

INFORME GENERAL BIOSEGURIDAD SEMANA 1 DE JULIO

**Del 30 de Junio
al 03 de Julio
2020**

1. REUNION COPASST JULIO SEMANA 1 Del 30 DE JUNIO AL 03 DE JULIO 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 013 de Julio 2020 Semana 1

	FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN	F(GC)002
		Versión:
		1
		Oct - 2018
		1 DE 6

ACTA N° 013 DE 2020 REUNION EXTRAORDINARIA					
DESCRIPCIÓN DE LA REUNIÓN					
COMITÉ O UNIDAD FUNCIONAL:		COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST			
LUGAR: JERSALUD NACIONAL BOYACÁ, META Y CASANARE					
FECHA:	DD	MM	AA	HORA INICIO	HORA FINALIZACION
	02	07	2020	09:00 A.M.	10:15A.M
MODERADOR: JULIETH ELIANA ARAQUE- KAREN EMILIA MELO					

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

PARTICIPANTES (REGISTRE LAS PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN INVITADAS A LA REUNION, ESPECIFICANDO EL CARGO)	
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	



	FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN	F(GC)002
		Versión:
		1
		Oct - 2018
		2 DE 6

1. VERIFICACIÓN DEL QUORUM (asistentes)

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:

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

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

2. LECTURA DEL ACTA ANTERIOR

La secretaria del comité realiza la lectura del acta anterior #012 de junio de 2020 la cual fue aprobada sin ninguna modificación.

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)

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE TERMINACIÓN	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	DOCUMENTO SOPORTE	SEGUIMIENTO (% de cumplimiento)	OBSERVACIONES
Enviar correo a ARL base de datos para tamizaje con actividad realizada	Analistas SST	02/07/2020	Jersalud Nacional	Comprobante envío correo	0%	
Estrategias para toma de muestras tamizaje personal de salud de COVID - 19	Asesor ARL Jefes administrativa y de talento humano	30/07/2020	Jersalud Nacional	Formato acta de reunión F (GC) 002	0%	



	FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN	F(GC)002
		Versión: 1
		Oct - 2018
		3 DE 6

4. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

4.1 En atención los comunicado 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.

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.



	FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN	F(GC)002
		Versión:
		1
		Oct - 2018
		4 DE 6

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

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

ITEM	DESCRIPCION	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, área 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). (Archivo de Excel Adjunto)	100	8%	Evidencia informe semana 1 Julio 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	8%	Evidencia informe semana 1 Julio 2020 Numeral 3 (3.1-3.2)
3	¿Se está 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). (Archivo de Excel Adjunto)	100	8%	Evidencia informe semana 1 Julio 2020 Numeral 2 (2,1-2,2-2,3)



	FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN	F(GC)002
		Versión: 1
		Oct - 2018
		5 DE 6

4	¿Los EPP se están entregando oportunamente?	X	Base de trabajadores con registro de entrega de los EPP a cada trabajador con la fecha y hora de entrega.	100	8%	Evidencia informe semana 1 Julio 2020 Numeral 2 (2,1-2,2-2,3), Numeral 4 (4,1-4,2)
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	8%	Evidencia informe semana 1 Julio 2020 Numeral 2(2,1-2,2), numeral 4 (4,1, 4,2)
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	100	8%	Evidencia informe semana 1 Julio Numeral 3.2, numeral 7
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	8%	Evidencia informe semana 1 Julio 2020 Numeral 8
8	Se plantean medidas preventivas y/o correctivas y se les hace el seguimiento	X	Acta de COPASST semanal	100	8%	Evidencia informe semana 1 Julio 2020 Numeral 1
9	Cuenta con diseño e implementación del sistema de Gestión de Seguridad y salud en el Trabajo de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015	X	Certificación de la ARL del % de cumplimiento del SG-SST	100	8%	Evidencia informe semana 1 Julio 2020 Numeral 10
10	Implementación de protocolos de Bioseguridad frente al Covid-19	X	Registro fotográficos Semanales	100	8%	Evidencia informe semana 1 Julio 2020 Numeral 6.2
11	Aprobación de protocolos de Bioseguridad Covid-19 por entidad competente	X	Certificación de Secretaría de Salud	100	8%	Evidencia informe semana 1 Julio 2020 Numeral 11
12	Seguimiento del cumplimiento de los protocolos de bioseguridad por el COPASST	X	Inspecciones de seguridad y registro fotográfico semanal	100	8%	Evidencia informe semana 1 Julio 2020 Numeral 5
13	Reunión semanal del COPASST	X	Acta de COPASST semanal	100	8%	Evidencia informe semana 1 Julio 2020 Numeral 1
TOTAL				1300	100%	

