020	X			X					X				Mary Comelo Suarez
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Mary Comelo Suarez Identificado (a) con CC: 33676746, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Línea de Atención al Cliente: 018000910302  
**VIGILADO**





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<i>Armando I. Dominguez Martinez</i>	<i>531407</i>	<i>Garage</i>

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
03-08-20		X		X	X	X			X	X			
04-08-20		X		X	X	X			X	X			
05-08-20		X		X	X	X			X	X			
06-08-20		X		X	X	X			X	X			
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, *Armando I. Dominguez Martinez* identificado (a) con CC: *531407*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
<i>Gantiva Diana Polo</i>	<i>102052786</i>	<i>Garage</i>

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
31-08-20	X	X	X	X	X	X			X	X			
03-08-20	X	X	X	X	X	X			X	X			
04-08-20	X	X	X	X	X	X			X	X			
05-08-20	X	X	X	X	X	X			X	X			
06-08-20	X	X	X	X	X	X			X	X			
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, *Diana Gantiva* identificado (a) con CC: *102052786*, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910332  
 Línea de Control Normativo: 018000910333  
**VIGILADO**



4.1.6 Entrega elementos de protección personal sede Guateque

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos <u>Daniela Castro</u>	Cédula <u>1099799152</u>	Unidad <u>Asistencial</u>
--	-----------------------------	------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas		
31 07 20	X	X	X	X								<u>Daniela Castro</u>
1 08 20	X	X	X	X								<u>Daniela Castro</u>
3 08 20	X	X	X	X								<u>Daniela Castro</u>
4 08 20	X	X	X	X								<u>Daniela Castro</u>
5 08 20	X	X	X	X								<u>Daniela Castro</u>
6 08 20	X	X	X	X								<u>Daniela Castro</u>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Daniela Castro Identificado (a) con CC: 1099799152, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos <u>Carranza Rodriguez Victor Manuel</u>	Cédula <u>74.282.816</u>	Unidad <u>Farmacía</u>
--	-----------------------------	---------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas		
31 07 2020	X			X					X			<u>Victor Manuel Carranza R</u>
01 08 2020	X			X					X			<u>Victor Manuel Carranza R</u>
02 08 2020	X			X					X			<u>Victor Manuel Carranza R</u>
03 08 2020	X			X					X			<u>Victor Manuel Carranza R</u>
04 08 2020	X			X					X			<u>Victor Manuel Carranza R</u>
05 08 2020	X			X					X			<u>Victor Manuel Carranza R</u>
06 08 2020	X			X					X			<u>Victor Manuel Carranza R</u>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Victor Manuel Carranza R Identificado (a) con CC: 74.282.816, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 02000910333  
**VIGILADO**





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Munoz Pamela Uly Munoz	7014108887	Administrativa

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cefia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
31 07 20	X			X					X			
01 08 20	X			X					X			
03 08 20	X	X		X		X			X			
04 08 20	X			X					X			
05 08 20	X			X					X			
06 08 20	X			X					X			
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Uly Marcela Munoz P. Identificado (a) con CC: 7014108887, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Pupo Moreno Melissa	1045725343	Asistencial

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cefia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
31 07 20			X	X		X			X			
01 08 20			X	X		X			X			
03 08 20			X	X		X			X			
04 08 20			X	X		X			X			
05 08 20			X	X		X			X			
06 08 20			X	X		X			X			
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Melissa Pupo Moreno Identificado (a) con CC: 1045725343, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**





4.1.7 Entrega elementos de protección personal sede Moniquirá

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
BLANCO ARENAS IVONNE ANDREA	63529281	MONIQUIRA

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
03 08 20				X								
04 08 20				X								
05 08 20				X								
06 08 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, IVONNE A. BLANCO ARENAS Identificado (a) con CC: 63529281, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
NARVAEZ RUIZ MARCELA SOFIA	63362434	MONIQUIRA

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
03 08 20				X								
04 08 20				X								
05 08 20				X								
06 08 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Marcela Narvaez Ruiz Identificado (a) con CC: 63362434, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 01800019033  
VIGILADO



	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
SAENZ RUIZ LEIDY YASMITH	1054682570	MONIQUIRA

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NB5 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Beta desechable	Polainas		
03 08 20				X					X			Leidy Saenz
04 08 20				X								Leidy Saenz
05 08 20				X								Leidy Saenz
06 08 20				X								Leidy Saenz
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Leidy Yasmin Saenz Identificado (a) con CC: 1054682570, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
GARCIA ARIAS DEISY JANETH	53081059	MONIQUIRA

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NB5 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Beta desechable	Polainas		
03 08 20				X					X			Deisy Garcia
04 08 20				X								Deisy Garcia
05 08 20				X								Deisy Garcia
06 08 20				X								Deisy Garcia
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Deisy Janeth Garcia Identificado (a) con CC: 53081059, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> ANA SILVIA PEÑA NARVAEZ	<b>Cédula</b> 23783002	<b>Unidad</b> MONQUIRA
---	---------------------------	---------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
03 08 20				X					X			Silvia P.
04 08 20				X								Silvia P.
05 08 20				X								Silvia P.
06 08 20				X								Silvia P.
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Ana Silvia Peña Narvaez Identificado (a) con CC: 23783002, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

**4.1.8 Entrega elementos de protección personal sede Soatá**

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	<b>Cédula</b> 1140868607	<b>Unidad</b> JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ
---	-----------------------------	--

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
30 7 2020					1		2					<i>[Signature]</i>
1 8 2020					1							<i>[Signature]</i>
3 8 2020	1				1		2		1		uso de N95 Exclusivo para atención de pacientes presenciales uso de respirador M500 con filtro M400	<i>[Signature]</i>
4 8 2020					1		3					<i>[Signature]</i>
5 8 2020					1		2					<i>[Signature]</i>
8 8 2020					1		2					<i>[Signature]</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Maria Paula Campos Identificado (a) con CC: 1140868607, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800019333  
**VIGILADO**





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	23452508	JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas				
01/08/2019					1		2							<i>Flor Isabel Serrano</i>
02/08/2019					1									<i>Flor Isabel Serrano</i>
03/08/2019	1				1	1	1				1	N95 Para uso exclusivo de toma de muestras de laboratorio		<i>Flor Isabel Serrano</i>
04/08/2019					1		2							<i>Flor Isabel Serrano</i>
05/08/2019					1		1							<i>Flor Isabel Serrano</i>
06/08/2019					1									<i>Flor Isabel Serrano</i>
07/08/2019					1									<i>Flor Isabel Serrano</i>

Yo, Flor Isabel Serrano Avendaño Identificado (a) con CC: 23452508, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
DEISY LILIANA ESTEVES	1052020668	JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas				
01/08/2019					1		1							<i>Deisy Liliana Esteves</i>
02/08/2019					1									<i>Deisy Liliana Esteves</i>
03/08/2019	1				1		2				1	N 95 Para uso exclusivo para atención de pacientes en consulta de manera presencial uso de M500 con filtro M400		<i>Deisy Liliana Esteves</i>
04/08/2019					1		1							<i>Deisy Liliana Esteves</i>
05/08/2019					1									<i>Deisy Liliana Esteves</i>
06/08/2019					1									<i>Deisy Liliana Esteves</i>

Yo, Deisy Liliana Esteves Identificado (a) con CC: 1052020668, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Coram Nacional: 01800010303  
VIGILADO



	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos
ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR

Cédula
24080048

Unidad
JERSALUD S.A.S SEDE SOATÁ

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Pelainas
30	7	2020										<i>Alix Acevedo</i>
1	8	2020										<i>Alix Acevedo</i>
3	8	2020	1							1		<i>Alix Acevedo</i>
4	8	2020										<i>Alix Acevedo</i>
5	8	2020										<i>Alix Acevedo</i>
6	8	2020										<i>Alix Acevedo</i>
03	09	2020										
03	09	2020										
03	09	2020										
03	09	2020										

Yo, Alix Margarita Acevedo Salazar identificado (a) con CC: 24080048, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800010333





4.2 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Meta

4.2.1 Entrega elementos de protección personal sede Villavicencio

		<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>										F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1			
<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Guerrero S. César Armando				<b>Cédula</b> 1082774101				<b>Unidad</b> Com. S. de Med. Familiar.							
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 179 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.															
Fecha (DD/MM/AA)		Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
1	8	2020	Cofia	Monopis de seguridad	Casco de seguridad	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Pañales	
3	8	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-			
4	8	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-			
5	8	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-			
6	8	2020	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-			
7	8	2020													
8	8	2020													
10	8	2020													
11	8	2020													
12	8	2020													
13	8	2020													
14	8	2020													
15	8	2020													
Yo, <u>César Armando Guerrero</u> Identificado (a) con CC: <u>1082774101</u> , Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.															

		<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>										F(GTH)033 Versión: 3 ago-19 1 de 1			
<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Bustos Consuelo Sandra				<b>Cédula</b> 4044096				<b>Unidad</b> Asistencial							
Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 179 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.															
Fecha (DD/MM/AA)		Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
1	8	2020	Cofia	Monopis de seguridad	Casco de seguridad	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Pañales	
3	8	2020				X									
4	8	2020													
5	8	2020													
6	8	2020													
7	8	2020													
8	8	2020													
10	8	2020													
11	8	2020													
12	8	2020													
13	8	2020													
14	8	2020													
15	8	2020													
Yo, <u>Sandra Consuelo Bustos</u> Identificado (a) con CC: <u>4044096</u> , Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.															





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19 1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Joly Carolina Rojas Herrera	40326034	Consulta Externa

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 888 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Mascarilla de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas reutilizable con válvula	Gauntos de látex	Gauntos de nitrilo	Gauntos de nylon	Bata desechable	Palmas			
1 8 2020													
3 8 2020	✓	✓	—	✓	✓	✓	—	—	✓	—	Kit Consultorio 2		
4 8 2020	✓	✓	—	✓	✓	✓	—	—	✓	—	Kit consultorio 2		
5 8 2020	✓	✓	—	✓	✓	✓	—	—	✓	—	Kit consultorio 2		
6 8 2020	✓	✓	—	✓	✓	✓	—	—	✓	—	Kit consultorio 2		
7 8 2020													
8 8 2020													
10 8 2020													
11 8 2020													
12 8 2020													
13 8 2020													
14 8 2020													
15 8 2020													

Yo, Joly Carolina Rojas H. identificado (a) con CC: 40326034, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19 1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Gomez Ivan Darwin Miguel	1121829779	Consulta Externa

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 888 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, lo estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Mascarilla de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas reutilizable con válvula	Gauntos de látex	Gauntos de nitrilo	Gauntos de nylon	Bata desechable	Palmas			
1 8 2020													
3 8 2020	X	X		X	X	X			X		Ivan Gomez Ivan Gomez Ivan Gomez Ivan Gomez		
4 8 2020	X	X		X	X	X			X				
5 8 2020	X	X		X	X	X			X				
6 8 2020	X	X		X	X	X			X				
7 8 2020													
8 8 2020													
10 8 2020													
11 8 2020													
12 8 2020													
13 8 2020													
14 8 2020													
15 8 2020													

Yo, Darwin Miguel Gomez identificado (a) con CC: 1121829779, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910333  
 Línea de Atención al Cliente: 018000910333  
**VIGILADO**



	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Jose Ramon Ramirez	<b>Cédula</b> 86080094	<b>Unidad</b> Cons. Ext. Psicología
--	---------------------------	--

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 086 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.8.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal:

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Café	Monopara de seguridad	Casaca desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas reutilizables con válvula	Gauchos de látex	Gauchos de nitrilo	Gauchos de nylon	Bata desechable	Polainas				
1 8 2020														
3 8 2020		X	-	X	X	X	-	-	X	-		Consulta virtual		
4 8 2020		X	-	X	X	X	-	-	X	-		Consulta virtual		
6 8 2020		X	-	X	X	X	-	-	X	-		Consulta virtual		
8 8 2020		X	-	X	X	X	-	-	X	-		Consulta virtual		
8 8 2020														
10 8 2020														
11 8 2020														
12 8 2020														
13 8 2020														
14 8 2020														
15 8 2020														

yo, Jose Ramon R. identificado (a) con CC: 86.080.094, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Yuli Beltran Montes	<b>Cédula</b> 40218244	<b>Unidad</b> V. Gen.
---	---------------------------	--------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 086 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.8.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal:

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Café	Monopara de seguridad	Casaca desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas reutilizables con válvula	Gauchos de látex	Gauchos de nitrilo	Gauchos de nylon	Bata desechable	Polainas				
1 8 2020														
3 8 2020		+	+	+	+									
4 8 2020		+	+	+	+									
5 8 2020		+	+	+	+									
6 8 2020		+	+	+	+									
7 8 2020		+	+	+	+									
8 8 2020														
10 8 2020														
11 8 2020														
12 8 2020														
13 8 2020														
14 8 2020														
15 8 2020														

yo, Yuli Beltran identificado (a) con CC: 40218244, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 0800097033  
**VIGILADO**



	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19 1 de 1

Apellidos y Nombres Completos <u>Jovanna Corroba</u>	Cédula <u>35263051</u>	Unidad <u>Asistencial</u>
---	---------------------------	------------------------------

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 175 de la Res. 2400 de 1978, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofre	Monogua de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas tela con válvula	Gauchos de látex	Gauchos de nitrilo	Gauchos de nylon	Bata desechable	Polainas				
1 8 2020														
3 8 2020	X	X	X	X	X	X			X					<i>[Signature]</i>
4 8 2020	X	X	X	X	X	X			X					<i>[Signature]</i>
5 8 2020	X	X	X	X	X	X			X					<i>[Signature]</i>
6 8 2020	X	X	X	X	X	X			X					<i>[Signature]</i>
7 8 2020														
8 8 2020														
10 8 2020														
11 8 2020														
12 8 2020														
13 8 2020														
14 8 2020														
15 8 2020														

Yo, Jovanna Corroba identificado (a) con CC: 35263051, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19 1 de 1

Apellidos y Nombres Completos <u>Sandra Rey</u>	Cédula <u>39537576</u>	Unidad <u>VCIO</u>
--	---------------------------	-----------------------

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1978, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cofre	Monogua de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas tela con válvula	Gauchos de látex	Gauchos de nitrilo	Gauchos de nylon	Bata desechable	Polainas				
1 8 2020														
3 8 2020	✓			✓										<i>[Signature]</i>
4 8 2020	✓			✓										<i>[Signature]</i>
5 8 2020														
6 8 2020	✓			✓										<i>[Signature]</i>
7 8 2020														
8 8 2020														
10 8 2020														
11 8 2020														
12 8 2020														
13 8 2020														
14 8 2020														
15 8 2020														

Yo, Sandra Rey identificado (a) con CC: 39.537.576, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 018000910332  
**VIGILADO**





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19 1 de 1

Apellidos y Nombres Completos <u>Nan Puentes</u>	Cédula <u>1010.182.835</u>	Unidad <u>Asistencia</u>
---	-------------------------------	-----------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 962 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 178 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cota	Monopala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas reutilizables	Gauchos de látex	Gauchos de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Palañas		
1 8 2020	X		X			X			X			
3 8 2020	X		X			X			X			
4 8 2020	X		X			X			X			
5 8 2020	X		X			X			X			
6 8 2020	X		X			X			X			
7 8 2020												
8 8 2020												
10 8 2020												
11 8 2020												
12 8 2020												
13 8 2020												
14 8 2020												
15 8 2020												

Yo, Nan Puentes identificado (a) con CC: 1010.182.835. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19 1 de 1

Apellidos y Nombres Completos <u>Tamile Saboga</u>	Cédula <u>40.392.862</u>	Unidad <u>Asistencia</u>
---	-----------------------------	-----------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 962 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 178 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cota	Monopala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas reutilizables	Gauchos de látex	Gauchos de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Palañas		
1 8 2020	/		/	/		/			/			
3 8 2020	/		/	/		/			/			
4 8 2020	/		/	/		/			/			
5 8 2020	/		/	/		/			/			
6 8 2020	/		/	/		/			/			
7 8 2020												
8 8 2020												
10 8 2020												
11 8 2020												
12 8 2020												
13 8 2020												
14 8 2020												
15 8 2020												

Yo, Tamile Saboga identificado (a) con CC: 40.392.862. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Mara Emilee Navarro	1121838406	Asistencia

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1964, Dec. 962 de 1964, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 8 2020												
3 8 2020												
4 8 2020	X			X								Mauricio Molina N
5 8 2020	X			X								
6 8 2020	X			X					X			
7 8 2020												
8 8 2020												
10 8 2020												
11 8 2020												
12 8 2020												
13 8 2020												
14 8 2020												
15 8 2020												

Yo, Mara Emilee Navarro identificado (a) con CC: 1121838406, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Diego Boranquez	1107057334	Atención al Usuario - Box Aéreo

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1964, Dec. 962 de 1964, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Casco desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 8 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
3 8 2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
4 8 2020	L	L	L	L	O	O	O	O	O	O		Diego Boranquez Diego Boranquez Diego Boranquez
5 8 2020	L	L	L	L	O	O	O	O	O	O		
6 8 2020	L	L	L	L	O	O	O	O	O	O		
7 8 2020												
8 8 2020												
10 8 2020												
11 8 2020												
12 8 2020												
13 8 2020												
14 8 2020												
15 8 2020												

Yo, Diego Boranquez identificado (a) con CC: 1107057334, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Tunjano K. Amanda Katherine	<b>Cédula</b> 1.121.848.225	<b>Unidad</b> C. Externa
---	--------------------------------	-----------------------------

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1994, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cable	Monogafas de seguridad	Casaca desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas tipo con válvula	Cuarenta de latex	Cuarenta de nitrilo	Cuarenta de nylon	Bata desechable	Polainas				
1 8 2020														
3 8 2020	✓			✓								✓	✓	Consulta Virtual
4 8 2020	✓			✓								✓	✓	Consulta Virtual
6 8 2020														
6 8 2020														
7 8 2020														
8 8 2020														
10 8 2020														
11 8 2020														
12 8 2020														
13 8 2020														
14 8 2020														
15 8 2020														

Yo, Amanda Tunjano identificado (a) con CC: 1.121.848.225, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Sebastian Falla	<b>Cédula</b> 121916803	<b>Unidad</b> Administrativa
---	----------------------------	---------------------------------

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1994, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal											Observaciones	Firma	
	Cable	Monogafas de seguridad	Casaca desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas tipo con válvula	Cuarenta de latex	Cuarenta de nitrilo	Cuarenta de nylon	Bata desechable	Polainas				
1 8 2020														
X 8 2020	X			X										Sebastian Falla Sebastian Falla Sebastian Falla Sebastian Falla Sebastian Falla
X 8 2020	X			X										
5 8 2020	X			X										
6 8 2020	X	X	X	X										
7 8 2020														
8 8 2020														
10 8 2020														
11 8 2020														
12 8 2020														
13 8 2020														
14 8 2020														
15 8 2020														

Yo, Sebastian Falla identificado (a) con CC: 121916803, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Windy Gaitan	<b>Cédula</b> 1120865481	<b>Unidad</b> Asutencial
--	-----------------------------	-----------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cinta	Monopaga de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
1 8 2020	/												Windy G
3 8 2020	/												Windy G
4 8 2020	/												Windy G
5 8 2020	/												Windy G
6 8 2020	/												Windy G
7 8 2020													
8 8 2020													
10 8 2020													
11 8 2020													
12 8 2020													
13 8 2020													
14 8 2020													
15 8 2020													

Yo, Windy Gaitan, identificado (a) con CC: 1120865481, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Santana Montoya Jhoan	<b>Cédula</b> 1.006.773.318	<b>Unidad</b> Administrativa
---	--------------------------------	---------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cinta	Monopaga de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
05 08 20				X									Jhoan Santana M
06 08 20				X									Jhoan Santana M
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Jhoan Snader Santana Montoya, identificado (a) con CC: 1.006.773.318, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**



	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos <u>Antony Gutierrez</u>	Cédula <u>36.891.468</u>	Unidad <u>Asistencial</u>
--	-----------------------------	------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Capita	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
05 08 20			X	X								se le dio tapabocas (Jersalud) JERSALUD le dio tapabocas.	
06 08 20			X	X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Antony Gutierrez Identificado (a) con CC: 36.891.468, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos <u>Gaston Penagos Windy Janeth</u>	Cédula <u>1.320.865.481</u>	Unidad <u>Asistencial</u>
---	--------------------------------	------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Capita	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
05 08 20				X									
06 08 20				X									
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Windy Janeth Gaston Penagos Identificado (a) con CC: 1.320.865.481, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Villalobos Acosta Dina Luz	1.122.123.786	Asistencial

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas		
05 08 20				X								Dina Luz Villalobos Acosta
06 08 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Dina Luz Villalobos Acosta identificado (a) con CC: 1.122.123.786, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Tellez Caballero Grecia	1.121.846.960	Asistencial

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas		
05 08 20				X								Grecia Tellez Caballero
06 08 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Grecia Tellez Caballero identificado (a) con CC: 1.121.846.960, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

VIGILADO  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 01800019033





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Galindo Parra Paola Andrea	<b>Cédula</b> 1.121.859.254	<b>Unidad</b> Asistencial
--	--------------------------------	------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de lona	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
05/08/20				X									Paola G
06/08/20				X									Paola G
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Paola Andrea Galindo Parra, identificado (a) con CC: 1.121.859.254, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Mora Emibe Navarro A	<b>Cédula</b> 1121838406	<b>Unidad</b> Asistencial
--	-----------------------------	------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de latex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
05/08/20				X									Mora Emibe
06/08/20				X									Mora A
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Mora Emibe Navarro A, identificado (a) con CC: 1121838406, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
PANI MARY BAZQUELO M.	40185190	Vicio

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Colla	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
05 08 20				X								
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												

Yo, PANI MARY BAZQUELO M. Identificado (a) con CC: 40185190 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Melo Gonzalez Karen Fabica	1.121.926.625	Administrativa

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Colla	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
05 08 20				X								
06 08 20				X								
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												
DD DD AA												

Yo, Karen Fabica Melo Gonzalez Identificado (a) con CC: 1.121.926.625 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 01800019383  
**VIGILADO**



	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Bonilla Mendez Maria Jose	1.110.581.358	Administrativa

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
05 08 20		X		X								
06 08 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Maria Jose Bonilla Identificado (a) con CC: 1.110.581.358, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
Caron Peña Jessica Marcela	1.120.502.833	Administrativa

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
05 08 20		X		X								
06 08 20		X		X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Jessica Caron Peña Identificado (a) con CC: 1.120.502.833, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 01800019383





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Londono Quezas Asra Cristina</u>	<u>3.120.504.110</u>	<u>Administrativa</u>

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 962 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
05 08 20		X		X								
06 08 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Asra Cristina Londono Quezas identificado (a) con CC: 3.120.504.110, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Diany Duarte Marías</u>	<u>52921438</u>	<u>Caracas - Administrativo</u>

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 962 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
05 08 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Diany Duarte Marías identificado (a) con CC: 52921438, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

VIGILADO  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Central Nacional: 08000910303



	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GH)033
		Versión: 3
		ago-19 1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Sandra Peñalosa	<b>Cédula</b> 40330585	<b>Unidad</b> Nlco - Admón.
---	---------------------------	--------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofre	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
15 08 20				X								
16 08 20				X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Sandra Peñalosa Peñalosa Tlca Identificado (a) con CC: 40330585 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GH)033
		Versión: 3
		ago-19 1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Miguel Reina Walters	<b>Cédula</b> 1121853253	<b>Unidad</b> Administrativa
--	-----------------------------	---------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofre	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
30 08 20		X		X								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Miguel Angel Reina Walters Identificado (a) con CC: 1121853253 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**





4.2.2 Entrega elementos de protección personal sede Puerto Gaitán

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Liliana Rojas	<b>Cédula</b> 42920473	<b>Unidad</b> Jersalud
---	---------------------------	---------------------------

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art. 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofín	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
30 07 20			X	X								Bono	[Firma]
31 07 20			X	X									
01 08 20			X	X									
03 08 20			X	X									
04 08 20			X	X									
05 08 20			X	X									
06 08 20			X	X									
07 08 20													
08 08 20													
09 08 20													
10 08 20													
11 08 20													
12 08 20													

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado (a) con CC: \_\_\_\_\_, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Liz Macho	<b>Cédula</b> 429334204	<b>Unidad</b> Jersalud
---	----------------------------	---------------------------

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art. 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofín	Monogala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
21 07 20					X				X			[Firma]
22 07 20				X	X				X			
23 07 20				X					X			
24 07 20				X					X			
27 07 20				X					X			
28 07 20				X					X			
29 07 20				X					X			
30 07 20				X					X			
31 07 20				X					X			
03 08 20				X					X			
04 08 20				X					X			
05 08 20				X					X			

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado (a) con CC: \_\_\_\_\_, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> J12 Machua	<b>Cédula</b> 1129330204	<b>Unidad</b> Jersalud
--	-----------------------------	---------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Carera desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
06 08 20				X					X			<i>[Signature]</i>
00 00 00												
00 00 00												
00 00 00												
00 00 00												
00 00 00												
00 00 00												
00 00 00												
00 00 00												
00 00 00												
00 00 00												
00 00 00												
00 00 00												
00 00 00												
00 00 00												

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado (a) con CC: \_\_\_\_\_, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Sandra Palmo	<b>Cédula</b> 10220019	<b>Unidad</b> Jersalud
--	---------------------------	---------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogata de seguridad	Carera desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
30 07 20				X					X		mas goro	<i>[Signature]</i>
31 07 20				X					X			<i>[Signature]</i>
01 08 20				X					X			<i>[Signature]</i>
03 08 20				X					X			<i>[Signature]</i>
04 08 20				X					X			<i>[Signature]</i>
05 08 20				X					X			<i>[Signature]</i>
06 08 20				X					X			<i>[Signature]</i>
00 00 00												
00 00 00												
00 00 00												
00 00 00												
00 00 00												
00 00 00												
00 00 00												
00 00 00												
00 00 00												