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



	FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN	F(GC)002
		Versión: 1
		Oct - 2018
		6 DE 6

4.5 En cuanto a segunda entrega de elementos de protección personal por parte de ARL Positiva se envió dirección de correspondencia a asesor ARL para despacho de segunda entrega de EPP” S por arte de la administradora de riesgos la cual contempla entrega de 1000 mascarillas quirúrgicas, se sigue a la espera de la llegada de estos elementos.

4.6 Se realiza envío de diligenciamiento Link a ARL positiva con el censo de la población trabajadora y los datos requeridos para pruebas de tamizaje, por parte de ARL Positiva se manifiesta que la entidad contratista que realiza el tamizaje se está realizando priorización en la cual las entidades de mayor nivel de complejidad como las que cuentan con UCI, son aquellas que se toma prueba en primer lugar y seguidamente las demás instituciones de otros niveles de complejidad.

5. COMPROMISOS (DEFINA LOS COMPROMISOS DE LA REUNIÓN ACTUAL)					
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE TERMINACIÓN	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	DOCUMENTO SOPORTE	OBSERVACIONES
Enviar correo a asesor de ARL base de datos para tamizaje con actividad realizada	Analistas SST	09/07/2020	Jersalud Nacional	Envío de correo	
Estrategias para toma de muestras tamizaje personal de salud de COVID -19	Asesor ARL Jefes administrativas y de talento humano	30/07/2020	Jersalud Nacional	Acta de reuniones F(GC)002	

6. PUNTOS A CONSIDERAR EN FUTURAS REUNIONES		
TEMA	RESPONSABLE	FECHA

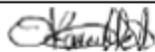
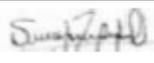
PARTICIPANTES		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
VER LISTADO DE ASISTENCIA		



1.2 Registros de asistencia Acta de COPASST Julio Semana 1
 1.2.1 Registro asistencia Regional Boyacá

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

SEDE: JERSALUD NACIONAL

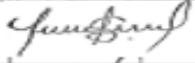
INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNIÓN: Comité					
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 013 de 2020					
FECHA: 02/07/2020		HORA DE INICIO: 09:00 a.m		HORA DE FINALIZACIÓN: 10:15 a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Boyacá					
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa			FIRMA:	
	Karen Emilia Melo				
REGISTRO					
Nº	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 García	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					

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



	FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	FIG0012
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

SEDE: JERSALUD NACIONAL

INFORMACIÓN DE GENERAL					
TIPO DE REUNIÓN: Comité					
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 013 de 2020					
FECHA: 02/07/2020		HORA DE INICIO: 09:00 a.m		HORA DE FINALIZACIÓN: 10:15a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Meta y Casanare					
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa			FIRMA:	
	Karen Emilia Melo				
REGISTRO					
N°	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	
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					

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa
 Línea Corriente Nacional: 018000910302
VIGILADO