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado (a) con CC: \_\_\_\_\_, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Leydy Toales	<b>Cédula</b> 1090394033	<b>Unidad</b> Jersalud
--	-----------------------------	---------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal:

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable		
01 08 20				X					X	mas gomo	Leydy Toales
03 08 20				X					X		Leydy Toales
04 08 20				X					X		Leydy Toales
05 08 20				X					X		Leydy Toales
06 08 20				X					X		Leydy Toales
00 MM AA											
00 MM AA											
00 MM AA											
00 MM AA											
00 MM AA											
00 MM AA											
00 MM AA											

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado (a) con CC: \_\_\_\_\_, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

### 4.2.3 Entrega elementos de protección personal sede Puerto López

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	<b>Cédula</b> 12565313	<b>Unidad</b> CONSULTA EXTERNA
---	---------------------------	-----------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal:

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable		
1 8 2020		X		X					X		
3 8 2020		X		X					X		
4 8 2020		X		X					X		
5 8 2020		X		X					X		
5 8 2020		X		X					X		
10 8 2020											
11 8 2020											
12 8 2020											
13 8 2020											
14 8 2020											
18 8 2020											
19 8 2020											
20 8 2020											
21 8 2020											
22 8 2020											
24 8 2020											
25 8 2020											
26 8 2020											
27 8 2020											
28 8 2020											
31 8 2020											

Yo, JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO Identificado (a) con CC: 12565313, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GD)0033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS</b> ANA MARGARITA ZAMBRANO ORDOÑES	<b>Cédula</b> 1121925239	<b>Unidad</b> CONSULTA EXTERNA
--	-----------------------------	-----------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 888 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 175 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Cable	Manopla de seguridad	Cara desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con filtro con válvula	Guañas de látex	Guañas de nitrilo	Guañas de epoxi	Bata desechable	Polainas				
1	8	2020				X								
3	8	2020				X								
4	8	2020				X								
5	8	2020				X								
6	8	2020				X								
10	8	2020												
11	8	2020												
12	8	2020												
13	8	2020												
14	8	2020												
18	8	2020												
19	8	2020												
20	8	2020												
21	8	2020												
22	8	2020												
24	8	2020												
25	8	2020												
26	8	2020												
27	8	2020												
28	8	2020												
31	8	2020												

Yo, ANA MARGARITA ZAMBRANO identificado (a) con CC: 1121925239, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GD)0033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS</b> MARLY YULIETH GARCIA CALDERON	<b>Cédula</b> 1121947473	<b>Unidad</b> CONSULTA EXTERNA
---	-----------------------------	-----------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 888 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 175 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma		
	Cable	Manopla de seguridad	Cara desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con filtro con válvula	Guañas de látex	Guañas de nitrilo	Guañas de epoxi	Bata desechable	Polainas				
1	8	2020				X								
3	8	2020				X								
4	8	2020				X								
5	8	2020				X								
6	8	2020				X								
10	8	2020												
11	8	2020												
12	8	2020												
13	8	2020												
14	8	2020												
18	8	2020												
19	8	2020												
20	8	2020												
21	8	2020												
22	8	2020												
24	8	2020												
25	8	2020												
26	8	2020												
27	8	2020												
28	8	2020												
31	8	2020												

Yo, MARLY YULIETH GARCIA CALDERON identificado (a) con CC: 1121947473, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Control Nacional: 01800019333  
**VIGILADO**





**4.2.4 Entrega elementos de protección personal sede Acacias**

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ	1 121 914 029	ASISTENCIAL

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
5 8 2020				X		X		X				
6 8 2020				X		X						

Yo, ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ Identificado (a) con CC: 1 121 914 029, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y **ME COMPROMETO** a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
CAROLINA TELLEZ	1 098 719 395	ASISTENCIAL

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
5 8 2020	X			X								
6 8 2020				X								
8 8 2020				X								

Yo, CAROLINA TELLEZ Identificado (a) con CC: 1 098 719 395, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y **ME COMPROMETO** a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
YADIRA TORO PINEDA	1 122 130 462	ASISTENCIAL

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
2 8 2020	X			X		X			X			
3 8 2020				X		X						
4 8 2020				X		X						
5 8 2020				X		X						
6 8 2020				X		X						
8 8 2020				X		X						
8 8 2020				X		X						

Yo, YADIRA TORO PINEDA Identificado (a) con CC: 1 122 130 462, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y **ME COMPROMETO** a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	1 122 120 131	ASISTENCIAL

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
2 8 2020	X			X		X							
3 8 2020				X		X							
4 8 2020				X		X							
5 8 2020				X		X							
6 8 2020				X		X							
8 8 2020				X		X							

Yo, NOHORA ALEJANDRA PIRABAN Identificado (a) con CC: 1 122 120 131, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
LILIANA FONSECA	37 094 408	ASISTENCIAL

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
2 8 2020				X		X							
3 8 2020				X		X							
4 8 2020				X		X							
5 8 2020	X			X		X							
6 8 2020				X		X							
8 8 2020				X		X							

Yo, LILIANA FONSECA Identificado (a) con CC: 37 094 408, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
IMNA MENDIETA	52 045 168	ASISTENCIAL

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
2 8 2020				X		X							
3 8 2020				X		X							
4 8 2020				X		X							
5 8 2020				X		X							
6 8 2020				X		X							
8 8 2020				X		X							

Yo, IMNA MENDIETA Identificado (a) con CC: 52 045 168, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
VIGILADO





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
JORGE CLAVIJO	79 958 924	ASISTENCIAL

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas		
2 8 2020				X		X						Jorge Clavijo
3 8 2020				X		X						Jorge Clavijo
4 8 2020				X		X						Jorge Clavijo
5 8 2020				X		X						Jorge Clavijo
6 8 2020				X		X						Jorge Clavijo

Yo, JORGE CLAVIJO Identificado (a) con CC: 79 958 924, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

#### 4.2.5 Entrega elementos de protección personal sede Granada

<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
	Versión: 3
	ago-19
	1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
MARIA OLINDA MURILLO HERRERA	40448789	ADMINISTRATIVO

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas		
3 8 2020				X		X			X			
4 8 2020				X		X						
5 8 2020				X		X						
6 8 2020				X		X						

Yo, MARIA MURILLO Identificado (a) con CC: 40448789, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 01800010333  
**VIGILADO**





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago.-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
LUZ ESPERANZA GUERRERO OBANDO	40446687	ADMINISTRATIVO

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
3	8	2020			X		X			X			Lu Esperanza
4	8	2020			X		X						Lu Esperanza
5	8	2020			X		X						Lu Esperanza
5	8	2020			X		X						Lu Esperanza

Yo, Lu Esperanza Guerrero identificado (a) con CC: 40446687, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago.-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
MARIAN GISELLE CASTRO	1121827319	ASISTENCIAL

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
3	8	2020			X		X			X			Marian
4	8	2020			X		X						Marian
5	8	2020			X		X						Marian
8	8	2020			X		X						Marian

Yo, Marian Castro identifico (a) con CC: 1121827319, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
	Versión: 3
	ago.-19
	1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> DIEGO ANDRES BARON QUINTERO	<b>Cédula</b> 1120498277	<b>Unidad</b> ASISTENCIAL
---	-----------------------------	------------------------------

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1964, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
1 8 2020				x		x			x			DIEGO A
1 8 2020				X		X						DIEGO A
5 8 2020				x		x						DIEGO A
8 8 2020				X		X						DIEGO A

Yo, DIEGO A. Baron Identificado (a) con CC: 1120498277, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
	Versión: 3
	ago.-19
	1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> JAVIER HERRERA	<b>Cédula</b> 86069207	<b>Unidad</b> REGENTE FARMACIA
--	---------------------------	-----------------------------------

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1964, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
3 8 2020				x		x			x			JAVIER
4 8 2020				x		x						JAVIER
8 8 2020				x		x						JAVIER
8 8 2020				x		x						JAVIER

Yo, JAVIER HERRERA Identificado (a) con CC: 86069207 V/CID Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Línea de Atención al Cliente: 018000910302  
**VIGILADO**





<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
	Versión: 3
	ago.-19
	1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
HERNAN DARIO RAMOS	97611226	ASISTENCIAL

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Pelatinas
3 8 2020				X		X				X	TAPABOCA N95 SIN VALVULA	Hernan R
1 6 2020				X		X						Hernan R
5 6 2020				X		X						Hernan R
6 2 2020				X		X						Hernan R

Yo, Hernan Ramos identificado (a) con CC: 97611226, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
	Versión: 3
	ago.-19
	1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b>	<b>Cédula</b>	<b>Unidad</b>
ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	40449526	ASISTENCIAL

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Pelatinas
5 8 2020				X		X				X	MONOGAFAS ES DE USO DIARIO NO DESECHABLE	Andrea Santos
3 8 2020				X		X						Andrea Santos
5 1 2020				X		X						Andrea Santos
4 8 2020				X		X						Andrea Santos

Yo, Andrea Santos identificado (a) con CC: 40449526, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 01800091033  
VIGILADO





<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>		F(GTH)033
		Versión: 3
		ago.-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> DIANA MARCELA SANCHEZ	<b>Cédula</b> 1120364043	<b>Unidad</b> ASISTENCIAL
---	-----------------------------	------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de latex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
3 8 2020	X	X	X	X	X	X			X		TAPABOCA N95 SIN VALVULA	<i>[Signature]</i>
4 8 2020				X		X					LA CARETA ES DE USO DIARIO NO DESECHABLE	<i>[Signature]</i>
5 8 2020				X		X					MONOGAFAS ES DE USO DIARIO NO DESECHABLE	<i>[Signature]</i>
9 8 2020				X		X						<i>[Signature]</i>

Yo, Diana Marcela Sanchez Alcazar Identificado (a) con CC: 1120364043, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

### 4.3 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Casanare

#### 4.3.1 Entrega elementos de protección personal sede Yopal

<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>		F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

<b>Apellidos y Nombres Completos</b> Angela Lopez Ziper	<b>Cédula</b> 1118554078	<b>Unidad</b> Administrativa
--	-----------------------------	---------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de latex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
05 08 2020				X								<i>[Signature]</i>
06 08 2020				X								<i>[Signature]</i>

Yo, Angela Lopez Ziper Identificado (a) con CC: 1118554078, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.



	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19 1 de 1

Administración	Victoria Corredor	40402032	Administrativa
----------------	-------------------	----------	----------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monojota de seguridad	Cinta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas reutilizable	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polleras			
05/08/2020				X									Adriano Corredor
06/08/2020				X									Adriano Corredor

yo, Adriano Corredor identificado (a) con CC: 40402032, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19 1 de 1

Administración	Maria Alejandra Vargas Palacio	1090495225	Administrativa
----------------	--------------------------------	------------	----------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monojota de seguridad	Cinta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas reutilizable	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polleras			
05/08/2020				1									Maria Alejandra Vargas
06/08/2020				1									Maria Alejandra Vargas

yo, Maria Alejandra Vargas Palacio identificado (a) con CC: 1090495225, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.





	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellido y Nombres Completos	Código	Unidad
Arturo Ramirez	1.118.553.056	Administrativa

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01 08 20				1								Arturo Ramirez
03 08 20				1								[Firma]
04 08 20				1								[Firma]
05 08 20				1								[Firma]
06 08 20				1								[Firma]

Yo, Arturo Ramirez identificado (a) con CC: 1.118.553.056, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellido y Nombres Completos	Código	Unidad
Kelly Ruiz	1010201040	Med. General / Asistencia

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
06 07 20	6			6	1							[Firma]
13 07 20	5			5	1							[Firma]
22 07 20	2			5	1							[Firma]
23 07 20	6			6	1							[Firma]
03 08 20	1			1	1							[Firma]
04 08 20				1								[Firma]
05 08 20				1								[Firma]
06 08 20				1								[Firma]

Yo, Kelly Ruiz identificado (a) con CC: 1010201040, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**





	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos <b>Cesar Duarte</b>	Código <b>1047 438 183</b>	Unidad <b>Med. General / Asistencial</b>
--	-------------------------------	---

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monografía de seguridad	Corta desechable	Elementos de Protección Personal						Observaciones	Firma	
				Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polinias
06 07 20	6			6	1							
13 07 20	5			5	1							
22 07 20				5	1							
27 07 20	6			6	1							
03 08 20	1			1	1							
04 08 20				1								
05 08 20				1								
06 08 20				1								

Yo, **Cesar Duarte**, identificado (a) con CC: **1047 438 183**, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos <b>Henry Dario Cua</b>	Código <b>9432965</b>	Unidad <b>Med. General / Asistencial</b>
---	--------------------------	---

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Cofia	Monografía de seguridad	Corta desechable	Elementos de Protección Personal						Observaciones	Firma	
				Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polinias
07 07 20	5			5	1							
13 07 20	6			6	1							
21 07 20				4	1							
27 07 20	5			5	1							
03 08 20	1			1	1							
04 08 20	1			1								
05 08 20				1								
05 08 20				1								

Yo, **Henry Dario Cua**, identificado (a) con CC: **9432965**, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos Harold Penaranda	Cédula 8445511	Unidad Med. General Vasotecnia
---	-------------------	-----------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
06 07 20	5			5	2							
13 07 20	6			6	1							
12 07 20				5	1							
27 07 20	5			5	1							
03 08 20				4	1							
04 08 20				1								
05 08 20				1								
06 08 20				1								

Yo, Harold Penaranda, identificado (a) con CC: 8445511, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos Vanessa Charis	Cédula 1080015590	Unidad Asistencia Jefe P4P
---	----------------------	-------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma
	Cofia	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
06 07 20	6			6	2							
07 07 20	5			5	1			1				
13 07 20	5			5	1			2				
16 07 20				5	1							
22 07 20	2			5	1							
27 07 20	5			5	1							
30 07 20								1				
01 08 20												
03 08 20				2								
04 08 20				1								
05 08 20				1								
06 08 20				1								

Yo, Vanessa Charis, identificado (a) con CC: 1080015590, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**





	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres completos Oscar Jimenez	Cédula 1054090440	Unidad Psicología / Asistencial
--	----------------------	------------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cefia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
08 07 20				3									
13 07 20	6			6	1								
22 07 20				5	1								
27 07 20	6			6	1								
03 08 20	1			1	1								
04 08 20				1									
05 08 20				1	1								
06 08 20				1									

Yo, Oscar Jimenez identificado (a) con CC: 1054090440. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres completos Milbany Sarmiento Sanabria.	Cédula 47440972	Unidad Apotecaria
--	--------------------	----------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cefia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
31 07 20				1									
03 08 20				1									
04 08 20				1									
05 08 20				1									
06 08 20				1									

Yo, Milbany Sarmiento Sanabria identificado (a) con CC: 47440972. Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.





	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos Natalia Cerdas	C.C.P.N. 4.448.170.378	Unidad Asistencia 1
---	---------------------------	------------------------

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogamia de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
10 07 20	6			3									
21 07 20				6									
27 07 20	6			6									
03 08 20	1			1									
04 08 20	1			1									
05 08 20	1			1									
06 08 20	1			1									

Yo, Natalia Cerdas Identificado (a) con CC: 4.448.170.378 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos Johana Rincon Noveca	C.C.P.N. 4.118.535.308	Unidad Administrativo
---	---------------------------	--------------------------

Conforme a la normalidad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogamia de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
21 07 20				2									
03 08 20				1									
04 08 20				1									
05 08 20				1									
06 08 20				1									

Yo, Johana Rincon Noveca Identificado (a) con CC: 4.118.535.308 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Código	Unidad
Johana Rincon Nocua	1.118.535308	Administrativo

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Cureta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01 07 20				2									Johana Rincon
03 08 20				1									Johana Rincon
04 08 20				1									Johana Rincon
05 08 20				1									Johana Rincon
06 08 20				1									Johana Rincon

Yo, Johana Rincon Nocua identificado (a) con CC: 1.118.535308 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Código	Unidad
Lilibeth Cruz	52929376	pediatria Asistencia

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal											Observaciones	Firma
	Cofia	Monografía de seguridad	Cureta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01 07 20				1	1				1				Lilibeth Cruz
08 07 20				1	1								Lilibeth Cruz
15 07 20				1					1				Lilibeth Cruz
22 07 20				1	1				1				Lilibeth Cruz
29 07 20				1	1				1				Lilibeth Cruz
03 08 20	1			1	1				1				Lilibeth Cruz

Yo, Lilibeth Cruz identificado (a) con CC: 52929376 Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000190303  
**VIGILADO**





	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres completos Vivian Suarez	Cédula 2.118.537.038	Unidad Med. Interna/Asistencia
--	-------------------------	-----------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
06 07 20	1			1	1								Vivan A Suarez
07 07 20	3			3									Vivan A Suarez
13 07 20	4			4	4								Vivan A Suarez
22 07 20	2			2	2								Vivan A Suarez
28 07 20	2			1	1								Vivan A Suarez
03 08 20				1									Vivan A Suarez
04 08 20	1			1					1				Vivan A Suarez
05 08 20	1			1									Vivan A Suarez

Yo, Vivian Suarez Identificado (a) con CC: 2.118.537.038, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres completos Esneider Manotas	Cédula 17953.025	Unidad (Inecologia/Asistencia)
---	---------------------	-----------------------------------

Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24. numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Cofia	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01 07 20					1				1				
02 07 20									1				
08 07 20	1			1	1				1				
09 07 20				1	1				1				
15 07 20				1	1				1				
22 07 20				1	1				1				
29 07 20				1	1				1				
04 08 20	1			1	1				1				
06 08 20	1			1	1				1				

Yo, Esneider Manotas Identificado (a) con CC: 17953.025, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones, para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Línea de Consulta Nacional: 018000910302  
**VIGILADO**





	<b>FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Hernandez Ivan Julio		


Conforme a la normatividad en seguridad y en especial, al Art. 230 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado y reglamentado por la Ley 11 de 1984, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 46 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015 en el Art 2.2.4.6.24, numeral 5, le estamos haciendo entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal									Observaciones	Firma
	Cofia	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable		
29 09 20				1				1			
03 09 20				1	1						
04 08 20				1				1			
05 08 20				1				1			

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado (a) con CC: \_\_\_\_\_, Recibo a conformidad los elementos de protección personal y ME COMPROMETO a: utilizarlos y cuidarlos siempre en el desempeño de mis funciones. para lo cual me indicaron la suficiente información de uso, mantenimiento, almacenamiento y cambio de los mismos. Al finalizar mi contrato con la compañía, Me comprometo a entregar los Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

## 5. INSPECCIONES USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

### 5.1 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Boyacá

	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
6/08/2020	Juan Fonseca Mosquera	Asistencial Tunja	Jenny Gabriela Gutiérrez


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) e indique su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES Y FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que pueda generar salpicadura.	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			x	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias		x		
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			x	

<b>TOTAL</b>	12	1	2	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	92%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	FIGTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
8/08/2020	Joel Duran Iguaran	Asistencial Tunja	Jenny Gabriela Gutiérrez

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis a su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			x	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	

TOTAL	13	1	2	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
6/08/2020	David Jimenez	Asistencial Tunja Odontología	Jenny Gabriela Gutiérrez

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equiva el su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			x	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	x			

<b>TOTAL</b>	13	1	1	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
6/08/2020	Sandra Torres	Asistencial Tunja	Jenny Gabriela Gutiérrez

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equiva a su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	

<b>TOTAL</b>	14	0	1	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	<b>NO CUMPLIDO</b>
				80% - 94%	<b>ACEPTABLE</b>
				95% - 100%	<b>SOBRE SALIENTE</b>

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutora de Atención Primaria - Tunja  
 Calle Comercio Nacional 01800010303  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
8/08/2020	Monica Florez	Asistencial Tunja	Jenny Gabriela Gutiérrez

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) e indique su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES Y FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos palmas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	

<b>TOTAL</b>	14	0	1	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
8/08/2020	Luz Amparo Ayala	Asistencial Tunja	Jenny Gabriela Gutiérrez

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) e indique su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)		x		
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas prácticas de seguridad)			x	

<b>TOTAL</b>	13	1	1	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
6/08/2020	Diego Rojas	Asistencial Tunja	Jenny Gabriela Gutiérrez

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) e quite al su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			x	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	

TOTAL	12	0	2	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Tunja  
 Calle Comercio Nacional, 010001910332  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
8/08/2020	Maria Cecilia Rodriguez	Admin Turja	Jenny Gabriela Gutiérrez

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis a su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES Y FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	

TOTAL	14	0	1	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
8/08/2020	Zulma Belancur	Asistencial Turja	Jenny Gabriela Gutiérrez

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) a que su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DE L EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	

<b>TOTAL</b>	14	0	1	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
6/08/2020	Sandra Mazo	Asistencial Turja	Jenny Gabriela Gutiérrez


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) eque al su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES Y FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	

<b>TOTAL</b>	14	0	1	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
8/08/2020	Yoly Ovalle Pineda	Asistencial Turja	Jenny Gabriela Gutiérrez

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) e indique su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	

<b>TOTAL</b>	14	0	1	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	<b>NO CUMPLIDO</b>
				80% - 94%	<b>ACEPTABLE</b>
				95% - 100%	<b>SOBRE SALIENTE</b>



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
8/08/2020	Gilma Liliana Roa	Asistencial Turija	Jenny Gabriela Gutiérrez

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equiva a su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	

<b>TOTAL</b>	14	0	1	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRE SALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
6/08/2020	FLOR ISABEL SERRANO	ADMINISTRATIVA	LILIANA ESTEVE S

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equiva el su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		X		uso de protección respiratoria N95 PARA TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Sin embargo uso de tapabocas dentro y fuera del área de trabajo debido a contingencia covid-19  aunque no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad	X			
<b>TOTAL</b>		14	1		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		93%			
					<b>PUNTAJE</b>
					0% - 80% <b>NO CUMPLIDO</b>
					80% - 94% <b>ACEPTABLE</b>
					95% - 100% <b>SOBRESALIENTE</b>





	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18 1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
6/08/2020	MARIA PAULA CAMPOS	A SISTENCIAL	DEISY LILIANA ESTEVES

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C=Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		X		uso de protección respiratoria n95 uso exclusivo para atención de pacientes presenciales
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			Sin embargo uso de tapabocas dentro y fuera del área de trabajo debido a contingencia covid-19  Aunque no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>	15	1	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE



<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	FIGTH 0037
	Versión: 1
	oct-18
	1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
6/08/2020	ALEX MARGARITA ACEVEDO	ADMINISTRATIVA	DES Y LILIANA ESTEVES


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) según su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafía y protección respiratoria en los procedimientos que pueda generar salpicaduras.		X		utiliza visera facial de protección respiratoria no usa monogafía
2	Utiliza las guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	realiza labor administrativa
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	realiza labor administrativa
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Sin embargo uso de tapabocas dentro y fuera del área de trabajo debido a contingencia covid-19
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			aunque no se cuenta con locker individual se cuenta con un lugar limpio y accesible para su almacenamiento.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y almacenamiento de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieren.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneja sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polvos tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	realiza labor administrativa

<b>TOTAL</b>	11	1	3
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total(cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	90%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
06/08/20	Diana Gantica	6a10900	Fanny Carcedo

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			


<b>TOTAL</b>	15		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Correo Electrónico: 018000910332  
 018000910332  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
06/08/20	Alfredo Domínguez Galagosa		Diana Cortiug


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>	15		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100.		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
06/08/20	Fanny Cacerdo	Salud	Diana Contreras

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>	15			<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100.			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica  
 Calle Cometa No. 10001-0001  
 Bogotá, D.C. 0100010001  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
06/08/20	Heidy Camelo	Enfermería	Diana Gantiva

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad	X			


<b>TOTAL</b>	15		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
06/08/20	Jordi Castillo	Geniagosa	Diana Santibañez

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	Y			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	Y			
12	Utiliza calzado cerrado	Y			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	Y			

<b>TOTAL</b>	15		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad de Gestión y Control de Riesgos  
 Vigilado



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05-08-2020	Jennifer Romero	Chigapara	Leidy Buitrago

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)			

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
06-08-2020	Gloria Ballesteros	Chigapira	Leidy Borrtrager


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>				<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05-08-2020	Shirley Ronconio	Chiquiquira	Leidy Barbagó J


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>				
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05-08-2020	Jiliana Suarez	Chigguira	Leidy Buitrago

Calificación del evaluador; Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	x			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	x			

<b>TOTAL</b>			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)			

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05-08-2020	Leidy Bertrago	Chippura	Leidy Bertrago

Calificación del evaluador; Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

TOTAL	C	NC	NA	PUNTAJE	
				0% - 80%	NO CUMPLIDO
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05-08-2020	Melisa Corderas	Chaquira	Leidy Bartrago

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)			

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutiva Operativa de Vigilancia y Control  
 Línea Control Nacional: 01800019333  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05-08-2020	Samiro Castellanos	Chequera	Leidy Barrogo

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)			

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05-08-2020	Natalia lozano	Chiquira	Ledy Bartrago


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>				<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05-08-2020	Erika Saezelo	Chiquira	Leidy Brito

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)			

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800019033



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
06-08-2020	Dora Acero	Asistencia	

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			


<b>TOTAL</b>			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)			

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800010333  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
06-08-2020	Diana Cercado	Asistencial	

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>				<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad de Gestión y Control de Riesgos  
 Vigilancia Epidemiológica  
 Bogotá, D.C.  
 Teléfono: 018000910302  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
06-08-2020	Lina Zabalá	Asistencia	

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>			
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)			

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 01800010333



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
06-08-2020	Sonia Piza	Asistencia	

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)		X		Cadena
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)			

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
06-08-2020	Raycol Velasco	Asistencial	


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)		X		Mej
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>				<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
06-08-2020	Gloria Arendón	Asistencial	

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	/	X		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>				<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
06-30-2020	Hidaly Triana		


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>				<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
06-08-2020	Alexander Pinza	Administrativa	

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.				
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos				
3	Realiza cambio de guantes por paciente				
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.				
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.				
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.				
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.				
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.				
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.				
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)				
12	Utiliza calzado cerrado				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)				
14	Las uñas las conserva cortas y limpias				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)				


<b>TOTAL</b>				
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
06-08-2020	Lenin Rodriguez	Asistencial	

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>				
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Coram Nacional, 01600019033  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
06-08-2020	OSWALDO GUTIERREZ	Asistencial	


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

TOTAL				<b>PUNTAJE</b>	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACERTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
06-08-2020	Angela Fajardo	Asistencial	

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>			
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)			

PUNTAJE	
0% - 80%	<b>NO CUMPLIDO</b>
80% - 94%	<b>ACEPTABLE</b>
95% - 100%	<b>SOBRESALIENTE</b>

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutora Nacional de Control de Calidad  
 Unidad Ejecutora Nacional de Control de Calidad  
 Unidad Ejecutora Nacional de Control de Calidad  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
06-08-2020	Lucía Cepeda	Administrativo	

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>				<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
06-08-2020	Nancy Mosquera	Asistencia	

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		X		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>				
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
11/08/2018	Arque Obispo	Administrativa	

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.		X		
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			


<b>TOTAL</b>				<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Correo Nacional: 01800019333  
**VIGILADO**





**5.2 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Meta**  
**5.2.1 Inspección uso de elementos de protección personal sede Villavicencio**

	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05/08/2020	Daniela Carreño	Administrativo	Ayda Cristina Londoño Quevedo

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Cuenta con los EPP necesarios para la atención de usuarios.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Uso de tapabocas permanente y lavado de manos.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	Los elementos son de un solo uso por ser desechables.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

TOTAL	30	0	5	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05/08/2020	Henry Beltrán	Asistencial	Arcia Cristina Lombardi Ovarias

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple; NC= No cumple; NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Conta con los EPP necesarios para atención de pacientes presencial
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			uso permanente de tapabocas y lavado de manos.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son desechables de un solo uso
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

TOTAL	9	0	6	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05/08/2020	Yoly Beltrán	Administrativos	Aura Cristina Londoño Oueñas

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Cumple con los EPP necesarios para atención presencial al usuario en estado
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Uso permanente del tapabocas y lavado de manos
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son desechables de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	30	0	5	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05/08/2020	Carolina Tellez	Asistencial	Alicia Cristina Lombro Ocaso


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Cuenta con protección respiratoria, no dispone uso años-base de datos.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Se recomienda el uso del tapabocas permanente y lavado de manos.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	Los elementos son desechables de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	30	0	5	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Correo Nacional: 010001910302  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05/08/2020	Padra Andrea Galindo	Asistencial	Aura Cristina Londono Dueñas


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple; NC= No cumple; NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicaduras.	X			cuando practica algún procedimiento cuenta con los EPP necesarios - En base de datos solo tapabocas.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			se recomienda uso de tapabocas desechable y lavado de manos.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son desechables de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

<b>TOTAL</b>	10	0	5	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
05/08/2020	María Navarro	Asistencial	Ayra Cristina Londono Duran

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Cuenta con los elementos necesarios para atención presencial.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Se recomienda uso permanente del tapabocas y lavado de manos
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	Los elementos son de un solo uso por ser desechables
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	13	0	2
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		
<b>PUNTAJE</b>			
0% - 80%	NO CUMPLIDO		
80% - 94%	ACEPTABLE		
95% - 100%	SOBRESALIENTE		





	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
05/08/2020	Jovana Cordoba	Asistencial	Ara Cristina Londono Duran


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que pueda generar salpicadura.	X			Cuenta con kit en caso de consulta presencial con pacientes.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			Cuenta con kit en caso de consulta presencial con pacientes.
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Se recomienda uso de tapabocas y lavado de manos.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	Los elementos son desechables de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

TOTAL	13	0	2	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05/08/2020	Ruth Mary Baquero	Asistencial.	Alicia Cristina Londoño Ojeda


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Cuenta con Kit completo cuando se requieren toma de Pruebas COVID
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			Cuenta con Kit completo cuando se requieren toma de Pruebas COVID.
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Se recomienda uso de tapabocas permanentes u lavado de manos.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	Los elementos son desechables de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (betas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

TOTAL	13	0	2
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados *100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05/08/2020	Dina Villalobos	Asistencial	Ausa Cristina Lombro Queros


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Cuenta con protección respiratoria no atiende orificios - base de datos.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Se recomienda uso del tapabocas permanentemente y lavado de manos.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	Los elementos son desechables de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	10 0 5	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%	0% - 80%	NO CUMPLIDO
		80% - 94%	ACEPTABLE
		95% - 100%	SOBRESALIENTE





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05/08/2020	Aura Londono	Administrativo	Aura Cristina Londono Ovaras

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Cumple con protección respiratoria y monogafas no atiende usuarios.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Se recomienda uso de tapabocas y lavado de manos.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	Los elementos son desechables de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	30	0	5	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05/08/2020	Diego Bocanegra	Administrativo	Aura Cristina Lombardi Cuevas


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Cuenta con los EPP necesarios en caso de atender usuarios presencial.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			se recomienda el uso del tapabocas permanente y lavado de manos.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son desechables de un solo uso
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

<b>TOTAL</b>	9   0   6	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%	0% - 80%	NO CUMPLIDO
		80% - 94%	ACEPTABLE
		95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutora de Atención Primaria - U.E.A.P.  
 Línea Control Nacional: 01800019333  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05/08/2020	Sebastian Falla	Administrativo	Aora Cristina Londoño Dueñas

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C=Cumple NC= No cumple NA= No aplica


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Cumple con los EPP establecidos en caso de atender usuarios presencial.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			se recomienda uso de tapabocas permanente y lavado de manos
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son desechables de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)			X	
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	8   0   7	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%	0% - 80%	NO CUMPLIDO
		80% - 94%	ACEPTABLE
		95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Unidad Ejecutora de Atención Primaria - U.E.A.P.  
 Línea Control Nacional: 0200019333  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05/08/2020	Darwin Miguel Gomez	Asistencial.	Aura Cristina Lombro Quenas


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple; NC= No cumple; NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Conta con kit en caso de atender consulta presencial.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Se recomienda el uso del tapabocas y lavado de manos.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	Los elementos son desechables de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	31	0	4	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Coram Nacional, 010001910333  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05/08/2020	Jely Rojas	Asistencial	Araa Cristina Londono Buenos


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Cuenta con kit en caso de atender consulta presencial.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Uso permanente del tapabocas y lavado de manos
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son desechables de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	12 0 3	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%	0% - 80%	NO CUMPLIDO
		80% - 94%	ACEPTABLE
		95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800091030  
 Vigilado



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05/08/2020	Windy Gaitan	Asistencial	Ara Cristina Londoño Quintero

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Cuentar con los EPP necesarios en caso de consulta presencial.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			se recomienda uso de tapabocas permanente y lavado de manos.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son desechables de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

TOTAL	13	0	2
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 0 800 091 0303  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05/08/2020	María José Bonilla	Administrativo	Aura Cristina Landero Ojeda

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica


No.	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que pueda generar salpicadura.	X			Cuenta con protección respiratoria y monogafas no durante los procedimientos.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Se recomienda uso de tapabocas y lavado de manos.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	Los elementos son desechables de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas prácticas de seguridad)			X	

TOTAL	10	0	5
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 08000910303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
05/08/2020	Karen Melo	Administrativo	Aura Cristina Lombro Quenos

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Cuenta con protección respiratoria y monogafas - no attende usarlas.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Se recomienda uso permanente de tapabocas y lavado de manos.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	Los tapabocas son desechables de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

TOTAL	10	0	5
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05/08/2020	Diany Duarte	Administrativo	Alicia Cristina Lombardo Deños

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Cuenta con protección respiratoria y monogafas - no atiende usuarios.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			se recomienda uso de tapabocas permanentes y lavado de manos.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	El tapabocas es desechable de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	10	0	5	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Línea Correo Electrónico: 018000910303  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05/08/2020	Sandra Penalosa	Administrativo	Aura Cristina Londoño Ovencos


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Cuenta con protección respiratoria y monogafas - no atiende usuarios
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Use bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			se respalda uso de tapabocas y lavado de manos
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son desechables de un solo uso - tapabocas.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeras)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

<b>TOTAL</b>	30	0	5	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800010303  
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05/08/2020	Miguel Peña	Administrativa	Aura Cristina Londoño Ouedas

Calificación del evaluador; Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Cuenta con protección respiratoria y monogafas - no attende usuarios.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			se recomienda uso de tapabocas y lavado de manos.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son desechables de un solo uso - tapabocas.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	9   0   6	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%	0% - 80%	NO CUMPLIDO
		80% - 94%	ACEPTABLE
		95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/ UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
05/08/2020	Jessica Carron.	Administrativo	Aura Cristina Lardono Ovencas.

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Cuenta con protección respiratoria y monogafas - no cumple usuarios.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Se recomienda uso de tapabocas y lavado de manos.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	Los elementos son desechables de un solo uso. - tapabocas.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	10	0	5
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
05/08/2020	Jose Adelmo Romero	Asistencial	Aura Cristina Londoño D.

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple; NC= No cumple; NA= No aplica

No.	IDENTIFICACION DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Cuenta con kit en caso de atender pacientes Preseccional
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Usa permanente del tapabocas y lavado de manos
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son desechables de un solo uso
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	11 0 4	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%	0% - 80%	NO CUMPLIDO
		80% - 94%	ACEPTABLE
		95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Vigilado



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05/08/2020	Juan Camilo Puentes	Asistencia	Aura Cristina Londono Ochoa


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Cuenta con Kit en caso de Consulta Presencial.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que pueden generar salpicaduras.	X			Cuenta con los insumos necesarios en caso de consulta Presencial.
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			Se recomienda uso de tapabocas permanente y lavado de manos.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	Los elementos son desechables de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

TOTAL	12	0	3	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05/08/2020	Yamile Saboga	Asistencial	Aura Cristina Londoño Dueñas

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple; NC= No cumple; NA= No aplica


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Cuenta con kit y elementos suficientes para caso de atender consulta presencial.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			Cuenta con visornos en caso de consulta presencial.
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo	X			se recomienda uso de tapabocas y lavado de manos.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son desechables de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas prácticas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>					
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					
		<b>PUNTAJE</b>			
		0% - 80%	NO CUMPLIDO		
		80% - 94%	ACEPTABLE		
		95% - 100%	SOBRESALIENTE		







	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCION
05/08/2020	Andrea Barbosa.	Asistencial.	Aura Cristina Lombardo Ovejas


Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Cuenta con los EPP Suficientes para el servicio al cliente-usario.
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			se recomienda uso de tapabocas permanente y lavado de manos.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	Los elementos son desechables de un solo uso.
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	10	0	5	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE




**5.2.1 Inspección uso de elementos de protección personal sede Puerto Gaitán**


		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
6/08/2020		LILIANAN ROJAS		LINEA DE FRENTE		SANDRA PATIÑO	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19			X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y después de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
<b>TOTAL</b>		9	1	5	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	<b>NO CUMPLIDO</b>	
					80% - 94%	<b>ACEPTABLE</b>	
					95% - 100%	<b>SOBRESALIENTE</b>	






		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
6/08/2020		LIZ MADRID		MEDICO		SANDRA PATIÑO	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que pueden generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y después de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
<b>TOTAL</b>		13	1	1	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	<b>NO CUMPLIDO</b>	
					80% - 94%	<b>ACEPTABLE</b>	
					95% - 100%	<b>SOBRESALIENTE</b>	



		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
6/08/2020		SANDRA PATIÑO		ENFERMERA		SANDRA PATIÑO	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x					
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).		x		no se cuenta con un lugar donde lo podemos guardar		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x					
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y después de contacto con usuarios y posibles covid-19	x					
12	Utiliza calzado cerrado	x					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x			
<b>TOTAL</b>		13	1	1	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



**5.2.2 Inspección uso de elementos de protección personal sede Granada**

	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1DE1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
6/8/2020	OLINDA MURILLO	LINEA DE FRENTE	ANDREA SANTOS

**Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica**

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			<b>NO HAY LOKER EN LA SEDE</b>
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x			
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	

<b>TOTAL</b>	14	0	1	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> <b>(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)</b>	<b>0% - 80%</b>		<b>NO CUMPLIDO</b>		
	<b>80% - 94%</b>		<b>ACEPTABLE</b>		
	<b>95% - 100%</b>		<b>SOBRESALIENTE</b>		

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800019333  
 Línea Correo Nacional: 01800019333  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
6/8/2020	ESPERANZA GUERRERO	LINEA DE FRENTE	ANDREA SANTOS

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			NO HAY LOKER EN LA SEDE
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x			
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	

<b>TOTAL</b>	14	0	1	<b>PUNTAJE</b>	
				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
6/8/2020	DIANA SANCHEZ	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			NO HAY LOKER EN LA SEDE
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x			
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	

<b>TOTAL</b>	14	0	1	<b>PUNTAJE</b>	
				0% - 80%	NO CUMPLIDO
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
6/8/2020	MARIAN CASTRO	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			NO HAY LOKER EN LA SEDE
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x			
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y despues de contacto con usuarios y posibles covid-19	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			x	

<b>TOTAL</b>	14	0	1	<b>PUNTAJE</b>	
				0% - 80%	NO CUMPLIDO
<b>PROPORCION DE CUMPLIMIENTO</b>				80% - 94%	ACEPTABLE
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
VIGILADO





		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027	
					Versión: 1	
					oct-18	
					1 DE 1	
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN		
6/8/2020		DIEGO BARON	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS		
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica						
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES	
		C	NC	NA		
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x				
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x				
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x				
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x				
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x				
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	x			NO HAY LOCKER EN LA SEDE	
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x				
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x				
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x				
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x				
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y después de contacto con usuarios y posibles covid-19	x				
12	Utiliza calzado cerrado	x				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x				
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x		
<b>TOTAL</b>		14	0	1	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO
					80% - 94%	ACEPTABLE
					95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
6/8/2020	HERNAN RAMOS	CONSULTA EXTERNA	ANDREA SANTOS

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura, en posible caso de covid-19	x			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos con covid-19	x			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	x			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras. En caso de covid-19	x			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	x			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			NO HAY LOKER EN LA SEDE
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente para suplir las necesidades covid-19	x			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	x			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P. en caso de covid-19	x			
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran por contingencia de covid-19	x			
11	realiza el adecuado lavado de manos antes, durante y después de contacto con usuarios y posibles covid-19	x			
12	Utiliza calzado cerrado	x			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	x			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	x			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			x	

<b>TOTAL</b>	14	0	1	<b>PUNTAJE</b>	
				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Control Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**



**5.2.3 Inspección uso de elementos de protección personal sede Acacias**

	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
6/08/2020	YADIRA TORO PINEDA	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		X		PENDIENTE ENTREGA DE MONOGAFAS
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	13	1	1
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
6/06/2020	CAROLINA TELLEZ	FARMACIA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.		X		PENDIENTE CAPACITACION
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	10	1	4	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	91%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
8/08/2020	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple ;NC= No cumple ;NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.		X		PENDIENTE ENTREGA DE MONOGAFAS
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

<b>TOTAL</b>	11	1	3	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	92%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
6/08/2020	IMNA MENDIETA CONTRERAS	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple :NC= No cumple :NA= No aplica


No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

<b>TOTAL</b>	14	0	1	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800019333  
 Línea Correo Nacional: 01800019333  
**VIGILADO**





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

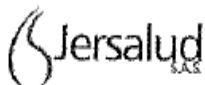
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
6/08/2020	JORGE ENRIQUE CLAVIJO	CONSULTA EXTERNA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	13	0	2	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
6/09/2020	ZULI GONSALEZ	HIGIENISTA ORAL	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	


<b>TOTAL</b>	14	0	1
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Vigilado



**5.3 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Casanare**

	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			HJG1HJ027
				Versión: 1
				oct-18
				1DE1
<b>FECHA</b>	<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>	<b>ÁREA / UNIDAD</b>	<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
04 DE AGOSTO DE 2020	Kelly Vanessa Ruiz	Asistencial	Ysella Gonzalez	


**Nota del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA=**

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Medico general
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	


<b>TOTAL</b>	14	0	1	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)</b>	100%			0% - 80%	<b>NO CUMPLIDO</b>
				80% - 94%	<b>ACEPTABLE</b>
				95% - 100%	<b>SOBRESALIENTE</b>





		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027	
					Versión: 1	
					oct-18	
					1DE 1	
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN			
05 DE AGOSTO DE 2020	Cesar Duarte	Asistencial	Ysella Gonzalez			
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica</b>						
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES	
		C	NC	NA		
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Medico general	
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X				
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X				
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X				
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X				
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X				
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X				
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X				
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X				
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X				
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X				
12	Utiliza calzado cerrado	X				
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X		
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X		
<b>TOTAL</b>		13	0	2		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%				
					PUNTAJE	
					0% - 80%	NO CUMPLIDO
					80% - 94%	ACEPTABLE
					95% - 100%	SOBRESALIENTE




		<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>			F(GD)003/		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
<b>FECHA</b>		<b>NOMBRE DEL FUNCIONARIO</b>		<b>ÁREA / UNIDAD</b>		<b>RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN</b>	
05 DE AGOSTO DE 2020		Harold Peñaranda		Asistencial		Ysella Gonzalez	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Medico general		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X					
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X					
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		13	0	2	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
06 DE AGOSTO DE 2020		Johana Rincon Nocua		Asistencial		Ysella Gonzalez	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Auxiliar administrativa		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X					
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		11	0	5	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(IGTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05/08/2020	Vanesa Charris	Asistencial	Ysella Gonzalez

**Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica**

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Jefe de enfermería
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	14	0	1	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1


FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
04 DE AGOSTO DE 2020	Henry Dario Uva Pelayo	Asistencial	Ysella Gonzalez

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Medico general
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias	X			
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	13	0	2	PUNTAJE	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05 DE AGOSTO DE 2020	Natalia Cediel	Asistencial	Ysella Gonzalez

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Auxiliar de enfermería
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	14	0	1	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	FIGTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1DE 1


FECHA	NOMBRE DEL	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05 DE AGOSTO DE 2020	Milbany Sarmiento	Asistencial	Ysella Gonzalez

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Auxiliar de enfermería
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

<b>TOTAL</b>	14	0	1	<b>PUNTAJE</b>	
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05 DE AGOSTO DE 2020	Oscar Jimenez	Asistencial	Ysella Gonzalez

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura			X	Psicologo
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.		X		
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individual)		X		
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.		X		
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.		X		
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.		X		
10	Los trabajadores tienen mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.		X		
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)		X		
12	Utiliza calzado cerrado		X		
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X	
14	Las uñas las conserva cortas y limpias				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas prácticas de seguridad.			X	

<b>TOTAL</b>	9	0	6
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE


SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800019033  
 Línea Correo Nacional: 01800019033  
**VIGILADO**



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
05/08/2020		Yorz Socha		Administrativo		Ysella Gonzalez	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Auxiliar de sistemas		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)			X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas (tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X			
<b>TOTAL</b>		9	0	6	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	





	<b>INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL</b>	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
05/08/2020	Arlyn Ramirez	Administrativo	Ysella Gonzalez

**Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica**

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Auxiliar administrativo
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X	
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X	
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X			
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X			
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X			
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X			
12	Utiliza calzado cerrado	X			
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X			
14	Las uñas las conserva cortas y limpias				
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X	

<b>TOTAL</b>	10	0	5
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

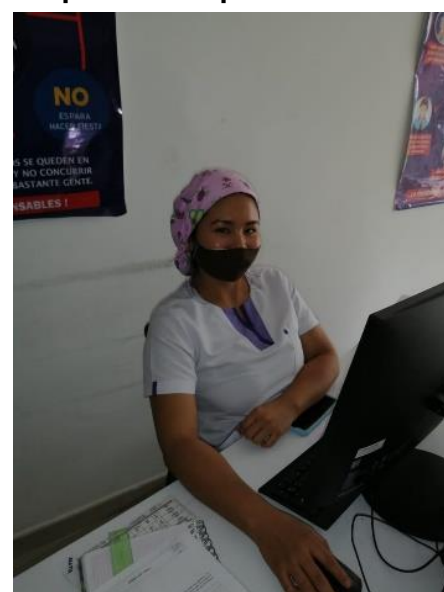
**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800091030  
 Línea de Consulta Nacional: 01800091030



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
05/08/2020		Karen Solano		Administrativo		Ysella Gonzalez	
<b>Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC: No cumple NA= No aplica</b>							
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN			OBSERVACIONES		
		C	NC	NA			
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Jefe de calidad		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			X			
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X			
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	X					
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).	X					
7	El stock de E.P.P. tiene la cantidad suficiente.	X					
8	La entrega de E.P.P. se hace con documento firmado por el trabajador.	X					
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o instrucciones mínimas para el uso, mantenimiento y conservación de los E.P.P.	X					
10	Los trabajadores tiene mecanismos para solicitar la reposición de E.P.P. cuando se requieran.	X					
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	X					
12	Utiliza calzado cerrado	X					
13	Tiene el cabello recogido (Mujeres)	X					
14	Las uñas las conserva cortas y limpias						
15	Al ingreso a unidades donde se maneje sustancias peligrosas se realiza con las condiciones de seguridad (batas, Calzado adecuado en casos específicos polainas tanabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad			X			
<b>TOTAL</b>		14	10	5	<b>PUNTAJE</b>		
<b>PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO</b> (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



5.4 Evidencia fotográfica inspecciones uso de EPP Elementos de protección personal







**6. VERIFICACION CONDICIONES DE SALUD DE LOS COLABORADORES**

**6.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Boyacá**

**6.1.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Tunja**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
31-07-20	Mario Carlos Rodríguez	Aux Adm.	C.EXT	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/7/20	Olivero Ruiz	Rediis	CERT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
31-07-20	Diana Ibáñez	Aprendiz	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/7-20	Daniel Yera	Asesor	C.EXT	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/20	Diana Carolina Ruiz	Aux ADM	ADM	NO	NO	36.7	N	N	N	N	N	[Firma]
31/07/20	Julma Betancur	ENFERMERA	CERT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/20	Muz Mojica	Medico	C.EXT	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/20	Carolina Torres	Medico	C.EXT	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31-07-20	Ángela Velasco	Medica Gd	CERT	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
31-07-20	Don Gao	MD	C.EXT	NO	NO	36.6	N	N	N	N	N	[Firma]
31-07-20	Isabel Flores	MD	CERT	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31-07-20	Santhia	MD	CERT	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/7/20	Joel Durán	MD	CERT	NO	NO	36.3	N	N	N	N	SI	[Firma]
31-07-20	Ángela Velasco	MD Gd	CERT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
31-07-20	Monica Pizarro	Med	CERT	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/20	Sandra Hizo	Aux enfer	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/20	Diana Aguirre	Aux ADM	ADM	NO	NO	35.4	N	N	N	N	N	[Firma]
3/08/20						36.2						

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondragia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
31-07-20	Gabriela Estrella	analista SST	Admin	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31-07-20	Daniela Sandoz	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31-07-20	Juan Herrera	Ingeniero	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31-07-20	Mario Polo Lopez	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31-07-20	Claudia Rodriguez	Aux Calidad	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31-7-20	Mauricio Arbo	Tecnico	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31-07-20	Sabiney Sánchez	Analista SST	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31-07-20	Daniela Jairo	Aprendiz	Admin	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-08-20	Claudia Páez	Aux Calidad	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-08-20	Carolina Aguirre	Analista SST	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-08-20	Mario Polo Lopez	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-08-20	Diana Gaitán	Jefe Operación	Admin	NO	NO	36	N	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-08-20	Román Velasco	Gerente	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-08-20	Mónica Salazar	Profesional	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-08-20	Carolina Estrella	Analista SST	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-08-20	Diana Aguirre	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-08-20	Blanca Verónica	Coordinadora	C.EXT	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800019033  
 Línea de Consulta Normativa: 01800019032

**VIGILADO**





(Jersalud) FIGAAA003  
Versión: 2  
may-20  
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondragia	Fatiga y Adinamia			
31-07-20	Marta Rodríguez	Aux Administr.	cons. Externa	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Marta R.
31/7/20	Carolina Carr	Medico	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carolina C.
31/7/20	Sara Gómez	Medico	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sara G.
31/07/20	Mónica Rodríguez	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Mónica R.
31/07/20	Diego Carr	MD	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diego C.
31/7/20	Soledad	MD	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Soledad
31/07/20	Anderson Carr	Aux Admin	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Anderson C.
31/07/20	María Eugenia Carr	Medico	C. Ext	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	María E. Carr
31/07/20	Diego Carr	Medico	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diego C.
1-08-20	María Rodríguez	Aux. Externa	C. Externa	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	María R.
01-08-20	Marta Rodríguez	Aux Admin.	C. Ext.	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Marta R.
01-08-2020	Zulmarith Bojancic	Enfermera	consulta externa	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Zulmarith B.
01-08-20	Jandrea Carr	Aux Extern	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jandrea C.
2-08-20	Soledad	MD	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Soledad
03-08-20	Jennifer Mota	T.S	Asistencia	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jennifer M.
03-08-20	Marta Rodríguez	Aux Admin	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Marta R.
03-08-20	Diana López	Aprendiz	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana L.
03-08-2010	Alba Lucía Carr	MD	C. Ext	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alba L. Carr

(Jersalud) FIGAAA003  
Versión: 2  
may-20  
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondragia	Fatiga y Adinamia			
01/08	Johana Vargas	Aux Farmacia	Asit	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Johana
01/08/20	Ryana Guerrero	Aux Farmacia	ASIT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ryana
01/08/20	Julian Mora	Sr. U. Cliente	ASIT	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Julian
01/08/20	Maria Cecilia Sepúlveda	R Farmacia	Asist.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Maria C.
02/08/20	Julián M	SI AU	ASIST	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Julián M.
02/08/20	Maria Cecilia Sepúlveda	R Farmacia	Asist.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Maria C.
02/08	Johana Vargas	Aux. Farmacia	Asit	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Johana
02/08/20	Ryana Guerrero	Aux. Farmacia	ASIT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ryana
03/08/20	Julian	SI AU	ASIT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Julian
03/08/20	Maria Cecilia Sepúlveda	R Farmacia	Asist.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Maria C.
03/08	Johana V.	Aux Farmacia	Asit	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Johana
03/08/20	Ryana Guerrero	Aux Farmacia	ASIT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ryana
04/08/20	Johana V.	SI AU	ASIT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Johana
04/08	Johana V.	Aux Farmacia	Asit	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Johana
04/08/20	Maria Cecilia Sepúlveda	R Farmacia	Asist	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Maria C.
04/08/20	Ryana Guerrero	Aux Farmacia	ASIT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ryana
05/08	Johana V.	Aux Farmacia	Asit	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Johana

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910333  
Línea de Consulta Normativa: 01 8000 910332

VIGILADO





(Jersalud) FIGA003  
Versión 2  
may 20  
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario		
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?				
03-08-20	Andrea Zúñiga	Aux. Admin	AdminCE	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
03-08-20	Andrea Uccia	Aux. Admin	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3/08/20	Gilma Ruiz	Recepcion	CERT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
03/08/20	Zulma Betancur	Enfermera	Externa	NO	NO	36.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
04/08	Clara Barrera	Medico	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3/08	Sandra Torres	Medico	C. Ext	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3/8-20	Yolky P. Calle	Enf	C. Ext	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21/08/20	Maria Pachon	Nutricionista	CERT	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3/8/20	Juan Pizarro	Psicologo	C. Ext	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3/8/20	Guillermo Gomez	Medico	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
03/08/20	Monica Flores	Medico	CERT	NO	NO	36.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3/8/20	José Durán	MD	CERT	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3/8/20	José Luis	MD	CERT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3/8/20	Sandra	MD	CERT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
03/08/20	Josefina	TI	C. Ext	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
03-08-20	Andrés Montoya	Med. Gen	C. Ext	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3-08-20	Juan Ospina	Med. Gen	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

(Jersalud) FIGA003  
Versión 2  
may 20  
1 DE 1

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario		
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?				
03-08-20	Daniela Suárez	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
03-08-20	Maria Calafate	Aux Admin	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
03-08-20	Josely Burgos	Asis. Admin	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
03-08-20	Clara Rodriguez	Aux. Calidad	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3-08-20	Patricia Velazquez	Gerente	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
04-08-20	Daniela Suárez	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
04-08-20	Sandra Ospina	Analista SST	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
04-08-20	Bianca N. Bonilla	Coord. Sede	C. Ext.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
04-08-20	Maria Palarca	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
04-08-20	Patricia Velazquez	Gerente	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
04-08-20	Doris Mayorga	Aux Admin	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
05-08-20	Sandra Ospina	Analista SST	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
05-08-20	Daniela Suárez	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
05-08-20	Dora Mappone	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
05-08-20	Maria Palarca	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
05-08-20	Nubia Vargas	Coord. Sede	C. Ext	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
05-08-20	Clara Rodriguez	Aux. Calidad	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 01800010333  
**VIGILADO**





FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
03-08-20	Diana Ibáñez	Aprendiz	C. Ext.	NO	NO	36.7°	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana I (6)
03-08-20	Fátima Rodríguez	Aux Admin.	C. Ext.	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fátima R (5)
3-8-20	Jean Fonseca	Psicólogo	C. Ext.	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jean F (5)
03/08/20	Yessy Alejandra	Aux ADM	ADM	N	N	36.2	N	N	N	N	N	N	Yessy A (5)
3/8/20	Carolina Gama	Médico	C. Ext.	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carolina G (5)
3/8/20	John Gr E	MD	C. Ext.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	John G (5)
3/8/20	Arturo Nino	Médico	C. Ext.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Arturo N (5)
3/8/20	Luz Cepalé	M.D	C. EXT	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luz C (5)
03/08/20	Mario Pablo	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Mario P (5)
03-08-20	Claudia Rodríguez	Aux Calidad	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia R (5)
03/08/20	Isabel Mena	MD	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel M (5)
04/08/20	Jennifer Mateus	T.S	ASISTENCIA	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jennifer M (5)
04/08/20	Diana Ibáñez	Aprendiz	C. Ext.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana I (6)
07/08/20	Carolina Gama	Aux ADM	ADM	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carolina G (5)
08/08/20	Zulma Belancur	Enfermera	C. Ext.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Zulma B (5)
04/08/20	Andrea Ziga	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea Z (5)

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
4/8	Claudia Barrera	Médico	C. Ext.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	CMG	
4/8	Yolcy P. Ovalle	Médico	C. Ext.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yolcy P (5)
4-08-2020	Clara Montoya	Médico General	C. Ext.	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	SI	Clara M (5)	
4/08/20	Sandra Torres	Médico General	C. Ext.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	Sandra T (5)	
4/08/20	M. Lucía Pedraza	Nutricionista	C. Ext.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	SI	M. Lucía P (5)	
4/08/20	Andrés Herrera	Aux. adm.	C. Ext.	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés H (5)
04/08/20	Marica Flores	Médico	C. Ext.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Marica F (5)
4/8/20	Carolina Gama	Médico	C. Ext.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	Carolina G (5)	
04/08/20	Marica Flores	Jersalud	C. Ext.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Marica F (5)
04/08/20	John Gr E	MD	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	John G (5)
4/8/20	John Gr E	MD	C. Ext.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	John G (5)
4/08/20	Isabel Mena	MD	C. Ext.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel M (5)
4/8/20	Carolina Gama	Médico	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Carolina G (5)
4-08-2020	Clara Montoya	Médico General	C. Ext.	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Clara M (5)
04/08/20	Dora Mayoral	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Dora M (5)
04/8/20	John Gr E	MD	C. Ext.	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	John G (5)
04/8/20	Andrea Ziga	Aux. Admin	C. Ext.	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea Z (5)

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910333  
 Línea Correo Electrónico: 01 8000 910333

**VIGILADO**





Jersalud												FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES			FISIA003 Versión: 2 May 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario			
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia						
4/3/20	Joel Durán	M.D	C.EXT	N	N	35,6	N	N	N	N	SI	[Firma]				
4/3/20	Juan Carlos	M.D	C.EXT	N	N	35,7	N	N	N	N	NO	[Firma]				
4/3/20	Robtlan	M.D	C.EXT	N	N	35,1	N	N	N	N	NO	[Firma]				
04/08/20	Ischilano	M.D	C.EXT	N	N	35,6	N	N	N	N	NO	[Firma]				
05/08/20	Juan Carlos	A.F		N	N	36,5	N	N	N	N	NO	[Firma]				
05/08/20	Jennifer Matos	Asst. S	A.S	N	N	36,0	N	N	N	N	NO	[Firma]				
5/08/20	Juan Carlos	Kex enf	C.EXT	N	N	26,2	N	N	N	N	NO	[Firma]				
05/08/20	Monica Flores	Medico	Cext	N	N	36	N	N	N	N	NO	[Firma]				
05-08-20	Isabella Lopez	Asst. S	C.EXT	N	N	35,9	N	N	N	N	NO	[Firma]				
05/08/20	Diego Alejandro	Aux ADM	ADM	N	N	36,0	N	N	N	N	NO	[Firma]				
05-08-20	Diana Ibáñez	Aprendiz	C.EXT	N	N	36,7	N	N	N	N	NO	[Firma]				
05-08-20	Zuma Belandier	farmacia	farmacia	N	N	36,1	N	N	N	N	NO	[Firma]				
5/08/20	Monica Flores	Medico	C.EXT	N	N	35,8	N	N	N	N	NO	[Firma]				
5/08/20	Julian Moreno	Farmacig	Farmacig	N	N	36,5	N	N	N	N	NO	[Firma]				
5/8/20	Verónica Zamora	M.D	C.EXT	N	N	35,6	N	N	N	N	NO	[Firma]				
5/08/20	María Alejandra	Nutricionista	C.EXT	N	N	35,3	N	N	N	N	NO	[Firma]				
5/08	Claudio Berca	M.D	C.EXT	N	N	36,0	N	N	N	N	NO	[Firma]				

Jersalud												FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES			FISIA003 Versión: 2 May 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								¿Trabaja en otra entidad?	Firma del Funcionario			
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia						
05/08	Samuel Torres	Medico	C.EXT	N	N	36,2	N	N	N	N	NO	[Firma]				
5/08/20	Sepulveda Manuel	R farmacia	Forma	N	N	36,3	N	N	N	N	NO	[Firma]				
05/08/20	Andrea Zipa	Admin Aux	Aux. CE	N	N	36,4	N	N	N	N	NO	[Firma]				
05-08/20	Andrés San Vences	Doc Académico	Académico	N	N	36,3	N	N	N	N	NO	[Firma]				
5/8/20	Juan Fonseca	Psicología	C.EXT	N	N	35,7	N	N	N	N	NO	[Firma]				
5/8/20	Diego Martínez	Doc Académico	C.EXT	N	N	35,8	N	N	N	N	NO	[Firma]				
05/08/20	Monica Flores	Medico	Cext	N	N	36	N	N	N	N	NO	[Firma]				
05/08/20	Robtlan	M.D	C.EXT	N	N		N	N	N	N	NO	[Firma]				
5/8/20	Joel Durán	M.D	C.EXT	N	N	36,3	N	N	N	N	NO	[Firma]				
05/08/20	Diego Martínez	Doc Académico	C.EXT	N	N	35,7	N	N	N	N	NO	[Firma]				
05/08/20	Ischilano	Medico	C.EXT	N	N	36,2	N	N	N	N	NO	[Firma]				
5/08/20	Juan Carlos	M.D	C.EXT	N	N	36,5	N	N	N	N	NO	[Firma]				
05/08/20	García Juan	Medico	C.EXT	N	N	36,0	N	N	N	N	NO	[Firma]				
05/08/20	Diego Martínez	Aux ADM	ADM	N	N	35,7	N	N	N	N	NO	[Firma]				
05/08/20	Diana Ibáñez	Aprendiz	C.EXT	N	N	35,5	N	N	N	N	NO	[Firma]				
05/08/20	Andrés San Vences	Doc Académico	C.EXT	N	N	36,3	N	N	N	N	NO	[Firma]				
5/08/20	Juan Carlos	Kex enf	C.EXT	N	N	35,0	N	N	N	N	NO	[Firma]				

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 018000910333  
**VIGILADO**





(Jersalud) **FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES** FIGAA003  
Versión 2  
may-20  
1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondrago	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?	
05/08/20	Yugenia Guerrero	Aux Farmacia	ASIT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Rogun
05/08/20	JELIAN	SIAU	ASIST	NO	NO	75.1	NO	NO	NO	NO	NO	Rogun
05/08/20	Maria Cecilia Sepúlveda	F Farmacia	Asist	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Rogun
06/08/20	Yugenia Guerrero	Aux Farmacia	ASIST	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Rogun
06/08/20	Johana Vargas	Aux Farmacia	Asist	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Johana
05/08/20	NETLY CCAHO	Aux. Farmacia	Asist.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Netly
6/08/20	Maria Cecilia S.	F Farmacia	Asist	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Rogun

(Jersalud) **FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES** FIGA003  
Versión 2  
may-20  
1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondrago	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?	
05-08-20	Leidy Jimenez	Aux odont.	odont.	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy S.
05-08-20	Maria Paula Rojas	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Maria S.
5-08-20	Isabel	M.D	C & E	NO	NO	34.6	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel S.
05/08/20	Yolanda	M.D	C. Ext	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	Yolanda S.
5/08/20	Juan Carlos Garcia	M.D	C.EXT	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	Juan Carlos S.
5/8/20	Isabel	M.D	C.EXT	N	N	36.5	N	N	N	N	N	Isabel S.
05/08/20	Fischler	M.D	C.EXT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Fischler S.
05-08-20	Maria Rodriguez	Aux Admin	C.EXT	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	Maria S.
6/8/20	Jennifer Mejia	Aux enf	C. Ep	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Jennifer S.
06/08/20	Jennifer Mateus	T.S	A.S	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Jennifer S.
06/08/20	Zulmartha Belarín	Enfermera	C.EXT	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Zulmartha S.
06/08/20	Juliana Moreno	Farmacé	Farmacé	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana S.
06-08-20	Andrea Zipa	Aux Admin	Adminis	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea S.
06/08/20	Cecilia Benicio	M.D	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Cecilia S.
06/08/20	Anderson Wacca	Admin Civ	Adminis	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Anderson S.
6/8/20	Yuliy P. Gallo	C Ext	Enfermer	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Yuliy S.
06-08-20	Diana Ibarra	Aprendiz	C.EXT	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Diana S.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Licencia de funcionamiento: 01000010333  
Línea Correo Nacional: 01800010333



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGA003 Versión 2 may 20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondeo/taje	Fatiga y Adinamia			
06/08/20	Gitano L. Cal	Medico	Cent	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	Cal	
06/08/20	Leandra Torres	Medico	C-Ext	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	SI	Torres	
06/08/20	Marica Flores	Medico	Cent	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	Flores	
6/8/20	Juan Fonseca	Psicologo	C-Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Fonseca	
6/08/2020	Alfredo Hernandez	Tec. Salud	C-Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	SI	Hernandez	
6/8/20	Carson Carr	Med.	C-Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Carr	
06/08/20	Monica Flores	Medico	Cent	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Flores	
06/8/20	Carson Carr	Medico	C-Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Carr	
06/8/2020	Alfredo Hernandez	Tec. Salud	C-Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	Hernandez	
6/8/20	Juan Fonseca	Medico	C-Ext	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	Fonseca	
6/8/20	Dim Jimenez	MD	C-Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Jimenez	
6/8/20	Jael Leon	MD	C-Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Leon	
06/08/20	Joselyne	MD	Cent	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Joselyne	
06/08/20	Alfredo Hernandez	Nutricionista	Cent	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Hernandez	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGA003 Versión 2 may 20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondeo/taje	Fatiga y Adinamia			
05-08-20	Adriana Gomez	Analista SST	Admin	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	Gomez	
06-08-20	Daniela Suarez	Aprendiz	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Suarez	
06-08-20	Mario Julio Lopez	Aux Admin	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Lopez	
06-08-20	Juan Jimenez	Tec. Salud	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Jimenez	
06-08-20	Blanca M. Vargas	Coord. Sala	C-Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Vargas	
06-08-20	Clara Rodriguez	Aux. Salud	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Rodriguez	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea de Atención al Ciudadano: 01800010303  
 Linea Correo Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**





6.1.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Duitama

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIG(A)003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
												Entrada	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondrología	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en otra entidad?		
30/07/20	Diana Chaparro	Aux Adm	Aprendiz	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Quise
30/07/20	Alejandra Pinzon	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Javier
30/07/20	Sonia Pira	Aux. farmaci	farmaco	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Javier
30-7-20	Lina Arango	AUX ADM	ADM	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
30-7-20	Evelyn Cepeda	ASIST TH	Admin.	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fuel
30-7-20	Kiancy Mog	ASIST	Med	NO	NO	36.6	NO	NO	SI	NO	NO	NO	ed
30-07-20	Lerin RODRIGUEZ	ASISTENCI	MEDICO	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fuel
30-7-20	Hudely Trancu	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fuel
30-7-20	David Pinzu	G/O.	ASIST	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	SI	DM

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIG(A)003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
												Salida	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondrología	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en otra entidad?		
30-7-20	Evelyn Cepeda	ASIST TH	Admin	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fuel
30-07-20	Lerin RODRIGUEZ	MEDICO	ASISTEN	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fuel
30-07-20	Hudely Trancu	Aux Admin.	Admini.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fuel
30-07-20	Gloria Aranda	Coordinador	Asista	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fuel
30-7-20	Lina Arango	AUX ADM	ADM	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
30-07-20	Diana Cepeda	AUX ADM	ADM.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
30-07-20	Diana P. Aranda	ENFERMERA	ASISTEN	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Línea Correo Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**





Entrada

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003	
												Versión 2	
												may-20	
												1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del Funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
31-7-20	Lina Arango	Aux Adm	Adm	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Lina	
31-7-20	Hidaly Tronzo	Adminis.	Admin.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Hidaly	
31/07/20	Alejandra Pinzon	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Alejandra	
31/07/20	Sofia Chaparro	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Sofia	
31-07-20	Glora Avardor	Coordinadora	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Glora	
31/07/20	Orina Caceron	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Orina	
31/07/20	Luis Rosmy	MEDICO	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Luis	

Salida

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003	
												Versión 2	
												may-20	
												1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del Funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
31-7-20	Lina Arango	Aux Adm	Adm	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Lina	
31/07/20	Orina Caceron	AUX ADM	ADM	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Orina	
31/07/20	Luis Rosmy	MEDICO	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Luis	
31-07-20	Alejandra Pinzon	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Alejandra	
31-07-20	Glora Avardor	Coordinadora	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Glora	
31-07-20	Jorge Dorely Fylo	Medico	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	Jorge	
03-08-20	John Herrera	Eng. Operativa	Admin.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	John	



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
3-8-20	Lina Arcega	Aux ADM	ADM	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
3-8-20	Nancy Magallon	Medico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy
3/08/20	Diana P. Arce	ENFERMERA	Asistenc	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
3-08-20	Eduyn Cepeda	ASISTTA	Admin	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Eduyn
3-8-20	Gloria Avendaño	Coordinadora	Asist	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
3-8-20	Alexandra Pineda	Aux Adm	Adm	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alex
3/08/20	Olivia Cereno	Aux Adm	ADM	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Olivia
3/8/20	Martha Cecilia	Metro	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Martha
03/08/20	Juan Rosary	Medico	Asist	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
03-08-20	Hedely Trnani	Aux Admin	Admin.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hedely

**SALIDA**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario	
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
03-08-20	Nancy Magallon	Medico	Asisten	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy
03/08/20	Juan Rosary	Medico	Asistenc	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
03-08-20	Hedely Trnani	Aux Admin.	Adminis	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hedely
03-08-20	Gloria Avendaño	Coordinadora	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
03-08-20	Sonia Pina	Aux. farmacia	Asistenci	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sonia
03-8-20	Huyel Ullio	Aux. farmacia	Asistenci	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Huyel
03-08-20	Jina Zubada	Reg Farmac	Asistenc	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jina
03-08-20	Olivia Cereno	Aux Adm	ADM	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Olivia
03/08/20	Diana Arce	Enfermera	Asistenci	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
3-8-20	Lina Arcega	AUX ADM	ADM	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Control Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**





**Entrada**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIDAN003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondefaja	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
04/08/20	Miguel Velasco	Aux farmacia	Asistencia	NO	NO	36.0	4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/08/20	Juan Figueroa	Eng. Salud	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-08-20	Hedely Trujano	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/08/20	Diana Sofia Chaparro	Aux Admin	Aprendiz	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/08/20	Olivia Caceres	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/08/20	Diana Acero	Enfermera	Asistenc	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-8-20	Lina Arque	AUX ADM	ADM	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-8-20	Glaura Arendón	Coordinadora	Asistencial	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-8-20	Evelyn Cepeda	ASIST TH	Admin	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-8-20	Walter Rosado	Medico	ASIS	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-08-20	Lina Escobedo	Req. Tec.	ASIS	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/08/20	Kevin Rosado	Medico	Asist	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-08-20	Christina Pacheco	Medico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-08-20	Jorge De la Torre	Medico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/08/20	Miguel Velasco	Aux Admin	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Kevin Rosado	Medico	Asist	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

**Salida**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIDAN003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondefaja	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
04-08-20	Nancy Mogellon	Medico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-08-20	Miguel Velasco	Aux Admin	Asist	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/08/20	Sofia Chaparro	Aux. Admi	Aprendiz	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/08/20	Olivia Caceres	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/08/20	Diana Acero	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/08/20	Christina Pacheco	Medico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/08/20	Jorge De la Torre	Medico	Asist	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Correo Nacional: 010001910332  
**VIGILADO**





FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
											Ingreso	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
05-08-20	Juan Figueroa	Tay. Soporte	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-08-20	Marcial Velasco	Aux. Farmacia	Aux. Farmacia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-08-20	Sofia Chaparro	Aux. Admi	Aprendiz	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-08-20	Alejandra Pinzon	Aux. Admi	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Diana P. Acezo	Enfermera	Asistencia	NO	NO	34,4	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA P
05/08/20	Diana Escobar	AUX. ENFERMERA	Admin	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA E
05-08-20	Lina May	AUX. ADM.	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-08-20	Lina Zabala	Prog. Fac.	Asist.	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-08-20	Sonia Pira	Aux. Farmacia	Asistencia	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5-08-20	Diego Botero	Médico	Asist.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-08-20	Gloria Arendón	Coordinador	Asistencia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-08-20	Hedy Truena	Aux. Admin.	Admin	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA003 Versión 2 may 20 1 DE 1	
											Salida	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
05-08-2020	Lina May	Aux. Admin.	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/8/2020	Sofia Chaparro	Aux. Adm.	Aprendiz	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/8/20		Aux. Farmacia	Asistencia	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/8/20	Alejandra Pinzon	Aux. Admin.	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Juan Figueroa	Tay. Soporte	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-08-20	Gloria Arendón	Coordinador	Asistencia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-08-20	Hedy Truena	Aux. Admin.	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-08-20	Lina Zabala	Prog. Fac.	Asist.	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Diana Escobar	AUX. ENFERMERA	Admin	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA E
05/08/20	DIANA ACEZO	AUX. ENFERMERA	Admin	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	DIANA A

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800091033  
 Línea de Consulta Nacional: 01800091033



6.1.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Sogamoso

Jersalud	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA003
		Versión 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófilo	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
3-08-20	Sandra Tabares	Aux. Ad.	L. Front	No	No	36.7	No	No	No	No	No	No	[Firma]
3-08-20	Daisy Caplan	cood.	Admón	No	No	36	No	No	No	No	No	No	[Firma]
03-08-20	Sergio Celis	Regente	Formas	No	No	35.9	No	No	No	No	No	No	[Firma]
3-8-20	Monica B	Aux. Ad.	Siv	Si	Si	36.4	Si	No	No	No	No	No	[Firma]
3-8-20	Cesar Camilo	NO	COT	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	[Firma]
3-8-20	Danyara Diaz	AUX. Farmacia	Farma	No	No	36	No	No	No	No	No	No	[Firma]
3-8-20	Luis Feth Galán	Aux. Farmacia	Farmacia	No	No	35.6	No	No	No	No	No	No	[Firma]
3-08-20	MILENA A. QUIJERO	enfermera	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	[Firma]
3-08-20	Daisy Vargas B	aux. enfermera	asistencial	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	[Firma]
3-08-20	Diana Romero	aux. de turno	Linea Fronte	No	No	34.5	No	No	No	No	No	No	[Firma]
3-08-20	Sebastian River	re. dia	Cert	No	No	36	No	No	No	No	No	No	[Firma]
3-8-20	Elidon Leagu	Medicor	C.E.XI	No	No	36.4	No	No	No	No	No	No	[Firma]

Jersalud	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA003
		Versión 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófilo	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
04-08	Diana Romero	aux. de turno	Linea Fronte	No	No	35.9	No	No	No	No	No	No	[Firma]
04-08	Daisy Caplan	cood.	Admón	No	No	36.3	No	No	No	No	No	No	[Firma]
04/08/20	MILENA A. QUIJERO	enfermera	Asistencial	No	No	35.3	No	No	No	No	No	No	[Firma]
04/08/20	Luis Feth Galán	Aux. Farmacia	Farmacia	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	[Firma]
04/18/20	Daisy Vargas	aux. enfermera	asistencial	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	[Firma]
4-8-20	Diana Romero	medica	medica	No	No	35.7	No	No	No	No	No	No	[Firma]
4-8-20	Monica B	Aux. Ad.	Siv	No	No	36.1	No	No	No	No	No	No	[Firma]
4-8-20	Cesar Camilo	NO	COT	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	[Firma]
04-08-20	Sergio Celis	Regente	Formas	No	No	35.9	No	No	No	No	No	No	[Firma]
4-8-20	Danyara Diaz	AUX. Farmacia	Farmacia	No	No	35.5	No	No	No	No	No	No	[Firma]
4-8-20	Sandra Tabares	Aux. Aditivo	Linea Fronte	No	No	36.9	No	No	No	No	No	No	[Firma]
4-8-20	Sebastian River	re. dia	Cert	No	No	36.8	No	No	No	No	No	No	[Firma]
4-8-20	Elidon Leagu	Medicor	C.E.XI	No	No	35.9	No	No	No	No	No	No	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000910333  
 VIGILADO











FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
4/8/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/8/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/8/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
7/8/2020	INGRITH NATALIA LOZANO BUITRAGO	AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA									
		AUX DE FARMACIA	AUX DE FARMACIA									

**6.1.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Garagoa**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario

Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
31-7-20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31-7-20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3-8-20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3-8-20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-8-20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4-8-20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5-8-20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5-8-20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6-8-20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6-8-20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910333  
 Línea de Consulta Nacional: 01 8000 910333  
**VIGILADO**





(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1
------------	--	---

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
31-07-20	Ledy Castilla	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
31-07-20	Ledy Castilla	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
03-08-20	Ledy Castilla	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
03-08-20	Ledy Castilla	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	35°C	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
04-08-20	Ledy Castilla	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
04-08-20	Ledy Castilla	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
05-08-20	Ledy Castilla	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
05-08-20	Ledy Castilla	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
06-08-20	Ledy Castilla	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	36°C	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C
06-08-20	Ledy Castilla	Regente de Farmacia	Farmacia	NO	NO	36.2°C	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy C

(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1
------------	--	---

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
31-07-20	Mery Camelo	Línea de Frente	Auxiliar Administrativo	NO	NO	37.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31-07-20	Mery Camelo	Línea de Frente	Auxiliar Administrativo	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-08-20	Mery Camelo	Línea de Frente	Auxiliar Administrativo	NO	NO	36.4°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-08-20	Mery Camelo	Línea de Frente	Auxiliar Administrativo	NO	NO	36.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-08-20	Mery Camelo	Línea de Frente	Auxiliar Administrativo	NO	NO	36.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-08-20	Mery Camelo	Línea de Frente	Auxiliar Administrativo	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-08-20	Mery Camelo	Línea de Frente	Auxiliar Administrativo	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-08-20	Mery Camelo	Línea de Frente	Auxiliar Administrativo	NO	NO	36.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
06-08-20	Mery Camelo	Línea de Frente	Auxiliar Administrativo	NO	NO	34.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
06-08-20	Mery Camelo	Línea de Frente	Auxiliar Administrativo	NO	NO	35.0°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 0100001033  
 Línea de Consulta Normativa: 0100001033  
**VIGILADO**





(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	F(GA)003
		Versión: 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia			
03-08-20	Armando I. Domínguez	Médico	CE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
03-08-20	Armando I. Domínguez	Médico	CE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
04-08-20	Armando I. Domínguez	Médico	CE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
04-08-20	Armando I. Domínguez	Médico	CE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
05-08-20	Armando I. Domínguez	Médico	CE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
05-08-20	Armando I. Domínguez	Médico	CE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
06-08-20	Armando I. Domínguez	Médico	CE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
06-08-20	Armando I. Domínguez	Médico	CE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		

(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	F(GA)003
		Versión: 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia			
03-08-20	[Signature]	Enfermera	C.E.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
03-08-20	[Signature]	Enfermera	C.E.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
04-08-20	[Signature]	Enfermera	C.E.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
05-08-20	[Signature]	Enfermera	C.E.	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
06-08-20	[Signature]	Enfermera	C.E.	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

VIGILADO  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Línea de Consulta: 018000910302







(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGAAN003
		Versión 2
		may 20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar etiopatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondefleja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
31/07/2020	Melina Riquelme	Consultor Externo	Medicina General	NO	NO	34.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/2020	Melina Riquelme	Consultor Externo	Medicina General	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/08/2020	Melina Riquelme	Medico General	Consultorio	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/08/2020	Melina Riquelme	Medico General	Consultorio	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/08/2020	Melina Riquelme	Medico General	Consultorio	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/08/2020	Melina Riquelme	Medico General	Consultorio	NO	NO	34.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/08/2020	Melina Riquelme	Medico General	Consulta	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/08/2020	Melina Riquelme	Medico General	Consulta	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/08/2020	Melina Riquelme	Medico General	Consultorio	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/08/2020	Melina Riquelme	Medico General	Consultorio	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/08/2020	Melissa Riquelme	Medico General	Consultorio	NO	NO	34.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/08/2020	Melissa Riquelme	Medico General	Consultorio	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

(Jersalud)	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGAAN003
		Versión 2
		may 20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar etiopatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminófen	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondefleja	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
31/07/20	Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/20	Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/08/20	Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/08/20	Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/08/20	Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/08/20	Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/08/20	Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/08/20	Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/08/20	Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/08/20	Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/08/20	Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/08/20	Daniela Castro	Aux. Enfermería	Asistencia	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Coram Nacional, 01000010333  
**VIGILADO**







	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	FIGA003
		Versión: 2
		may-20
		1 DE 1

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Osinetaja	Fatiga y Adrenia	¿Trabaja en otra entidad?		
5/08/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	UU	UU	36.7	UU	UU	UU	UU	UU	UU	
5/08/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	UU	UU	36.2	UU	UU	UU	UU	UU	UU	
5/08/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
5/08/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
5/08/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
5/08/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
5/08/2020	DESY LUJANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
5/08/2020	DESY LUJANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
5/08/2020	MILDER ASTRO MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	UU	35.8	UU	UU	UU	UU	UU	UU	
5/08/2020	MILDER ASTRO MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	UU	UU	36.9	UU	UU	UU	UU	UU	UU	
6/08/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	UU	UU	36.5	NO	UU	UU	UU	UU	UU	
6/08/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	UU	UU	36.8	UU	UU	UU	UU	UU	UU	
6/08/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
6/08/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
6/08/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
6/08/2020	DESY LUJANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
6/08/2020	DESY LUJANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	UU	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
6/08/2020	MILDER ASTRO MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	UU	UU	35.9	UU	UU	UU	UU	UU	UU	
6/08/2020	MILDER ASTRO MARTINEZ COMBITA	REGENTE FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	UU	UU	35.4	UU	UU	UU	UU	UU	UU	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Correo Electrónico: [lns@minsa.gob.pe](mailto:lns@minsa.gob.pe)  
 Línea Correo Nacional: 01000010303





**6.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Meta**

**6.2.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Villavicencio**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está correctamente cumpliendo sus actividades o responsabilidades	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo diagnóstico	Filtro igual o mayor a 95%	Tox	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fiebre y Adinamia	¿Trabaja en otro edificio?	Fecha del funcionamiento
06/08/20	Ruth Baquero	Jefe	Asistencia	NO	NO	56,2	NO	NO	NO	NO	NO	Ruth Baquero
06/08/20	Lucia Tenes	Aux enfermera	Asistencia	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	Lucia Tenes
06/08/20	Luz Sanchez	Higienista	Asistencia	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Sanchez
06/08/20	Marcela Morales	Aux odontóloga	Asistencia	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	Marcela Morales
06/08/20	Patricia Camargo	Asistente Técnica	Asistencia	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	Patricia Camargo

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está correctamente cumpliendo sus actividades o responsabilidades	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo diagnóstico	Filtro igual o mayor a 95%	Tox	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fiebre y Adinamia	¿Trabaja en otro edificio?	Fecha del funcionamiento
06/08/20	Natary Gutierrez	Guarda	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Natary Gutierrez
06/08/20	Natary Gutierrez	Guarda	Asistencia	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	Natary Gutierrez
06/08/20	Mardy Romero	Aux laboratorista responsable de farmacia	Asistencia	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	Mardy Romero
06/08/20	Wilmar Novoa	Aux admnistrativa	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Wilmar Novoa
06/08/20	July Botron	Aux admnistrativa	Admin	NO	NO	36,7	NO	NO	SI	NO	NO	July Botron
06/08/20	Johana Cordoba	Medica general	Asistencia	NO	SI	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Johana Cordoba
06/08/20	Marta Murillo	Aux enfermera	Asistencia	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	Marta Murillo
06/08/20	Darwin Gamle	Medico general	Asistencia	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	Darwin Gamle
06/08/20	Elior Castro	odontólogo	Asistencia	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	Elior Castro
06/08/20	Jose Romero	Psicólogo	Asistencia	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	Jose Romero
06/08/20	Luz Ramirez	Asistente Técnica	Asistencia	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Ramirez
06/08/20	July Rojas	Medico general	Medico general	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	SI	July Rojas
06/08/20	Cesar Guerrero	Medico general	Asistencia	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar Guerrero
06/08/20	Sebastian Falla	Aux admnistrativa	Admin	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian Falla
06/08/20	Diego Acosta	Asistente de limpieza	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Diego Acosta
06/08/20	Paola Salgado	Enfermera PE	Asistencia	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	Paola Salgado
06/08/20	Diana Villalobos	Aux enfermera	Asistencia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Diana Villalobos
06/08/20	Sandra Reinososa	Jefe de cocina	Admin	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Reinososa
06/08/20	Aura Londoño	Asistente SSI	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Aura Londoño
06/08/20	Yesica Cañon	Asistente administrativa	Admin	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	Yesica Cañon
06/08/20	Karen Meica	Jefe Admin	Admin	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Karen Meica
06/08/20	Marta Bonilla	Asistente TI	Admin	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Marta Bonilla
06/08/20	Liliana Chaca	Bacteriologa	Asistencia	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	Liliana Chaca

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 08000910303  
 Línea de Atención al Cliente: 08000910303  
**VIGILADO**





FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Area de Dependencia	Cuál consultado medicaciones anti-fiebre y/o analgésicos	Si tiene contacto estrecho con caso confirmado por nuevo diagnóstico	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oliguria	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta unidad?	Firma del funcionario
05/08/20	Luz Sanchez	Hygienista	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Marcela Morales	Aux odontologica	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Carmita Gomez	odontologica	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Dina Villalobos	Aux enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Marcia Bonilla	Talento humano	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Laura Brindón	Analista SST	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Jessica Cotán	Asistente administrativo	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Karen Melo	Jefe administrativo	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Liliana Chaca	Bacteriología	Asistencial	NO	NO	36	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Diana Bonilla	Asesora de aplicaciones	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
05/08/20	Miguel Reina	Ing sistemas	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	José Romero	Psicólogo	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Patricia Camargo	Ambiente físico	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Johana Urrego	Asistente físico	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Ivan Ponce	Médico general	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
05/08/20	Paula Sobal	Médico general	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
05/08/20	Flor Castro	odontologica	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Diana Monte	Cerrante	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Sandra Peñalosa	Jefe calidad	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Wilson Novoa	responsable de farmacia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Carolina Barbosa	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Paola Torres	Auditoria de calidad	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Ruth Baqueró	Jefe	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE ALGUNOS DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Area de Dependencia	Cuál consultado medicaciones anti-fiebre y/o analgésicos	Si tiene contacto estrecho con caso confirmado por nuevo diagnóstico	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Oliguria	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en esta unidad?	Firma del funcionario
04/08/20	Johana Urrego	Ambiente físico	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/08/20	Patricia Camargo	Ambiente físico	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/08/20	Blas Barreto	Médico Pediatra	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
04/08/20	Nelly Sanchez	Higienista	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/08/20	Marcia Morales	Aux odontologica	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04/08/20	Lorena Talavera	Endodonzista	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
04/08/20	Sebastian Falla	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Bethany Gutierrez	Cuida	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Mery Romero	Aux Laboratorio	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Windy Gaitan	Aux enfermeria	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Daniela Carroña	Aux SIAU	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Jenny Beltran	Aux farmacia	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Jully Beltran	Aux admin	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Sebastian Falla	Aux admin	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Geila TRez	Aux enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Paula Galindo	Asesora Pp	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Diego Ponce	Asesora Pp	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Luz Ramirez	Auditoria física	Asistencial	NO	NO	36.1	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Maria Navarro	Aux Empr	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Savara Condeba	Médico general	Asistencial	NO	SI	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Ruth Baqueró	Jefe	Admin	NO	SI	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05/08/20	Jully Rojas	Médico general	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
05/08/20	Daniela Gomez	Médico general	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Central Nacional: 02000910303  
**VIGILADO**



Jersalud													FORMATO DE VERIFICACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES		EVALUACIÓN Versión 2 May 20 1 de 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está correctamente vacunado contra el sarampión o rubéola?	¿No tiene exámenes de sangre en caso contrario para evaluarse por nuevos coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Edulcorantes Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en áreas críticas?	Plano del funcionario				
04/08/20	KARLA NAVARRO	Aux enfermería	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Karla Navarro				
04/08/20	Sandra Rey	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Rey				
04/08/20	Jenny Estremera	Aux enfermería	Admin	NO	SI	36.1	SI	NO	NO	NO	NO	Jenny Estremera				
04/08/20	Ruth Boyvoro	Jefe	Admin	NO	SI	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Ruth Boyvoro				
04/08/20	Gracia Tellez	Aux enfermería	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Gracia Tellez				
04/08/20	Dina Villalobos	Aux enfermería	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Dina Villalobos				
04/08/20	Miguel Reina	Jefe soporte	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Miguel Reina				
04/08/20	Monica Cañon	Asistente de admnistración	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Monica Cañon				
04/08/20	Victor Navarro	Analista facturación	Admin	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Victor Navarro				
04/08/20	Maria Bonilla	Asistente humano	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Maria Bonilla				
04/08/20	Karen Melo	Jefe admnis	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Karen Melo				
04/08/20	Aura Lardero	Analista SST	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	Aura Lardero				
04/08/20	Paola Galindo	enfermera pp	Admin	SI	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Paola Galindo				
04/08/20	Sandra Pinalosa	Jefe calidad	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Pinalosa				
04/08/20	Liliana Chacon	Neofarmacología	Asistencial	NO	NO	36.2	SI	NO	NO	NO	NO	Liliana Chacon				
04/08/20	Julian Gomez	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	SI	NO	SI	NO	Julian Gomez				
04/08/20	Henry Beltran	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Henry Beltran				
04/08/20	Angie Carreño	Aux servicio diario	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Angie Carreño				
04/08/20	Ledy Viviana Gutierrez	Regente	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy Viviana Gutierrez				
04/08/20	Juan Camilo Puentes	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	SI	Juan Camilo Puentes				
04/08/20	Yamile Sarabogal	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	Yamile Sarabogal				
04/08/20	Katherine Tunjano	Medico General	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Katherine Tunjano				
04/08/20	Maria Camila Gomez	Odonatologa	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Maria Camila Gomez				

Jersalud													FORMATO DE VERIFICACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES		EVALUACIÓN Versión 2 May 20 1 de 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está correctamente vacunado contra el sarampión o rubéola?	¿No tiene exámenes de sangre en caso contrario para evaluarse por nuevos coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Edulcorantes Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en áreas críticas?	Plano del funcionario				
03/08/20	Julian Gomez	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Julian Gomez				
03/08/20	Johana Cudenas	Aux. Farmacia	Asistencial	SI	NO	37.5	SI	NO	SI	NO	NO	Johana Cudenas				
03/08/20	Henry Beltran	Aux. Farmacia	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Henry Beltran				
03/08/20	Angie Carreño	Aux. atención cliente	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Angie Carreño				
03/08/20	Ledy Viviana Gutierrez	Regente	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Ledy Viviana Gutierrez				
03/08/20	Juan Camilo Puentes	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	Juan Camilo Puentes				
03/08/20	Yamile Sarabogal	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	Yamile Sarabogal				
03/08/20	Flor Alba Castro	Odonatologa	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Flor Alba Castro				
03/08/20	Katherine Tunjano	Medico General	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Katherine Tunjano				
03/08/20	Johana Urrego	Ambiente fisico	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Johana Urrego				
03/08/20	Patricia Calderon	Ambiente fisico	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Patricia Calderon				
04/08/20	Luis Acosta	Guarda	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Luis Acosta				
04/08/20	Windy Gaitan	Aux enfermera	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Windy Gaitan				
04/08/20	Mery Romero	Aux Laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Mery Romero				
04/08/20	July Beltran	Aux admnis	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	July Beltran				
04/08/20	Diego Bocanegra	Atencion alu	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	SI	NO	NO	Diego Bocanegra				
04/08/20	Borwin Gomez	Medico general	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	Borwin Gomez				
04/08/20	Flor Castro	odontologa	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Flor Castro				
04/08/20	Juli Rojas	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	Juli Rojas				
04/08/20	Josiana Cordoba	Medico general	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Josiana Cordoba				
04/08/20	Karina Arango	Medico general	Asistencial									Karina Arango				
04/08/20	Cesar Guerrero	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Cesar Guerrero				
04/08/20	Luz Ramirez	Servicios salud	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Ramirez				

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Consulta Nacional: 08000910303  
**VIGILADO**





FORMATO DE VERIFICACIÓN CUANTO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está considerando vacunarse o reforzarse?	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para informarlo por correo electrónico?	Fiebre igual o superior a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorosidad	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en zona afectada?	Firma del trabajador
03/08/20	July Rojas	Médico general	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
03/08/20	Jovana Cardona	Médico general	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
03/08/20	Gina Arango	Médico general	Asistencial	NO	NO	36.2	SI	NO	SI	SI	NO	[Firma]
03/08/20	Cesar Guerrero	Médico general	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08/20	Luz Sarmiento	Higiene dental	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08/20	Marcela Morales	Aux odontóloga	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08/20	Camila Gomez	Odontóloga	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08/20	José Romero	Psicólogo	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08/20	Ruth Baquero	Enfermera dermataria	Asistencial	SI	SI	36	NO	NO	SI	NO	NO	[Firma]
03/08/20	Pablo Gollano	Enfermera	Asistencial	SI	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08/20	Gracia Tellez	Aux enfermera	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08/20	Dina Villalobos	Enfermera profesional calidad	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08/20	Sandra Peñalosa	Asistente calidad	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08/20	Liliana Chacón	Bacteriología	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08/20	Mery Romero	Aux laboratorio	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08/20	Alexandra Parra	Aux laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08/20	Lorena Duarte	Gerente	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08/20	Jeny Gutierrez	Auxiliar	Admin	SI	NO	36.7	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08/20	Wendy Saiton	Aux enfermera	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08/20	Luz Ramirez	Servicios generales	Asistencial	NO	NO	36	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08/20	Maria Bonilla	Talento humano	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08/20	Daniela Carrero	Aux atención SIAU	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08/20	Aura Londoño	Analista SST	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN CUANTO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está considerando vacunarse o reforzarse?	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para informarlo por correo electrónico?	Fiebre igual o superior a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorosidad	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en zona afectada?	Firma del trabajador
31/07/20	Camila Barco	odontóloga	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/20	Gracia Tellez	Aux enfermera	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/20	Dina Villalobos	Aux enfermera	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/20	Ruth Baquero	Aux enfermera	Asistencial	NO	SI	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/20	Daniela Carrero	Aux calidad	Asistencial	SI	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/20	Sandra Peñalosa	Jefe calidad	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/20	Karen Melo	Jefe Admin	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/20	Maria Bonilla	Talento Humano	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/20	Victor Navarro	Analista factu	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/20	Sebastian Falla	Aux. facturac.	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/20	Jeny Gutierrez	Aux enfermera	Asistencial	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/20	Aura Londoño	Analista SST	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/20	Jenny Gutierrez	Guarda	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/20	Johana Urego	Servicios generales	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/20	Yamir Sabagal	Médico general	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
31/07/20	Wendy Saiton	Médico general	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31/07/20	Ivana Puentes	Médico general	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
31/07/20	Resca Cañon	Asistente administrativo	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	SI	NO	NO	[Firma]
03/08/20	Luis Acosta	Guarda	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08/20	Resca Cañon	Asistente administrativo	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08/20	July Beltran	Aux administrativa	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08/20	Sebastian Falla	Aux administrativo	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08/20	Daniela Carrero	Médico general	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Correo Nacional: 08000910303  
VIGILADO





**6.2.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Acacias**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
4/08/2020	Nohori Alejandra Piraban	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/08/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/08/2020	Imma Mendieta Contreras	Médico general	Asistencial	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
4/08/2020	Jorge Enrique Clavijo	Médico general	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
4/08/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermería	Asistencial	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
03/08-05	NOHORI ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08-05	YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08-05	IMMA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
03/08-05	JORGE ENRIQUE CLAVIJO	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
03/08-05	CAROLINA TELLEZ	RESIDENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08-05	NATALIA VEJASQUEZ	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08-05	NOHORI ALEJANDRA PIRABAN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ADMINISTRATIVA	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08-05	YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08-05	IMMA MENDIETA CONTRERAS	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
03/08-05	JORGE ENRIQUE CLAVIJO	MEDICO GENERAL	ASISTENCIAL	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
03/08-05	CAROLINA TELLEZ	RESIDENTE DE FARMACIA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03/08-05	NATALIA VEJASQUEZ	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

**6.2.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto Gaitán**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)								Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odisfagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
29-07-20	Juan Lopez	A. Enf	Quimica	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-07-20	Juan Lopez	A. Enf	Quimica	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
31-07-20	Juan Lopez	A. Enf	Quimica	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-08-20	Juan Lopez	A. Enf	Quimica	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-08-20	Juan Lopez	A. Enf	Quimica	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
03-08-20	Juan Lopez	A. Enf	Quimica	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
04-08-20	Juan Lopez	A. Enf	Quimica	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
05-08-20	Juan Lopez	A. Enf	Quimica	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
06-08-20	Juan Lopez	A. Enf	Quimica	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



Jersalud													
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA/003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia			
23-07-20	Jiré Machado	Medico	Consultorio 01	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
24-07-20	Jiré Machado	Medico	Consultorio	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
27-07-20	Jiré Machado	Medico	Consultorio	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
28-07-20	Jiré Machado	Medico	Consultorio 01	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
29-07-20	Jiré Machado	Medico	Consultorio 01	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-07-20	Jiré Machado	Medico	Consultorio 01	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
31-07-20	Jiré Machado	Medico	Consult 01	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
03-08-20	Jiré Machado	Medico	Consult 01	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
04-08-20	Jiré Machado	Medico	Consult 01	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
05-08-20	Jiré Machado	Medico	Consult 01	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
06-08-20	Jiré Machado	Medico	Consult 01	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

Jersalud													
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIGAA/003 Versión: 2 may-20 1 DE 1		
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Esta consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)						¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia			
29-07-20	Sandra Patricia	enf	PYP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
30-07-20	Sandra Patricia	enf	PYP	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
31-07-20	Sandra Patricia	enf	PYP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
01-08-20	Sandra Patricia	enf	PYP	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
03-08-20	Sandra Patricia	enf	PYP	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
04-08-20	Sandra Patricia	enf	PYP	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
05-08-20	Sandra Patricia	enf	PYP	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
06-08-20	Sandra Patricia	enf	PYP	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea de Atención al Ciudadano: 018000910303  
 Vigilado





FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA-003 Version 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Verificar sintomatología (marcar con una X las variables que aplican)								
				Este consumo de medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
01-08-20	Lady Paola Leguila	auxiliar	farmacia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Lady Paola
03-08-20	Lady Paola Leguila	auxiliar	farmacia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Lady Paola
04-08-20	Lady Paola Leguila	auxiliar	farmacia	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Lady Paola
05-08-20	Lady Paola Leguila	auxiliar	farmacia	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	Lady Paola
06-08-20	Lady Paola Leguila	auxiliar	farmacia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Lady Paola

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA-003 Version 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Verificar sintomatología (marcar con una X las variables que aplican)								
				Este consumo de medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
01-08-20	Gloria Benítez	auxiliar	farmacia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Benítez
03-08-20	Gloria Benítez	auxiliar	farmacia	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Benítez
04-08-20	Gloria Benítez	auxiliar	farmacia	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Benítez
05-08-20	Gloria Benítez	auxiliar	farmacia	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Benítez
06-08-20	Gloria Benítez	auxiliar	farmacia	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Benítez

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Correo Nacional: 018000190332  
**VIGILADO**





6.2.4 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto López

FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												Evaluación Fecha: 21 Hora: 09 T. No. 1	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Está correctamente vacunado contra la gripe A y B?	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en sus entes?	Firma del Responsable	
2020-07-31	LUZ MARINA PEDRAZA	ANALISTA FÍSICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-07-31	ROSSEL NATAJIA MOLIGUENZ	ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-07-31	ANA MARGARITA ZAMBRANO	ANAL ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-07-31	JOSE ROBERTO MERA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-07-31	ROMINE CARMONA	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-01	LUZ MARINA PEDRAZA	ANALISTA FÍSICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-01	ROSSEL NATAJIA MOLIGUENZ	ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-01	ANA MARGARITA ZAMBRANO	ANAL ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-01	JOSE ROBERTO MERA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-01	MARILEY JAUETH GARCIA	ANAL FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-01	ROMINE CARMONA	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-01	LUZ MARINA PEDRAZA	ANALISTA FÍSICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-01	ANA MARGARITA ZAMBRANO	ANAL ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-01	JOSE ROBERTO MERA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-01	MARILEY JAUETH GARCIA CALDERON	ANAL FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-01	ROMINE CARMONA	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-01	LUC MARINA PEDRAZA	ANALISTA FÍSICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-01	ANA MARGARITA ZAMBRANO	ANAL ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-01	JOSE ROBERTO MERA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-01	MARILEY JAUETH GARCIA CALDERON	ANAL FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-01	ROMINE CARMONA	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-01	MARILEY JAUETH GARCIA CALDERON	ANAL FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	S	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-01	LUZ MARINA PEDRAZA	ANALISTA FÍSICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-01	ANA MARGARITA ZAMBRANO	ANAL ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												Evaluación Fecha: 21 Hora: 09 T. No. 1	
Fecha	Nombre y Apellido del Trabajador	Cargo	Área de Destino	Está correctamente vacunado contra la gripe A y B?	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en sus entes?	Firma del Responsable	
2020-08-01	JOSE ROBERTO MERA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-01	MARILEY JAUETH GARCIA CALDERON	ANAL FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-01	ROMINE CARMONA	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-01	LUZ MARINA PEDRAZA	ANALISTA FÍSICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-01	ANA MARGARITA ZAMBRANO	ANAL ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-01	JOSE ROBERTO MERA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	34,1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-01	MARILEY JAUETH GARCIA CALDERON	ANAL FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-01	ROMINE CARMONA	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2020-08-01	MARILEY JAUETH GARCIA CALDERON	ANAL FARMACIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Lima, Oficina Central, Calle Conde de Superhuanca 100, D.C.  
 Teléfono: 011 222 0000, 011 222 0001, 011 222 0002  
 Email: snc@minsa.gob.pe  
**VIGILADO**



**6.2.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Granada**

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FIGSAA003		
											Versión: 1		
											03/20		
											1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar con una X los síntomas que aplican:									
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorología	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otro edificio?	Firma del funcionario	
3/8/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/8/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/8/2020	MIRIAM CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	SI	NO	[Firma]
3/8/2020	Diego Barón	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/8/2020	HERMAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/8/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/8/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/8/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/8/2020	GABRY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/8/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/8/2020	SONIA BORDOLUZZI	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/8/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
											FIGSAA003		
											Versión: 1		
											03/20		
											1 DE 1		
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar con una X los síntomas que aplican:									
				Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorología	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otro edificio?	Firma del funcionario	
4/8/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/8/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LÍNEA DE FRENTE	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/8/2020	MIRIAM CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	SI	NO	[Firma]
4/8/2020	Diego Barón	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/8/2020	HERMAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/8/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/8/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/8/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/8/2020	GABRY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/8/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/8/2020	SONIA BORDOLUZZI	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
4/8/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 0800091033  
 Línea de Atención al Cliente: 0800091033  
**VIGILADO**



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGURA 003	
											Versión: 1	
											28-08-20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consultando medicamentos antidiarreicos o antibióticos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonalgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otro establecimiento?	Firma del funcionario
5/8/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/8/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/8/2020	MARILYN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
5/8/2020	DIEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
5/8/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
5/8/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/8/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/8/2020	ALEXANDRA CARDENAS	INGENIERA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/8/2020	GRECY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/8/2020	JAVIER HERRERA	ASISTENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/8/2020	SONIA BORDABUQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
5/8/2020	ELENA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGURA 003	
											Versión: 1	
											28-08-20	
											1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consultando medicamentos antidiarreicos o antibióticos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odonalgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otro establecimiento?	Firma del funcionario
6/8/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/8/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/8/2020	MARILYN CASTRO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
6/8/2020	DIEGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
6/8/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
6/8/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/8/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/8/2020	ALEXANDRA CARDENAS	INGENIERA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/8/2020	GRECY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/8/2020	JAVIER HERRERA	ASISTENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/8/2020	SONIA BORDABUQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
6/8/2020	ELENA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Linea Central Nacional: 01800010303  
**VIGILADO**





6.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Casanare

6.3.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Yopal

Jersalud

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Entrada

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Ejemplo de cumplimiento de los procedimientos de bioseguridad o protocolos		Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)							Firma del trabajador
				El trabajo realizado cumple con los procedimientos de bioseguridad o protocolos	El trabajo realizado cumple con los procedimientos de bioseguridad o protocolos	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrinolaringitis	Fatiga y Adormecimiento	Tratado en otro centro	Estado de funcionamiento	
31-07-20	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo			36.1							
31-07-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
31-07-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial										
	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial			36.3							
31-07-20	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	34.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
31-07-20	Turleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
31-07-20	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial										
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial										
	Ellibeth Cruz	Pediatría	Asistencial										
31-07-20	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial										
31-07-20	Sandra Izquierdo	Odontologia	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
31-07-20	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial										
	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
31-07-20	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	37.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo										
31-07-20	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
31-07-20	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial										

Jersalud

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Salida

Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Ejemplo de cumplimiento de los procedimientos de bioseguridad o protocolos		Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que apliquen)							Firma del trabajador
				El trabajo realizado cumple con los procedimientos de bioseguridad o protocolos	El trabajo realizado cumple con los procedimientos de bioseguridad o protocolos	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrinolaringitis	Fatiga y Adormecimiento	Tratado en otro centro	Estado de funcionamiento	
	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial										
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo										
31-07-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
31-07-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
31-07-20	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
31-07-20	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
31-07-20	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
31-07-20	Turleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo										
31-07-20	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial			36.6							
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial										
	Ellibeth Cruz	Pediatría	Asistencial										
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial										
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial										
	Sandra Izquierdo	Odontologia	Asistencial										
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial										
31-07-20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial										
	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo										
	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo										
	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo										
31-07-20	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea de Atención al Ciudadano: 01600019030  
 VIGILADO



**Ingreso**

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Carga	Área de Desempeño	¿Faltó por enfermedad, accidente o por otras causas?	¿Faltó por licencia médica o por otras causas?	Faltas (días) en agosto y %	Tip	Deficiencias Históricas	Deficiencias	Faltas y Sanciones	Trabaja en una entidad	Observaciones
30-07	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.2	35.2	NO	NO	NO	NO	
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Henry Darío Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Yurleys Vanessa Charry	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
	Ivan Darío Hernandez	Med. Familiar	Asistencial									
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial									
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									
	Sneyder Manotas solano	Ginecología	Asistencial									
30-07	Sandra Izquierdo	Odontología	Asistencial			36.4						
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermería	Asistencial									
30-07	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	35.2						
30-07	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	
30-07	CARLOS VILLERA	Odontología	Asistencial			36.2						

**Ingreso**

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Carga	Área de Desempeño	¿Faltó por enfermedad, accidente o por otras causas?	¿Faltó por licencia médica o por otras causas?	Faltas (días) en agosto y %	Tip	Deficiencias Históricas	Deficiencias	Faltas y Sanciones	Trabaja en una entidad	Observaciones
01-08	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo									
	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial									
	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial									
	Henry Darío Uva	Medico General	Asistencial									
	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial									
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial									
	Yurleys Vanessa Charry	Jefe de Enfermeria	Asistencial									
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo									
	Ivan Darío Hernandez	Med. Familiar	Asistencial									
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial									
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									
	Sneyder Manotas solano	Ginecología	Asistencial									
	Sandra Izquierdo	Odontología	Asistencial									
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermería	Asistencial									
01-08-20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	
	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial									
	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo									
	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo									
	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo									
01-08-20	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
01-08-20	ADRIANA DOMESTICAZO RINCON			NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Gestión Nacional: 018000190303  
VIGILADO



egreso

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Ejército		Fiebre		Dificultad Respiratoria		Otitis	Falta y Absentismo	Trabaja en el día	Firma del trabajador
				Es el cumplimiento de los procedimientos de bioseguridad o de protección	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para aislamiento por nuevo coronavirus	Igual o mayor a 38°C	Tip						
01-08-20	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo										
	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial										
	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial										
	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial										
	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial										
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial										
	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial										
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo										
	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial										
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial										
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial										
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial										
	Sneyder Manotas solano	Ginecología	Asistencial										
	Sandra Izquierdo	Odontología	Asistencial										
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial										
01-08-20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Y
	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial										
	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo										
	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo										
	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo										
	Doralba Pregonero	Ambiente Físico	Asistencial										

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Ejército		Fiebre		Dificultad Respiratoria		Otitis	Falta y Absentismo	Trabaja en el día	Firma del trabajador
				Es el cumplimiento de los procedimientos de bioseguridad o de protección	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para aislamiento por nuevo coronavirus	Igual o mayor a 38°C	Tip						
04-08-20	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo										
04-08	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	MP
04-08	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	34,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
04-08	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial										
04-08	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial										
04-08	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	35,0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
04-08	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	34,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	34,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial										
04-08-20	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial										
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial										
04-08-20	Sneyder Manotas solano	Ginecología	Asistencial	NO	NO	35,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Sandra Izquierdo	Odontología	Asistencial										
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial										
04-08-20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	34,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
04-08-20	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo										
	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo										
	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
04-8-20	Doralba Pregonero	Ambiente Físico	Asistencial	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
04-08	Cesar lo va beneo	Oftalmólogo	Asistencial	NO	NO	36,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
04-08	Achirina Corredor	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	35,0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
04-08	Alejandra Vargales	Aux Farmacia	Asistencial	NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corredor Nacional: 018000190302  
**VIGILADO**





Jersalud													
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha: 01/08/2019													
Versión: 2													
May 20													
1 de 1													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar epidemiológica (Marcar con una X las variables que aplique)									
				Si el personal presenta síntomas de fiebre o dolor de cabeza	Si tiene contacto estrecho con caso confirmado por enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	Tratado en otra entidad?	Forma del funcionario	
07-08-20	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial										
01-08-20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial										
04-08-20	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
04-08-20	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicólogo	Asistencial	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermería	Asistencial										
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	34,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
04-08-20	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
04-08-20	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial										
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial										
	Sneyder Manotas solano	Ginecología	Asistencial										
04-08-20	Sandra Izquierdo	Odontología	Asistencial	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Milbany Carolina Sarmento	Auxiliar de enfermería	Asistencial										
	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	Asistencial										
04-08	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
04-8	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
04-8	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
04-8	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	Doralba Pregonero	Ambiente Físico	Asistencial										
04-08-20	Carlos Valencia			NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

04-08-20 Carlos Valencia.

NO NO 36.0 NO NO NO NO NO

Jersalud													
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES													
Fecha: 05/08/2019													
Versión: 2													
May 20													
1 de 1													
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar epidemiológica (Marcar con una X las variables que aplique)									
				Si el personal presenta síntomas de fiebre o dolor de cabeza	Si tiene contacto estrecho con caso confirmado por enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	Tratado en otra entidad?	Forma del funcionario	
05-08	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial										
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	
05-08	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	
05-08	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	
	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial										
	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial	NO	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicólogo	Asistencial	NO	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	
05-08	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermería	Asistencial	NO	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo										
	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	
05-08	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	
	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial										
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial										
	Sneyder Manotas solano	Ginecología	Asistencial										
05-08	Sandra Izquierdo	Odontología	Asistencial	NO	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	
05-08	Milbany Carolina Sarmento	Auxiliar de enfermería	Asistencial	NO	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	
	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermería	Asistencial										
	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	NO	36,9	NO	NO	NO	NO	NO	
05-08	Arlyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	
	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	
	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	
	Doralba Pregonero	Ambiente Físico	Asistencial										
05-08	Adriana Gonzalez			NO	NO	NO	34,9	NO	NO	NO	NO	NO	
05-08	Carlos Valencia	admisión logo	Asistencial	NO	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	
	Angela Lopez	Farmacia		NO	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	

Ingreso.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD



Jersalud FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está correctamente protegido con los procedimientos de bioseguridad o protección?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por entidad local por donde concierne?	Verifique sistemáticamente (Marcar con una X las variables que apliquen)					¿Trabaja en una planta?	¿Trabaja en una oficina?
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Dolor de Garganta	Fatiga y Adinamia		
05-08-20	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO
05-08-20	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO
05-08-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO
05-08-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO
05-08-20	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO
05-08-20	Harold Guillermo Peñaranda Cabal	Medico general	Asistencial	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO
05-08-20	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO
05-08-20	Arleyes Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO
05-08-20	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	—	NO	NO	NO	NO	NO	NO
05-08-20	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	—	NO	NO	NO	NO	NO	NO
05-08-20	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Lilbeth Cruz	Pediatra	Asistencial									
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial									
05-08-20	Sandra Izquierdo	Odontologia	Asistencial	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO
05-08-20	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO
05-08-20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO
05-08-20	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO
05-08-20	Ailyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO
05-08-20	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO
05-08-20	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO
05-08-20	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	38,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO
05-08-20	Carlos Valencia			NO	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO

Jersalud FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está correctamente protegido con los procedimientos de bioseguridad o protección?	¿Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por entidad local por donde concierne?	Verifique sistemáticamente (Marcar con una X las variables que apliquen)					¿Trabaja en una planta?	¿Trabaja en una oficina?
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Dolor de Garganta	Fatiga y Adinamia		
	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial									
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo			37,0						
06-08-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO
06-08-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO
06-08-20	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Harold Guillermo Peñaranda Caba	Medico general	Asistencial									
06-08-20	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	34,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO
06-08-20	Arleyes Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	34,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO
06-08-20	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo	NO	NO	34,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial									
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial									
	Lilbeth Cruz	Pediatra	Asistencial									
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial									
06-08-20	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Sandra Izquierdo	Odontologia	Asistencial									
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial									
06-08-20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	34,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO
06-08-20	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO
06-08-20	Ailyn Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo									
06-08-20	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo	NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO
06-08-20	Doralba Pregonero	Ambiente Fisico	Asistencial	NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	NO
06-08	Alexandra AZEVEDO - Aux. Farmacia	Asistencial		NO	NO	35,2	NO	NO	NO	NO	NO	NO
06-08	Adriana Cardozo - Aux. Farmacia	Asistencial		NO	NO	34,7	NO	NO	NO	NO	NO	NO
06-08	Carlos Valencia - odontologia	Asistencial		NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO
06-08	Juz Rincon - Aux. Sección 6	Asistencial		NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO
06-08	Angelita Lopez Aux Farm	Asistencial		NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	NO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 018000910303  
**VIGILADO**



Jersalud FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odontología	Fatiga y Adormecimiento	Estrés o ansiedad	Estrés o ansiedad
				Esja presentando síntomas respiratorios o gastrointestinales	Si ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por epidemiología por otros contactos												
	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial														
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo														
03-08-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
03-08-20	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
03-08-20	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial														
03-08-20	Harold Guillermo Peñaranda Cabal	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
03-08-20	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
03-08-20	Turleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo														
03-08-20	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial														
03-08-20	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial														
03-08-20	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial														
03-08-20	Sandra Izquierdo	Odontología	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial														
	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
03-08-20	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
03-08-20	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
03-08-20	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo														
03-08-20	Doralba Pregonero	Ambiente Físico	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
03-08-20	Carlos Valencia	Asistencia	Asistencia	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
03-08-20	Doralba	Asistencia	Asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Jersalud FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)							Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odontología	Fatiga y Adormecimiento	Estrés o ansiedad	Estrés o ansiedad
				Esja presentando síntomas respiratorios o gastrointestinales	Si ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por epidemiología por otros contactos												
03-08-20	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de	Asistencial	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Ysella Gonzalez Cuevas	Asistente administrativo	Administrativo														
03-08-20	Cesar Alberto Duarte Santos	Medico General	Asistencial	NO	NO	34.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Medico General	Asistencial														
03-08-20	Henry Dario Uva	Medico General	Asistencial														
03-08-20	Harold Guillermo Peñaranda Cabal	Medico general	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Oscar Hernando Jimenez Rojas	Psicologa	Asistencial	NO	NO	34.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
03-08-20	Turleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermeria	Asistencial	NO	NO	34.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	Administrativo														
03-08-20	Ivan Dario Hernandez	Med. Familiar	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Vivian Suarez Hernandez	Med. Interna	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
03-08-20	Lilbeth Cruz	Pediatría	Asistencial	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Dolly Castellano	Nutricionista	Asistencial														
	Sneyder Manotas solano	Ginecologia	Asistencial														
	Sandra Izquierdo	Odontología	Asistencial														
03-08-20	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
03-08-20	Maria Natalia Cediel	Auxiliar de enfermeria	Asistencial	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
03-08-20	Angela Torres	Aux. Salud Oral	Asistencial	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Arlin Ivette Ramirez Parra	Auxiliar Administrativa	Administrativo														
03-08-20	Jenny Johana Rincon Nocua	Auxiliar Administrativa	Administrativo	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
	Yorz Jackson Socha	Auxiliar de Sistemas	Administrativo														
	Doralba Pregonero	Ambiente Físico	Asistencial														
03-08-20	Carlos Valencia	Asistencia	Asistencia	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
03-08-20	Doralba	Asistencia	Asistencia	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Correo Nacional: 01800010303  
VIGILADO





### 6.4 Informe Reporte diario sintomatología COVID-19 en plataforma ALISSTA Regional Boyacá, Meta y Casanare

REPORTES SINTOMAS COVID -19 JERSALUD SAS PLATAFORMA ALISSTA											
NOMBRE EPS	NOMBRE EMPRESA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TD TRABAJADOR	ID TRABAJADOR	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE DEPARTAMENTO TRABAJADOR	NOMBRE MUNICIPIO TRABAJADOR	SOSPECHOSO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/08/2020 12:48:55	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/07/2020 18:30:17	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIR	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/08/2020 11:33:44	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	31/07/2020 09:03:44	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/07/2020 11:47:56	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONQUIRA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	06/08/2020 07:39:49	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/08/2020 09:22:13	CC	86050606	HERRERA	LOZADA	JHELVER	ALEXANDER	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/07/2020 14:18:29	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	31/07/2020 15:11:01	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/08/2020 12:34:28	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/08/2020 14:24:07	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/07/2020 07:59:49	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	03/08/2020 06:50:15	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	04/08/2020 07:07:00	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/08/2020 13:47:17	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	31/07/2020 13:32:07	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	31/07/2020 07:17:05	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	31/07/2020 11:26:54	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/08/2020 07:35:22	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	06/08/2020 07:35:59	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/08/2020 13:02:22	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/08/2020 18:16:20	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIR	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	02/08/2020 08:04:02	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/08/2020 07:25:49	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/08/2020 09:42:43	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	04/08/2020 11:12:29	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	06/08/2020 07:27:04	CC	1058274757	GAITAN	VARGAS	LEIDI	RUTH	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/08/2020 09:24:16	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/08/2020 09:52:31	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/08/2020 11:39:27	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
E.COOPPOS	JERSALUD SAS	04/08/2020 13:05:12	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 1 de Agosto**

MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/08/2020 13:36:27	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/08/2020 14:23:24	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	06/08/2020 07:37:06	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	31/07/2020 07:04:56	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	01/08/2020 07:04:20	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/08/2020 08:05:33	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
ECCOPOSOS	JERSALUD SAS	03/08/2020 12:41:16	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	05/08/2020 07:55:58	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	31/07/2020 07:56:33	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	31/07/2020 12:42:31	CC	1140868607	CAMPOS	BUITRAGO	MARIA	PAULA	BOYACA	SOATA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	31/07/2020 15:13:12	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/08/2020 07:35:39	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/08/2020 08:41:39	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/08/2020 11:24:13	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/08/2020 16:11:35	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	31/07/2020 06:38:24	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	31/07/2020 17:42:30	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	SI
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/08/2020 18:04:28	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	05/08/2020 07:36:32	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	05/08/2020 10:30:50	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	01/08/2020 08:08:50	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	01/08/2020 15:34:54	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/08/2020 15:14:03	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/08/2020 14:49:51	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	05/08/2020 16:20:13	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/08/2020 14:51:51	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/08/2020 18:32:35	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/08/2020 16:48:22	CC	1121848225	TUNJANO	RODRIGUEZ	AMANDA	KATHERINE	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/08/2020 10:24:22	CC	23783002	PENA	NARVAEZ	ANA	SILVIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	01/08/2020 15:41:29	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/08/2020 18:20:42	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/08/2020 10:47:00	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/08/2020 16:58:51	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	04/08/2020 06:47:31	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/08/2020 10:13:18	CC	23783002	PENA	NARVAEZ	ANA	SILVIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	04/08/2020 22:00:54	CC	1121930850	CHAPARRO	MOSCOSO	ANY	LIZETH	META	VILLAVICENCIO	SI



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 1 de Agosto**



CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	05/08/2020 08:04:41	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	SI
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	05/08/2020 08:58:56	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	05/08/2020 10:03:27	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/08/2020 13:48:40	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/08/2020 16:50:56	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	31/07/2020 13:34:51	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/08/2020 20:26:43	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/08/2020 07:36:22	CC	1140868607	CAMPOS	BUITRAGO	MARIA	PAULA	BOYACA	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/08/2020 07:28:49	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	05/08/2020 07:55:17	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/08/2020 07:33:46	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/08/2020 08:29:43	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	05/08/2020 07:10:57	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	31/07/2020 18:20:43	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/07/2020 13:57:54	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/08/2020 07:56:21	CC	1048846141	CASTILLO	MORALES	LEIDY	ANDREA	BOYACA	GARAGOA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	06/08/2020 11:38:50	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	31/07/2020 07:22:10	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	31/07/2020 07:41:53	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/08/2020 18:28:21	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/08/2020 17:27:29	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	31/07/2020 14:03:16	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	31/07/2020 14:58:39	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/07/2020 11:47:28	CC	23783002	PENA	NARVAEZ	ANA	SILVIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	01/08/2020 07:33:18	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	01/08/2020 16:38:43	CC	1121930850	CHAPARRO	MOSCOSO	ANY	LIZETH	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	02/08/2020 09:40:57	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/08/2020 11:26:47	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	03/08/2020 06:26:20	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/08/2020 06:49:53	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	03/08/2020 09:11:22	CC	1121930850	CHAPARRO	MOSCOSO	ANY	LIZETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/08/2020 15:08:24	CC	23783002	PENA	NARVAEZ	ANA	SILVIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	04/08/2020 07:23:53	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	SI
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	04/08/2020 06:50:12	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/08/2020 17:40:22	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/08/2020 12:56:54	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO

www.jersalud.com

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000910303



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"





F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 1 de Agosto**



E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/08/2020 16:17:33	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	05/08/2020 07:29:34	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	01/08/2020 07:26:17	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/08/2020 13:59:12	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	01/08/2020 07:19:13	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/07/2020 08:02:15	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/07/2020 19:28:14	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/08/2020 12:45:41	CC	23783002	PENA	NARVAEZ	ANA	SILVIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	05/08/2020 13:23:47	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	06/08/2020 07:46:03	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	SI
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	06/08/2020 17:28:14	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/07/2020 07:07:07	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	31/07/2020 07:22:00	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/08/2020 13:03:37	CC	1121848225	TUNJANO	RODRIGUEZ	AMANDA	KATHERINE	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	31/07/2020 13:05:53	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	31/07/2020 16:15:31	CC	40389814	LINARES	CARDENAS	OLGA	SOLEDAD	META	VILLAVICENCIO	SI
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	01/08/2020 07:36:21	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	06/08/2020 11:54:23	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	06/08/2020 13:07:44	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	31/07/2020 14:10:39	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	01/08/2020 08:55:29	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/08/2020 07:33:44	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/08/2020 08:19:10	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	05/08/2020 09:34:10	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	05/08/2020 15:32:13	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	31/07/2020 07:02:56	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	31/07/2020 07:36:32	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	03/08/2020 08:00:53	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOI EPS	JERSALUD SAS	03/08/2020 10:09:48	CC	1123567118	SANCHEZ	DIAZ	JENIFFER	ANYELY	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	03/08/2020 12:41:13	CC	33377254	IBANEZ	DIAZ	DIANA	YANIRA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/08/2020 14:21:32	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	04/08/2020 15:53:19	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/08/2020 08:52:36	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	03/08/2020 19:42:14	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	04/08/2020 15:01:15	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/08/2020 07:12:09	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 1 de Agosto**



SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	05/08/2020 14:16:31	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/08/2020 18:19:29	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/08/2020 07:28:44	CC	1140868607	CAMPOS	BUITRAGO	MARIA	PAULA	BOYACA	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/08/2020 08:10:11	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	03/08/2020 19:04:21	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	01/08/2020 22:52:59	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/08/2020 14:03:56	CC	1052410687	CEPEDA	HIGUERA	EVELYN	LUCIA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/08/2020 08:01:06	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/08/2020 07:55:03	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	05/08/2020 08:33:13	CC	1002522198	LOZANO	BUITRAGO	INGRID	NATALIA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	06/08/2020 08:39:19	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	06/08/2020 07:11:51	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	06/08/2020 08:54:50	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	01/08/2020 07:06:18	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	02/08/2020 11:01:35	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/08/2020 06:55:38	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	04/08/2020 07:53:03	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	04/08/2020 11:41:45	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	04/08/2020 14:06:03	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/07/2020 07:33:11	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	31/07/2020 08:09:03	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	04/08/2020 10:05:13	CC	1002522198	LOZANO	BUITRAGO	INGRID	NATALIA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	04/08/2020 17:49:32	CC	46456242	ACERO	MARTINEZ	DIANA	PATRICIA	BOYACA	DUITAMA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	05/08/2020 08:01:51	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	05/08/2020 14:17:08	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONQUIRA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	06/08/2020 09:06:37	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	31/07/2020 07:22:53	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	31/07/2020 17:10:25	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/08/2020 07:29:05	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/08/2020 11:30:25	CC	1121837556	CASTRO	QUEVEDO	EDY	YOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/08/2020 07:13:36	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	31/07/2020 13:18:17	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	31/07/2020 15:19:47	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	31/07/2020 17:05:35	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	31/07/2020 17:23:21	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/08/2020 07:28:15	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000910303

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



**"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"**



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 1 de Agosto**



CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	03/08/2020 12:53:59	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/08/2020 16:09:45	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	31/07/2020 09:24:34	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/08/2020 06:35:57	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	03/08/2020 07:10:31	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/08/2020 17:30:13	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	05/08/2020 18:08:20	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/08/2020 15:29:20	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/07/2020 08:10:08	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	02/08/2020 23:14:12	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/08/2020 07:00:15	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/08/2020 07:50:45	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/08/2020 08:06:45	CC	1121837556	CASTRO	QUEVEDO	EDY	YOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/08/2020 09:09:40	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/08/2020 10:46:08	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	BOYACA	DUITAMA	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	03/08/2020 12:27:02	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/08/2020 13:17:23	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/08/2020 07:08:26	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/08/2020 07:54:31	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	06/08/2020 07:09:41	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	02/08/2020 21:21:04	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/08/2020 17:36:10	CC	1010182835	PUNTES	ROMERO	IVAN	CAMILO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/08/2020 07:03:25	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	04/08/2020 07:10:02	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/08/2020 09:02:38	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/08/2020 08:31:53	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	03/08/2020 20:58:30	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/08/2020 07:13:43	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/08/2020 07:44:43	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	05/08/2020 07:49:30	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/08/2020 07:53:36	CC	40331099	ARANGO	AMOROCHO	GINNA	KARINA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/08/2020 08:49:27	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/08/2020 14:21:56	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/08/2020 18:37:26	CC	1049628122	AVENDANO	FAGUA	GLORIA	ISABEL	BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/08/2020 07:07:47	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	04/08/2020 08:05:00	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 018000910303



**"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"**





F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 1 de Agosto**

NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	04/08/2020 13:37:04	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/08/2020 13:52:27	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	05/08/2020 07:42:45	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/08/2020 18:10:15	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	03/08/2020 12:00:48	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONQUIRA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	03/08/2020 16:16:19	CC	1052020668	ESTEVEZ	MARTINEZ	DEISY	LILIANA	BOYACA	SOATA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	04/08/2020 08:56:14	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/08/2020 16:27:04	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	05/08/2020 07:01:23	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/08/2020 08:30:09	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	04/08/2020 09:26:12	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	04/08/2020 21:08:30	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/08/2020 07:12:23	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	06/08/2020 07:27:53	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	31/07/2020 11:14:02	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/08/2020 14:36:12	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/08/2020 08:10:13	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	06/08/2020 07:10:23	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/07/2020 07:12:23	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/08/2020 10:21:31	CC	23730499	CASTELLANOS	CAICEDO	SAMIRA	LUCERO	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/08/2020 17:40:59	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/08/2020 18:04:56	CC	1121837556	CASTRO	QUEVEDO	EDY	YOHANA	META	VILLAVICENCIO	SI
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	05/08/2020 07:05:41	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	05/08/2020 13:21:44	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	31/07/2020 15:11:39	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	04/08/2020 07:52:10	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/08/2020 10:09:12	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	04/08/2020 07:12:33	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	31/07/2020 07:26:25	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/08/2020 07:28:40	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	05/08/2020 07:33:46	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/08/2020 08:26:29	CC	23730499	CASTELLANOS	CAICEDO	SAMIRA	LUCERO	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/08/2020 10:51:10	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	BOYACA	DUITAMA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/08/2020 17:03:11	CC	1121837556	CASTRO	QUEVEDO	EDY	YOHANA	META	VILLAVICENCIO	SI
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	31/07/2020 16:48:33	CC	1121859254	GALINDO	PARGA	PAOLA	ANDREA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	31/07/2020 18:59:53	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 1 de Agosto**



E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/08/2020 07:35:49	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	02/08/2020 19:25:11	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/08/2020 07:40:21	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/08/2020 07:34:30	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/07/2020 07:48:36	CC	40449526	SANTOS	RODRIGUEZ	ANDREA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/07/2020 15:06:24	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	03/08/2020 07:10:37	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	31/07/2020 07:39:36	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	01/08/2020 21:13:03	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/08/2020 07:21:01	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/08/2020 07:28:38	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/08/2020 07:49:11	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	03/08/2020 15:33:56	CC	1121859254	GALINDO	PARGA	PAOLA	ANDREA	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	31/07/2020 11:35:02	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/08/2020 07:34:14	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/08/2020 19:28:37	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/08/2020 11:13:20	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	04/08/2020 14:47:54	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	04/08/2020 09:46:59	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	SI
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/08/2020 11:04:20	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/08/2020 08:38:00	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
SALUDVIDA S.A. E.P.S	JERSALUD SAS	31/07/2020 08:17:12	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	31/07/2020 16:16:01	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONQUIRA	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	31/07/2020 19:27:21	CC	1052020668	ESTEVEZ	MARTINEZ	DEISY	LILIANA	BOYACA	SOATA	NO
CAPITAL SALUD	JERSALUD SAS	01/08/2020 21:13:49	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/08/2020 06:29:50	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	04/08/2020 07:09:28	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/08/2020 07:42:32	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	31/07/2020 07:37:31	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/07/2020 15:11:47	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	01/08/2020 07:12:12	CC	1049642865	RODRIGUEZ	NUMPAQUE	CLAUDIA	YANETH	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	01/08/2020 08:45:13	CC	1121837556	CASTRO	QUEVEDO	EDY	YOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	02/08/2020 20:53:40	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	06/08/2020 07:11:16	CC	1002340134	SUAREZ	RUANO	DANIELA		BOYACA	TUNJA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	06/08/2020 08:30:45	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	06/08/2020 11:44:48	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 1 de Agosto**



MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/08/2020 10:28:53	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	31/07/2020 14:00:09	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COMFAMILIAR HUILA	JERSALUD SAS	06/08/2020 09:50:57	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/08/2020 16:57:31	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/08/2020 15:57:42	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/08/2020 07:28:40	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	04/08/2020 08:04:34	CC	1057579181	DIAZ	MONGUI	BRIGITTE	DAYANNA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/08/2020 08:58:02	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/08/2020 17:47:14	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/08/2020 07:22:51	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/08/2020 07:23:06	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/08/2020 08:53:46	CC	23730499	CASTELLANOS	CAICEDO	SAMIRA	LUCERO	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	06/08/2020 13:06:59	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	02/08/2020 17:33:04	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/08/2020 07:21:12	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/08/2020 19:27:43	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
SURAMERICANA S.A	JERSALUD SAS	31/07/2020 18:10:43	CC	74282816	CARRANZA	RODRIGUEZ	VICTOR	MANUEL	BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/08/2020 06:58:33	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/08/2020 08:12:28	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	06/08/2020 08:09:48	CC	1049799152	CASTRO	MARTINEZ	NIYIRETH	DANIELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	06/08/2020 17:49:58	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	06/08/2020 17:54:03	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	31/07/2020 06:58:53	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	01/08/2020 10:58:51	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/08/2020 07:31:21	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
SURAMERICANA S.A	JERSALUD SAS	03/08/2020 06:57:50	CC	74282816	CARRANZA	RODRIGUEZ	VICTOR	MANUEL	BOYACA	GUATEQUE	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/08/2020 15:14:41	CC	74083496	CELY	PEREZ	SERGIO	RICARDO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/08/2020 08:14:12	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/08/2020 13:53:18	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	31/07/2020 08:31:59	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	31/07/2020 15:11:51	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	01/08/2020 07:33:51	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
SURAMERICANA S.A	JERSALUD SAS	03/08/2020 16:46:30	CC	74282816	CARRANZA	RODRIGUEZ	VICTOR	MANUEL	BOYACA	GUATEQUE	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	03/08/2020 08:35:17	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/08/2020 18:15:45	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	04/08/2020 10:52:25	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Correo Nacional: 018000910303



**"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"**





F(GD)003 Vr.1 Jun-2019  
Informe General Bioseguridad **Semana 1 de Agosto**



SURAMERICANA S.A	JERSALUD SAS	05/08/2020 17:23:04	CC	74282816	CARRANZA	RODRIGUEZ	VICTOR	MANUEL	BOYACA	GUATEQUE	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/08/2020 07:28:50	CC	74083496	CELY	PEREZ	SERGIO	RICARDO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	03/08/2020 13:36:44	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	04/08/2020 15:22:29	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	05/08/2020 08:39:19	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	05/08/2020 13:56:00	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
SURAMERICANA S.A	JERSALUD SAS	06/08/2020 09:49:37	CC	74282816	CARRANZA	RODRIGUEZ	VICTOR	MANUEL	BOYACA	GUATEQUE	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/08/2020 07:55:24	CC	74083496	CELY	PEREZ	SERGIO	RICARDO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	01/08/2020 07:30:02	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	03/08/2020 09:57:19	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	04/08/2020 13:22:05	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	06/08/2020 10:33:03	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	06/08/2020 16:43:50	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/08/2020 07:11:27	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/08/2020 07:52:00	CC	1052410687	CEPEDA	HIGUERA	EVELYN	LUCIA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	06/08/2020 08:52:19	CC	1002522198	LOZANO	BUITRAGO	INGRID	NATALIA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/08/2020 07:43:55	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	05/08/2020 06:54:29	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	05/08/2020 15:03:07	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/08/2020 07:18:52	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/08/2020 09:38:17	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	06/08/2020 13:47:54	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/08/2020 08:38:18	CC	79728761	NAVARRO		VICTOR	MANUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	05/08/2020 09:19:04	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	05/08/2020 09:52:23	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/08/2020 21:24:06	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	04/08/2020 07:26:14	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	05/08/2020 13:30:25	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	03/08/2020 07:09:37	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	03/08/2020 18:27:18	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/08/2020 11:44:19	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	04/08/2020 14:57:19	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	06/08/2020 11:09:27	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	31/07/2020 07:12:59	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	06/08/2020 07:38:06	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	05/08/2020 08:05:05	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO

**VIGILADO**  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Línea Corrala Nacional: 01800019038

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



**"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"**



COMPARTA EPS-S	JERSALUD SAS	05/08/2020 16:13:11	CC	33377254	IBANEZ	DIAZ	DIANA	YANIRA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	06/08/2020 07:52:19	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/08/2020 07:24:06	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	06/08/2020 13:06:39	CC	46672546	MALAVER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	05/08/2020 13:16:34	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	EUIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
COMPENSAR E.P.S	JERSALUD SAS	06/08/2020 07:28:16	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	06/08/2020 10:24:19	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO
FAMISANAR E.P.S.	JERSALUD SAS	03/08/2020 09:10:15	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
CAJACOPI EPS	JERSALUD SAS	04/08/2020 20:38:26	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
NUEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	06/08/2020 15:43:08	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/08/2020 10:31:27	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
COOMEVA E.P.S S.A.	JERSALUD SAS	06/08/2020 09:55:10	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONQUIRA	NO
SALUD TOTAL S.A.	JERSALUD SAS	06/08/2020 10:25:50	CC	1121859254	GALINDO	PARGA	PAOLA	ANDREA	META	VILLAVICENCIO	SI
E.P.S SANITAS	JERSALUD SAS	04/08/2020 20:22:53	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
MEDIMAS EPS S.A.S	JERSALUD SAS	05/08/2020 07:01:26	CC	1014188587	MUÑOZ	ROMERO	YULY	MARCELA	BOYACA	GUATEQUE	NO

## 6.2 Evidencia fotográfica aplicación registro fotográfico protocolos de Bioseguridad

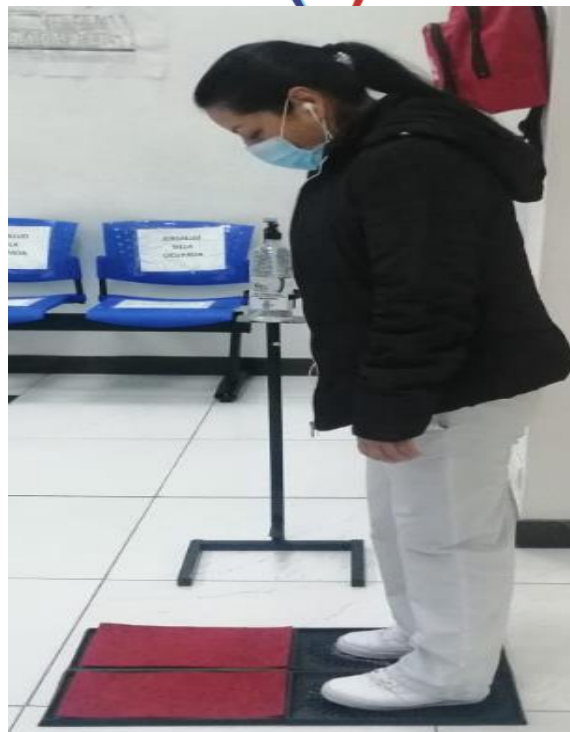




**VIGILADO**  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 01800091030







## 7. INVENTARIO Y PROYECCION ADQUISICIÓN EPP” S ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

### 7.1 Inventario EPP

#### 7.1.1 Inventario EPP Regional Boyacá

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	140	40		100	15			15
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	4		11	15	250	50
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	300	200	400	500	130	50
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	7	

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	100	50	200	250	8			8
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	4		5	9	150	50
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	300	50		250	100	30
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20		6



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	89	30	150	209	15			15
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	3		6	9	80	40
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	400	100		300	50	30
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	6	

SOGAMOSO

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	180	50	100	230	13			13
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	3		2	5	60	20
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	700	50		650	60	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	3	

CHIQUINQUIRÁ





DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	60	10	50	100	10			10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		JERSALUD SAS	4		1	5	120	10	
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		JERSALUD SAS	200	50	100	250	60	10	
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		JERSALUD SAS	20			20	2		

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	60	10	50	100	10			10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		JERSALUD SAS	4		1	5	120	10	
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		JERSALUD SAS	200	50	100	250	60	10	
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		JERSALUD SAS	20			20	2		



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	60	10	50	100	10			10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	4		1	5	120	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	200	50	100	250	60	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	2	

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	60	10	50	100	10			10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	4		1	5	120	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	200	50	100	250	60	10
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
			JERSALUD SAS	20			20	2	



N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020							
		N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	1000	800	1200	1400	48	5	10	53
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	5			5	100			100
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	3500	700		2800	1200	700	800	1300
DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
	JERSALUD SAS	100			100	45			45

## 7.1.2 Inventario EPP Regional Meta

### 7.1.2.1 Sede Villavicencio

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	Jersalud SAS	1300	100	1300	1200	3	3	3	0





DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	Jersalud SAS	21	1	21	20	800	200	800	600

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	Jersalud SAS	90	1	90	89	400	20	400	380

\* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	Jersalud SAS	5	0	0	5	5	0	0	5

### 7.1.2.2 Sede Acacias

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	ACACIAS	4	2	2	2	4	0	5	9

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	ACACIAS	0	0	0	0	25	5	100	120

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	ACACIAS	28	1	4	31	0	10	40	30

\* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	ACACIAS	0	0	0	0	1	0	0	1



**7.1.2.3 Sede Granada**

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD	4	1	3	3	5 UNIDAD	2 UNIDAD	3UNIDAD	3 UNIDAD

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
		1	JERSALUD	1	1	0	0	50 UNIDAD	10 UNIDAD

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
		1	JERSALUD	3 CAJAS TALLA M 3 CAJAS TALLA S 2 CAJAS TALLA L	2 CAJA S 2 CAJA M 1 CAJA L	1 CAJA TALLA M 1 CAJA TALLA L 1 CAJA TALLA S	1 CAJA TALLA M 1 CAJA TALLA L 1 CAJA TALLA S	59 UNIDAD	29 UNIDAD

\* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICIONES	TOTAL EXISTENCIAS
		1	JERSALUD	3	0	3	3	3	0





### 7.1.2.4 Sede Puerto López

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD	41	16	25	25	2	0	2	2

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		1	JERSALUD	1	0	1	1	34	16

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		1	JERSALUD	9	2	7	7		24

\* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		1	JERSALUD	0	0	0	0		

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



### 7.1.2.5 Sede Puerto Gaitán

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	Jersalud S.A.S pto gaitán	41	16	25	25	2	0	2	2

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		2	Jersalud S.A.S pto gaitán	1	0	1	1	34	16

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
		3	Jersalud S.A.S pto Gaitán	9	2	7	7	0	24

\* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL



DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A AGOSTO 06 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
4	Jersalud S.A.S pto gaitan	0	0	0	0	0	0	0	0

### 7.1.3 Inventario EPP Regional Casanare

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE 06 DE AGOSTO DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS							
		CONVENCIONAL				N95			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD SAS – YOPAL	470	73	0	397	25	11	0	14

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 06 DE AGOSTO DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GAFAS				GORROS			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
2	JERSALUD SAS – YOPAL	1	0	0	1	100	16	0	84

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 06 DE AGOSTO DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	GUANTES DE LATEX				BATAS MANGA LARGA			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
3	JERSALUD SAS – YOPAL	14 CAJAS	7 CAJAS	0	14 CAJAS	135	9	0	126

\* LOS GUANTES SE DEJA UNA CAJA POR CONSULTORIO A NECESIDAD DEL PROFESIONAL





DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A 06 DE AGOSTO DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	POLAINAS				KIT TOMA DE MUESTRAS COVID-19			
		SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS	SALDO ANTERIOR	ENTREGADOS	ADQUISICION	TOTAL EXISTENCIAS
1	JERSALUD SAS – YOPAL	50	0	0	50	1	5	0	1

## 7.2 Proyección adquisición EPP

### 7.2.1 Proyección adquisición EPP Regional Boyacá

#### RETOMA PENDIENTES JERSALUD BOYACA JULIO

Manuel Alexander Gonzalez Galindo <analista1.neiva@farmaq.com>

Vie 31/07/2020 12:12

Para: Asistente Admin Boyacá - Joana Bosigas <AsistenteAdmin.Boyaca@jersalud.com>

Buenas Tardes

De acuerdo a conversación telefónica del día 31-7-2020 con la sra Erika de Jersalud Boyaca y tras previa autorización de nuevos precios y cantidades, se realiza retoma de los siguientes productos:

SEDE	CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
JERSALUD BOYACA	300109620	BATA DESECHABLE MANGA LARGA	800	7.200	5.760.000
JERSALUD BOYACA	300120153	GUANTE LATEX EXAMEN TALLA M CAJAX100 UNIDADES	12	27.000	324.000
JERSALUD BOYACA	300120152	GUANTE LATEX EXAMEN TALLA S CAJAX100 UNIDADES	8	27.000	216.000
JERSALUD BOYACA	300101301	MASCARILLAS DESECHABLES TAPABOCAS ELASTICO	1200	855	1.026.000

Quedo atento a sus comentarios.

Cordialmente,

#### MANUEL GONZÁLEZ GALINDO

Analista de Compras

Dirección: Carrera 49 N° 95-54 La Castellana

Bogotá Colombia

Celular: 3165649831

Estamos haciendo entrega de información que contiene datos personales y/o sensibles; por lo tanto el receptor debe adoptar medidas que resulten necesarias para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos personales. Dichas medidas tendrán por objeto evitar su adulteración, pérdida, consulta o tratamiento no autorizado, así como detectar desviaciones de información intencionales o no, ya sea que los riesgos provengan de la acción de medio tecnológico o humano. En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 "Ley de Protección Datos Personales" y en el Decreto Reglamentario 1377 de 2013



7.2.2 Proyección adquisición EPP Regional Meta



**SUMINISTROS FARMACEUTICOS  
MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA  
SAS**

NIT 901.222.681-7  
Calle 9 No. 14-68  
Tel: 8748246  
Neiva - Colombia

**Cotización**  
No. C-1-421

Para	JERSALUD SAS
Nit	900.622.551-0
Fecha	2020-07-21

Elaborado por Siglo S.A.S Nit: 830.048.145-85-8

Ítem	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	W-AG1009	AGUJA HIPODERMICA 21GX1 1/2 CAJA X 100 UND	<a href="#">Ver</a>	1.00	7,500.00	7,500.00
2	CONBATAA	BATA PACIENTE ADULTO	<a href="#">Ver</a>	50.00	3,500.00	175,000.00
3	CONBATON	BATON PUÑO ALGODÓN CIRUJANO UNIDAD	<a href="#">Ver</a>	200.00	800.00	160,000.00
4	MED-2006	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	<a href="#">Ver</a>	4.00	4,800.00	19,200.00
5	2452	GORROS ORUGA X 100 UND	<a href="#">Ver</a>	17.00	22,500.00	382,500.00
6	AXA1349281	SUERO FISIOLÓGICO DE 100 BAXTER ARB1302	<a href="#">Ver</a>	2.00	2,200.00	4,400.00
7	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	<a href="#">Ver</a>	17.00	28,500.00	484,500.00
8	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	<a href="#">Ver</a>	7.00	28,500.00	199,500.00
9	TUFFGLOVETL	GUANTE LATEX TALLA L TUFFGLOVE CAJA X100	<a href="#">Ver</a>	6.00	28,500.00	171,000.00
10	OOEXA228	GUANTE VINILO PROTEXION TALLA M CAJA X 100 UNDS	<a href="#">Ver</a>	2.00	22,268.91	53,000.00
11	W-JE1100	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 UND MEDISPO	<a href="#">Ver</a>	100.00	270.00	27,000.00
12	JEME0005	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UND	<a href="#">Ver</a>	400.00	220.00	88,000.00
13	CONSAB	SABANAS SENCILLA TIRAS- 2X1MTRS UNIDAD	<a href="#">Ver</a>	50.00	3,700.00	185,000.00
14	EQUI-0523	TAPABOCAS DESECH. CAJAX 50 UNDS	<a href="#">Ver</a>	35.00	63,000.00	2,205,000.00
15	156481	TAPABOCAS N 95 LIFE EMP VERDE	<a href="#">Ver</a>	100.00	19,500.00	1,950,000.00
16	PHARMEGLUCPR	TIRAS DE GLUCOMETRIA GLUCOQUICK X50	<a href="#">Ver</a>	4.00	55,000.00	220,000.00
17	E-0075101	ALCOHOL ANTISÉPTICO 700 ML	<a href="#">Ver</a>	10.00	6,500.00	65,000.00
18	DI6T004	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON	<a href="#">Ver</a>	5.00	29,500.00	147,500.00
19	SUHOS792	ROXICAINA 2% FC X 50 ML MARCA PISA TAPA AZUL	<a href="#">Ver</a>	1.00	7,500.00	7,500.00
20	TOGEL	GEL ANTIBACTERIAL GALON X 4LT	<a href="#">Ver</a>	1.00	60,500.00	60,500.00
21	EQFIJA	FIJADOR PARA CITOLOGIA SPRA Y 160 CM3 FCO X 160 ML BIOLIFE	<a href="#">Ver</a>	1.00	12,800.00	15,232.00
22	000083	GLUTFAR PLUS HDL PH ALCALINO ESTERILIZANTE 365 DIAS X 3800 ML GALON EUFAR	<a href="#">Ver</a>	1.00	29,500.00	29,500.00
23	S-180237	GLUTARALDEHIDO PLUS PH ALCALINO ESTERILIZANTE 30 DIAS GALON X 4 LITROS	<a href="#">Ver</a>	1.00	31,500.00	31,500.00

<b>Total Bruto</b>	6,677,438.00
<b>Subtotal</b>	6,677,438.00
<b>IVA 19%</b>	10,894.00
<b>Total a Pagar</b>	<b>6,688,332.00</b>

Gerente General  
sumfamedic@hotmail.com  
8748246

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 018000910302

www.jersalud.com



"Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario"





**SUMINISTROS FARMACEUTICOS  
MEDICOQUIRURGICOS DE COLOMBIA SAS**

NIT 901.222.681-7  
Calle 9 No. 14-68  
Tel: 8748246  
Neiva - Colombia

**Cotización**  
No. C-1-422

Para	JERSALUD SAS
Nit	900.622.551-0
Fecha	2020-07-22

Elaborado por Sligo S.A.S NIT: 830.048.145-85-8

Ítem	Código	Descripción	Fotos	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	XAPLIX20	APLICADORES CON ALGODÓN X20 KENEDY	<a href="#">Ver</a>	10.00	950.00	9,500.00
2	MED-2006	CURA REDONDA (CURE BAND) CJ *100	<a href="#">Ver</a>	1.00	4,800.00	4,800.00
3	2452	GORROS ORUGA X 100 UND	<a href="#">Ver</a>	1.00	22,500.00	22,500.00
4	TUFFGLOVETS	GUANTE LATEX TALLA S TUFFGLOVE CAJA X100	<a href="#">Ver</a>	10.00	28,500.00	285,000.00
5	TUFFGLOVETM	GUANTE LATEX TALLA M TUFFGLOVE CAJA X100	<a href="#">Ver</a>	30.00	28,500.00	855,000.00
6	0MEDIS75	GUANTE ESTERIL N. 7 1/2 PAR MEDISPO PAR	<a href="#">Ver</a>	150.00	1,450.00	217,500.00
7	OOEXA228	GUANTE VINILO PROTEXION TALLA M CAJA X 100 UNDS	<a href="#">Ver</a>	10.00	22,268.91	265,000.00
8	W-JE1100	JERINGA 10 ML 21GX1 1/2 UND MEDISPO	<a href="#">Ver</a>	300.00	270.00	81,000.00
9	JEME0005	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1-1/2 UND	<a href="#">Ver</a>	100.00	220.00	22,000.00
10	CONSAB	SABANAS SENCILLA TIRAS- 2X1MTRS UNIDAD	<a href="#">Ver</a>	5.00	3,700.00	18,500.00
11	EQUI-0523	TAPABOCAS DESECH. CAJAX 50 UNDS	<a href="#">Ver</a>	30.00	63,000.00	1,890,000.00
12	156481	TAPABOCAS N 95 LIFE EMP VERDE	<a href="#">Ver</a>	50.00	19,500.00	975,000.00
13	1005721	SONDA NELATON No. 8 (40CMS ) UNIDAD MEDE	<a href="#">Ver</a>	100.00	820.00	82,000.00
14	10101	MICRONEBULIZADOR COMPLETO ADULTO UNIDAD BIOLIFE	<a href="#">Ver</a>	10.00	4,800.00	48,000.00
15	10102	MICRONEBULIZADOR COMPLETO PEDIATRICO UNI BIOLIFE	<a href="#">Ver</a>	1.00	5,100.00	5,100.00
16	CONKITCX	KIT CIRUJANO MANGA CORTA	<a href="#">Ver</a>	20.00	14,500.00	290,000.00
17	154541	OVEROL EN TELA DESECHABLE	<a href="#">Ver</a>	20.00	19,500.00	390,000.00
18	EQU-26546	JABON QUIRUCIDAL 120 ML	<a href="#">Ver</a>	3.00	9,500.00	28,500.00
19	021230	JABON DE MANOS X 500 ML	<a href="#">Ver</a>	30.00	12,500.00	375,000.00
20	EQYODOESPU	YODOPOVIDONA ESPUMA X 60 ML MK FRASCO	<a href="#">Ver</a>	2.00	3,800.00	7,600.00
21	2622	CARETA DE PROTECCION SENCILLA AZUL	<a href="#">Ver</a>	30.00	18,000.00	540,000.00
22	EPGAFAS	GAFAS (MONOGAFAS) UNIDAD	<a href="#">Ver</a>	30.00	9,200.00	276,000.00
23	PU25-3317H50	PU 25-3317-H-50 HYDRAFLOCK 6 APLICADOR CON PUNTA ABSORBENTE PARA RECOLECCION DE MUESTRAS BIOLÓGICAS X 50	<a href="#">Ver</a>	1.00	295,000.00	295,000.00

<b>Total Bruto</b>	6,940,689.00
<b>Subtotal</b>	6,940,689.00
<b>IVA 19%</b>	42,311.00
<b>Total a Pagar</b>	<b>6,983,000.00</b>

Gerente General  
sumfamedic@hotmail.com  
8748246

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea de Control Nacional: 01800019030





**7.2.3 Proyección adquisición EPP Regional Casanare**

**DISTRIBUIDORA  
PROYECTAR SAS**  
NIT. 900.669.318-3

DOCUMENTO OFICIAL DE AUTORIZACIÓN  
NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN No 18763025179468  
DE FECHA 2019/09/05 NUMERACIÓN AUTORIZADA  
DEL DP 1001 AL DP 1100  
NO SOMOS AUTORETENEDORES  
NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES  
ACTIVIDAD ICA 9639 TARIFA 11.4 X 1.000

**FACTURA DE VENTA**  
**DP 1075**

Línea Médico Quirúrgica - Línea Oficina - línea Aseo - Cafetería - Publicidad Comercial. ACT. ICA 4761 TARIFA 4.14 x 1.000

<b>SEÑORES:</b> JERSALUD S.A.S. (VOP&L)	
<b>FECHA:</b> 23 DE JULIO DE 2020	<b>CIUDAD:</b> BOGOTÁ
<b>DIRECCIÓN:</b> CALLE 32 SUR #22-10 B/QUIROGA	<b>TEL:</b> 3124348672
<b>FORMA DE PAGO:</b> CREDITO 90 DIAS CALENDARIO	<b>NIT:</b> 900.622.551-0
<b>FECHA DE VENCIMIENTO:</b> 21 DE OCTUBRE DE 2020	

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	CANT.	VR. UNITARIO	VALOR TOTAL
	ALCOHOL + CLORHEXIDINA GALON X 4 LTS ***	1	34.000	34.000
	AMONIO CUATER. DESINFEC. ALTO ESPETRO GALON X 3,8 LTS***	1	22.000	22.000
	BATA PACIENTE DES. MANGA LARGA P/RESORTADA PQ *10 BL ***	6	81.000	486.000
	GEL ANTIBACTERIAL DISPENSADOR X 1000 ML ***	6	18.000	108.000
	GORROS TIPO ORUGA PQ. X 100 ***	1	21.600	21.600
	SABANAS BLANCA PARA CAMILLA PAQ. X 10 ***	8	40.500	324.000
	TAPABOCAS DESECH. EN EMP. INDIV. TERMOSELLADO X 50 UND ***	8	50.000	400.000
	TAPABOCAS KN-95 X 20 UND ***	2	95.000	190.000
[*** PRODUCTOS EXENTO DE IVA SEGUN DECRETO EMER. SANT.]				

**OBSERVACIONES:** CREDITO 90 DIAS CALENDARIO

**SON:** UN MILLÓN QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE

<b>SUB-TOTAL</b>	1.585.600
<b>I.V.A</b>	0
<b>TOTAL</b>	1.585.600

LA PRESENTE FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 DE C.C.) la mercancía viaja por cuenta de riesgo del comprador. El comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías descritas. En caso de mora en el pago, se causará al 4% de interés mensual. La fecha del vencimiento se tomará a partir de la fecha de remisión. FAVOR GIRAR CHEQUE A NOMBRE DEL PRIMER BENEFICIARIO

AUTORIZADO POR:

DECLARO QUE RECORRÍ A SATISFACCIÓN LOS MATERIALES Y SERVICIOS DESCRITOS EN ESTA FACTURA

FIRMA Y SELLO DE ACEPTANTE COMPRADOR  
NIT O.C.C.

**MÓVIL: 320 206 8636 - Calle 52A Sur 29 - 55 - distribuidoraprojectar@gmail.com**  
**www.distribuidoraprojectar.com**

LUIS FERNANDO VELASCO NIT 80438545-4 TEL. 3142142993

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
Línea Casanare - Nacional - 01800010303



**EVIDENCIAS SOLICITUD APOYO ARL PARA ADQUISICIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**

**Evidencia Entrega de EPP por parte de ARL Positiva**



VPYP-15000-2020

Bogotá,

Señores:

**JERSALUD SAS**

Atn. JENNY GUTIERREZ

NIT: 900622551

Dirección: CARRERA 6 #64B-195 CENTRO COMERCIAL NOGAL PLAZA LOCAL 104 TUNJA-BOYACA

Teléfono: 3125284435

BOGOTA D.C.

**ASUNTO: Entrega de Elementos de Protección Personal prevención COVID 19.**

Respetados Señores:

Reciban un cordial saludo de su Administradora de Riesgos Laborales, POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

Teniendo en cuenta la situación actual del País, frente a la pandemia generada por el COVID-19, en virtud del cual se decreta el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, se expide el Decreto Legislativo 500 del 31 de marzo de 2020 y la Circular 029 de 2020 del Ministerio del Trabajo, normatividad en la que se faculta a las Administradoras de Riesgos Laborales a apoyar a los Empleadores y Empresas afiliadas que se encuentren expuestas directamente al riesgo de COVID-19 mediante la provisión parcial de algunos elementos de protección personal, como una medida contingente de promoción, prevención y asunción de crisis, procederemos a dar cumplimiento y a realizar entrega de los siguientes elementos de protección personal para ser distribuidos a sus colaboradores expuestos:

KIT	CANTIDAD
MASCARILLA QUIRURGICA	1000

Es importante anotar que los despachos de los EPP mencionados anteriormente, se realizarán a partir del día 25 Mayo del presente; por lo tanto, es posible que se realicen entregas parciales a partir de esta fecha, hasta completar la totalidad de elementos indicados anteriormente.

Es de resaltar el llamado que nos hace el Gobierno Nacional en la circular 029, en cuanto a la responsabilidad de los empleadores frente al cuidado de la salud de los trabajadores, aclarando, que el apoyo brindado por las Administradoras de Riesgos Laborales es una medida contingente y no los exime de la responsabilidad de proporcionar los elementos de protección personal y realizar actividades en seguridad y salud en el trabajo de conformidad con la legislación vigente, entre ellas Decreto 1072 de 2015 y el Artículo 176 de la Resolución 2400 de 1979 .

Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 990.011.193-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-179.  
Bogotá: 336-7070 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaColombia



El emprendimiento es de todos

Reintegración

No. FOLIO: JERSALUD SAS  
RECIBIDO POR: Jenny Gutierrez



## 8. EVIDENCIA SOLICITUD APOYO ARL PARA EL TAMIZAJE CON PRUEBAS RAPIDAS PARA COVID-19.

**LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19**

Karen Melo  
Ave 11/06/2020 9:51  
Para: Analista SST - Aura Londoño; diana.daza@positiva.gov.co  
CC: Eliana Araque; Coord Calidad - Sandra Peñaloza; asistenteth.yopaljersalud@outlook.com <AsistenteTH.YopalJersalud@outlook.com>  
C:\PS21 (3)-pdf  
690 KB

Buenos días  
Señora  
DIANA DAZA  
ARL POSITIVA

teniendo en cuenta los LINEAMIENTOS PARA EL USO DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS DE SARS-CoV-2 (COVID-19) EN COLOMBIA que emitió el ministerio de salud y protección social en mayo 2020 donde indica que los responsables y quienes deben cubrir el costo de prueba rápida debe ser las ARL, indicación que se encuentra registrada en la página 31:

30. Tamizaje para trabajadores de la salud Se realizará inicialmente tamizaje a los trabajadores de la salud que se encuentran en los servicios de urgencias, hospitalización general con pacientes con COVID-19, Unidades de Cuidado Intensivo adulto, pediátrica y neonatal y Unidades de cuidado intermedio adulto y pediátrico, sin perjuicio de que se puedan incluir otros servicios. El esquema para el tamizaje es el siguiente:

- Se tomará prueba rápida serológica de anticuerpos IgG/IgM o RT-PCR.
- Si la prueba RT-PCR sale positiva, indica que la persona está en fase activa y posiblemente excretando virus, debe ir a aislamiento por 14 días, tomar medidas generales de protección y realizar el estudio de contactos estrechos.
- Si la prueba RT-PCR es negativa, se recomienda realizar prueba rápida serológica cada 15 días hasta que se positivice. En este caso debe ser remitido a medicina laboral se enfatiza que debe mantener las medidas generales de protección personal y recomendaciones de autocuidado independiente del resultado.
- Si la prueba rápida serológica de anticuerpos IgG/IgM es positiva se debe realizar prueba RT-PCR, si esta es positiva se realizará aislamiento por 14 días, si es negativa recomendaciones de autocuidado y uso de los EPP. No hay necesidad de hacer más pruebas serológicas.

**13.3 Pruebas que se realicen en el marco de acciones de seguridad activa:**

GRUPO POBLACIONAL	ORGANIZACIÓN	QUEDEBEN CUBRIR EL COSTO DE LA PRUEBA	QUEDEBEN CUBRIR EL COSTO DE LA PRUEBA
Policía y Fuerzas militares	Presbiterio de Servicios de Salud de Bogotá	Regimen especial FFMM	Regimen especial FFMM
Populación privada de la libertad	Presbiterio de Servicios de Salud de Bogotá	Fondo Hospital de Salud de Bogotá	Fondo Hospital de Salud de Bogotá
Personas privadas internadas en áreas de salud	Presbiterio de Servicios de Salud de Bogotá	Entidad territorial	Entidad territorial

Fecha: 11 de 01

Según reunión del día de hoy de COPASST quedamos a la espera que la Señora DIANA DAZA nos de Indicaciones sobre el paso a seguir con la ARL para el envío de dichas pruebas

Gracias  
Karen Emilia Melo  
Jefe Administrativa y de Talento Humano  
JERSALUD S.A.S  
3132731800

**LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19**

Diana Vivian Daza Mosquera <diana.daza@positiva.gov.co>  
Vie 12/06/2020 11:41  
Para: Karen Melo  
CC: Eliana Araque; Coord Calidad - Sandra Peñaloza; asistenteth.yopaljersalud@outlook.com <AsistenteTH.YopalJersalud@outlook.com> y 1 usuarios más

Buenos días:

Reciba un cordial saludo de su Administradora de Riesgos Laborales, POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Por medio de la presente y dando respuesta a su comunicación enviada el 10 de Junio de 2020, nos complace informarle al respecto que en la actualidad nos encontramos consolidando la propuesta integral de los consultores contactados para el desarrollo de esta actividad y de esta forma garantizar el cumplimiento de esta obligación a cargo de la ARL, ya que el suministro de estos chequeos requiere de unos análisis previos que garanticen el cumplimiento técnico de estas pruebas ágil y oportunamente.

Lo antes dicho se sustenta en los diversos estudios que viene desarrollando esta ARL, del cual transcribimos la parte pertinente de unas conclusiones que arroja uno de estos:

*"Hay evidencia actual, reciente de la importancia de incrementar las pruebas en el personal de muy alto riesgo.*

*Sin embargo, esto por sí solo no reduce el riesgo, se requiere de la implementación de acciones planificadas en el marco de una estrategia de epidemiología que permita gestionar el potencial riesgo de manera integral, inteligente y anticipada."*

De acuerdo con la recomendación de los expertos consultados, se hace necesario garantizar la efectividad y eficiencia en la realización de los "chequeos médicos frecuentes de carácter preventivo y diagnóstico", a fin garantizar la confiabilidad en la práctica de estos, que permitan salvaguardar la salud, integridad y vida de los trabajadores.

Por tanto, esta ARL no cesa su continuo trabajo en el cumplimiento y garantía de esta obligación, de la cual se esperan obtener los resultados en el menor tiempo posible.

Agradezco la atención.

Cordialmente;

Diana Vivian Daza Mosquera  
Ejecutivo integral de servicios  
SGS COLOMBIA-Proyecto para POSITIVA  
Celular: 3222503336  
[diana.daza@positiva.gov.co](mailto:diana.daza@positiva.gov.co)

<https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA.jpg>

[https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA\\_FB.jpg](https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_FB.jpg)  
[https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA\\_TW.jpg](https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_TW.jpg)  
[https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA\\_YT.jpg](https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_YT.jpg)





## 9. EVIDENCIA DE NUEVA SOLICITUD DE APOYO ARL PARA EL TAMIZAJE CON PRUEBAS RAPIDAS PARA COVID-19.

LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19

Analista SST - Aura Londoño  
Mié 08/07/2020 17:06  
Para: Diana Vivian Daza Mosquera <diana.daza@positiva.gov.co>; Karen Melo  
CC: Eliana Araque; Coord Calidad - Sandra Peñaloza; asistentehyopaljersalud@outlook.com <AsistenteTH.YopalJersalud@outlook.com>; Diany Duarte

Buenas tardes Diana Daza

Solicito me sea informado como va el proceso de suministro de las **pruebas** rápidas ya que es vital empezar este proceso con personal asistencial expuesto, en el caso de sede Meta los funcionarios que prestan el Servicio Domiciliario.

Quedo atenta a su pronta respuesta

Gracias

Cordialmente,

**Aura Cristina Londoño Dueñas**  
Analista SST  
Sucursal Villavicencio  
Cel. 320 2775564  
Correo: analistasst.meta@jersalud.com



*Estamos haciendo entrega de información que contiene datos personales y/o sensibles; por lo tanto el receptor debe adoptar medidas que resulten necesarias para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos personales. Dichas medidas tendrán por objeto evitar su adulteración, pérdida, consulta o tratamiento no autorizado, así como detectar desviaciones de información intencionales o no, ya sea que los riesgos provengan de la acción de medio tecnológico o humano. En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 "Ley de Protección Datos Personales" y en el Decreto Reglamentario 1377 de 2013.*

Responder | Responder a todos | Reenviar

## 10. EVIDENCIA CERTIFICADO AUTOEVALUACION SG-SST POR PARTE DE ARL POSITIVA

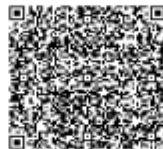


### ACUSE RECIBIDO

**Positiva Compañía de Seguros S.A.**, acusa recibido de la empresa **JERSALUD SAS** identificada con **NI 900622551**, la presentación del Plan de Mejora con los resultados de los Estándares Mínimos vigencia **2019** del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST conforme a la Resolución 0312 de 2019, obteniendo un resultado del **87,5%, ACEPTABLE**.

Fecha de presentación ARL: **27/12/2019**

Número de Consecutivo: **000123**



## 11. EVIDENCIA PLAN DE CONTINGENCIA PARA COVID -19 (Protocolo de bioseguridad)

### 11.1 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Boyacá

De: Calidad Boyaca - Mónica Salamanca

Enviado: viernes, 22 de mayo de 2020 11:23 a. m.

Para: [piedad.angarita@boyaca.gov.co](mailto:piedad.angarita@boyaca.gov.co) <[piedad.angarita@boyaca.gov.co](mailto:piedad.angarita@boyaca.gov.co)>

Cc: Dra. Patricia Velasquez <[GerenciaBoyaca@jersalud.com](mailto:GerenciaBoyaca@jersalud.com)>; Coordinacion Sogamoso <[Coord.Sogamoso@jersalud.com](mailto:Coord.Sogamoso@jersalud.com)>; [prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com](mailto:prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com) <[prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com](mailto:prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com)>

Asunto: manual de contingencia IPS Jersalud Boyacá

Cordial saludo

De acuerdo a solicitud, se adjuntan los siguientes documentos que contienen los lineamientos para la restauración gradual de servicios de salud en las fases de mitigación y control de la emergencia sanitaria por covid-19 en colombia.

Cordialmente

**Mónica Salamanca R.**

Profesional de Garantía de la Calidad.

**Jersalud S.A.S Boyacá.**

---



M(GAA)001 PLAN DE CONTI...  
7 MB



P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ...  
1015 KB

2 archivos adjuntos (8 MB)   Descargar todo   Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

**Mónica Salamanca R.**  
Profesional de Garantía de la Calidad.  
**Jersalud S.A.S Boyacá.**



Este correo electrónico contiene información legal confidencial y privilegiada. Si usted no es el destinatario a quien se desea enviar este mensaje, tendrá prohibido darlo a conocer a persona alguna, así como a reproducirlo o copiarlo. Si recibe este mensaje por error, favor de notificarlo al remitente de inmediato y desecharlo de su sistema.

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)





Alcaldía Mayor de Tunja  
SECRETARÍA DE PROTECCIÓN SOCIAL



1.7.2-1-4-1139

Tunja, 23 de junio de 2020

### LA SUSCRITA SECRETARIA DE PROTECCIÓN SOCIAL

#### CERTIFICA:

Que la IPS JERSALUD S.A.S., con Código de Habilitación 150010279401, ubicado en la Carrera 6 # 64b-195 local 104-105, cuenta con los protocolos de Bioseguridad en el contexto de la actual Pandemia COVID-19, aprobados por la Secretaría de Salud de Boyacá, de conformidad con lo establecido en el documento *Orientaciones para la Restauración Gradual de los Servicios de Salud en las Fases de Mitigación y Control de la Emergencia Sanitaria por COVID-19 en Colombia*, emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social y a lo establecido en la Circular 118 del 12 de mayo de 2020, emitida por la Entidad Territorial Departamental.

Por lo anterior se autoriza, de manera preliminar, la Restauración de los Servicios de Ginecobstetricia, Medicina General, Odontología General, Consulta Prioritaria, Toma de Muestras, Tamización de Cáncer de Cuello Uterino, Protección Específica Atención al Recién Nacido, y Protección Específica en Planificación Familiar Hombres y Mujeres, teniendo en cuenta que la Secretaría de Protección Social de Tunja, realizará el respectivo seguimiento, durante la Restauración Gradual de la Prestación de los Servicios de Salud con base en la normatividad vigente e informará a la Entidad Territorial Departamental, si evidencia incumplimiento.

La presente certificación se expide a solicitud del Prestador de Servicios de Salud, con destino a quien interese.



LUCY ESPERANZA RODRÍGUEZ PÉREZ  
Secretaria de Protección Social de Tunja

Elaboró: Linda Johana Hernández Acevedo  
Revisó: Lucy Esperanza Rodriguez Pérez



mipg

SC - CER432075

NIT.891800345 - 1

Calle 19 N° 9 - 95 cuarto piso edificio municipal,  
Tunja, Boyacá - 740 57 70 ext. 1720 • [proteccion-social@tunja.gov.co](mailto:proteccion-social@tunja.gov.co)  
📞 📧 🌐 📄 • [www.tunja-boyaca.gov.co](http://www.tunja-boyaca.gov.co) •





## 11.2 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Meta

SOLICITUD AUTORIZACION SERVICIOS IPS JERSALUD VILLAVICENCIO CONTINGENCIA COVID 19.



M(GAA)001 PLAN DE CONTI... 18 MB  
P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ... 654 KB  
Registro Autorizacion de Serv... 24 KB

5 archivos adjuntos (19 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

Buenas tardes:

La presente es para solicitar autorización de los siguientes servicios, para la IPS Jersalud Villavicencio:

1. Ginecología.
2. Pediatría.
3. Medicina Interna.

La prestación de las anteriores especialidades se describe en el documento plan de contingencia COVID 19 adjunto al presente correo, adicional se envían los siguientes documentos:

1. Documento de telemedicina IPS Jersalud SAS.
2. Excel inscripción de servicios para autorización.
3. Flujoigramas.

Agradezco la atención y oportuna respuesta.

Quedo atenta a comentarios.

SOLICITUD AUTORIZACION SERVICIOS IPS JERSALUD META

Coord. Calidad - Sandra Peñaloza  
Vie 22/05/2020 8:25

Para: Patricia Piñeros <habilitacionreps@meta.gov.co>  
CC: Diany Duarte; Sede Villavicencio; Ing. Lina Valencia.



SOLICITUD AUTORIZACION S... 21 KB  
M(GAA)001 PLAN DE CONTI... 18 MB  
P(GAA)001 PROCEDIMIENTO ... 654 KB

3 archivos adjuntos (19 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - CLINICA MIOCARDIO S.A.

Buenos días:

Envío relación de servicios Ginecología, medicina familiar, medicina interna, pediatría, de la IPS Jersalud, para autorización como centro remitot.

Adjunto documentos.

Quedo atenta a comentarios.

*Sandra Patricia Peñaloza Mora*  
**Enfermera Profesional Calidad**  
**IPS Jersalud SAS Meta**



### 11.3 Evidencia envío Plan de contingencia para COVID-19 (Protocolo de bioseguridad) a Secretaria de Salud de Casanare

#### PLAN DE CONTINGENCIA

▼ Ocultar historial de mensajes

**De:** CoorCalidad.Yopal Jersalud  
**Enviado:** miércoles, 29 de abril de 2020 15:36  
**Para:** regsubiado yopal casanare <regsubiado@yopal-casanare.gov.co>; coord.yopaljersalud@outlook.com <coord.yopaljersalud@outlook.com>; Diany Duarte <GerenciaMeta@jersalud.com>  
**Asunto:** PLAN DE CONTINGENCIA

Buen día envió plan de contingencia con las correcciones solicitadas por secretaria de salud.  
Agradezco atención prestada quedo atenta.





**KAREN LIZETH SOLANO AYALA**  
Profesional de Calidad  
Sede Yopal-Casanare  
3213805455

^ Ocultar historial de mensajes

#### AUTOEVALUACION CASANARE



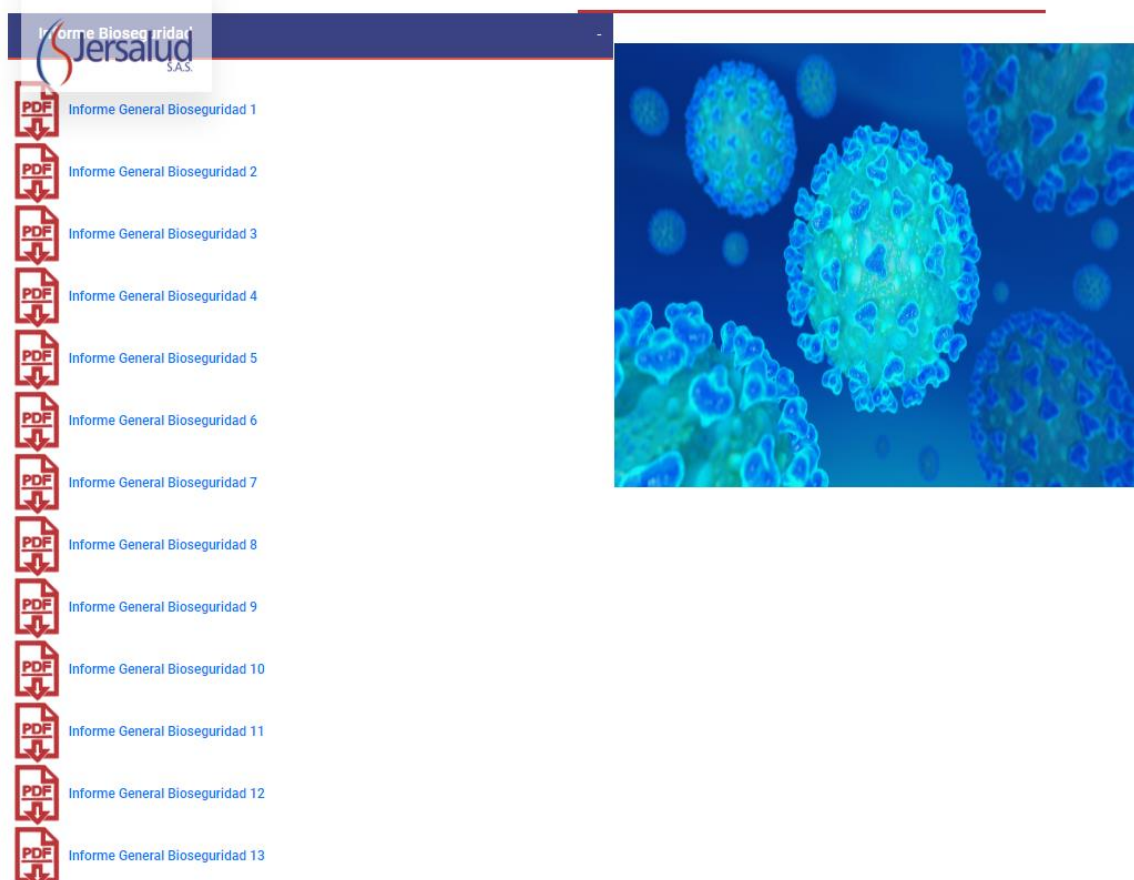
CoorCalidad.Yopal Jersalud <CoorCalidad.YopalJersalud@outlook.com>  
Tue 14/05/2020 18:56  
**Para:** sivilayopal@gmail.com y 3 más  
**CC:** Usted; coord.yopaljersalud@outlook.com y 2 más

-  202005141548 ACTA LAVADO...  
39 KB
-  Autoevaluación Casanare.xlsx  
191 KB
-  23 ACTO DE MODIFICACIÓN ...  
72 KB
-  26 ACTO DE CONFORMACIO...  
73 KB



## 12. PUBLICACIÓN INFORME PAGINA WEB

### 12.1 Evidencia publicación en página Web



### 12.2 Link de publicación Informes Pagina Web Jersalud

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20MAYO-%20Del%2001%20al%2008%20de%20Mayo%202020.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20MAYO-%20Del%2008%20al%2015%20de%20Mayo%202020.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20MAYO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20MAYO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20JUNIO.pdf>

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)





<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%201%20ULIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20ULIO.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20JULIO.pdf>

<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20JULIO.pdf>

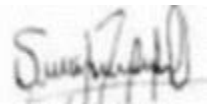


<http://www.jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%205%20JULIO.pdf>

**Aprobación**

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Julieth Eliana Araque Sosa	Jefe administrativa y de talento humano Boyacá Presidente Comité COPASST	
Karen Emilia Melo González	Jefe administrativa y de talento humano Meta Secretaria Comité COPASST	
Ysella González Cuevas	Asistente administrativo, talento humano y SST Casanare Representante Principal por parte del empleador Comité COPASST	
Olga Soledad Linares	Coordinadora de sede Meta Representante Principal por parte del empleador Comité COPASST	

[www.jersalud.com](http://www.jersalud.com)



Sonia Yaneth Ruiz García	Auxiliar administrativo Boyacá Representante Principal por parte de los trabajadores Comité COPASST	
Ruth Mary Baquero	Jefe de enfermería Meta Representante Principal por parte de los trabajadores Comité COPASST	
Aura Cristina Londoño	Analista SST Meta	
Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez	Analista SST Boyacá	