1.2.3 Registro de asistencia Asesor ARL Positiva

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

SEDE: JERSALUD NACIONAL

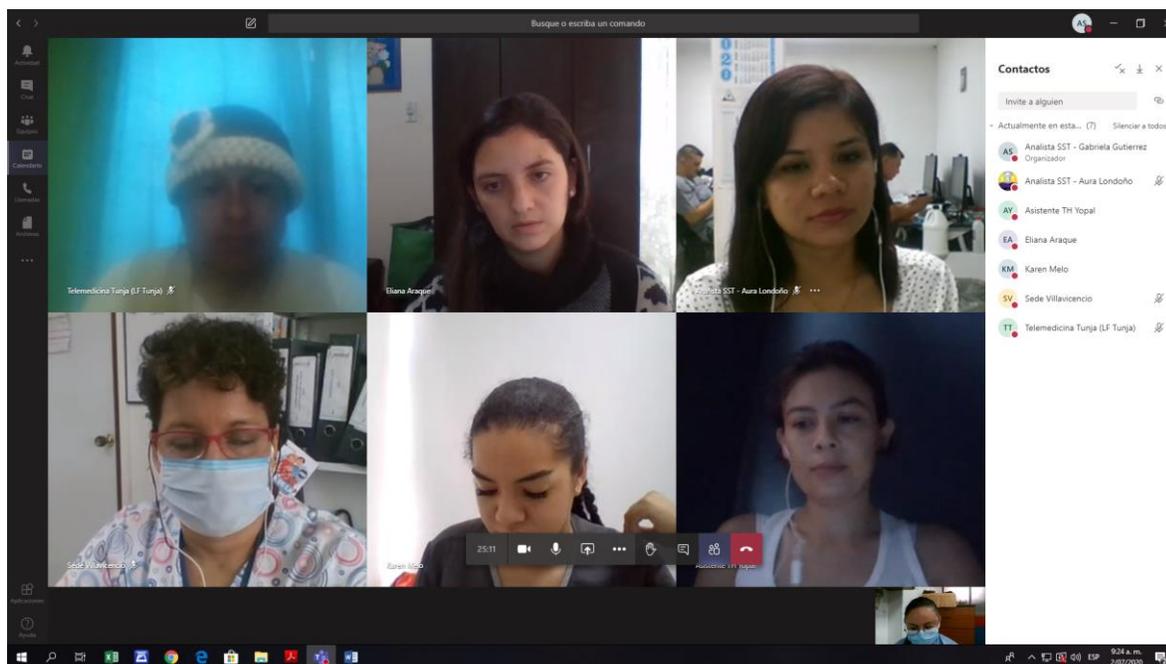
INFORMACIÓN DE GENERAL			
TIPO DE REUNIÓN: Comité			
TEMA TRATADO: COPASST Reunion extraordinaria Acta 013 de 2020			
FECHA: 02/07/2020	HORA DE INICIO: 09:00 a.m	HORA DE FINALIZACIÓN: 10:15 a.m	
LUGAR O UNIDAD FUNCIONAL: Jersalud Nacional			
EXPOSITOR:	Julieth Eliana Araque Sosa		FIRMA: 
	Karen Emilia 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					

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 011 26001933
 Línea de Atención al Cliente: 011 26001933



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 JERSALUD BOYACÁ							
No.	TIPO DOC	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRES COMPLETOS	CARGO	CIUDAD	TIPO DE VINCULACION	TIPO NIVEL EXPOSICIÓN COVID 19
1	CC	1052410687	EVELYN LUCIA CEPEDA HIGUERA	ASISTENTE DE TALENTO HUMANO	DUITAMA	DIRECTA	INDIRECTO
2	CC	1052403488	ERIKA JOANA BOSIGAS AGÜERO	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
3	CC	24219746	SONIA YANETH RUIZ GARCIA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
4	CC	23284976	SANDRA SOFIA MOZO RIVERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TUNJA	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	46458143	HIDALY TRIANA TRIANA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
8	CC	1053608206	DIANA MARCELA CERCADO AVELLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
9	CC	46456242	DIANA PATRICIA ACERO MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
10	CC	1053340626	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
11	CC	1053348812	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
12	CC	1053348179	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIJACA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
13	CC	1002526470	YENNIFER KATHERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
14	CC	23810177	BLANCA NUBIA VASQUEZ MORENO	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO
15	CC	46370222	MARIA CONSTANZA BENAVIDES PENAGOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
16	CC	33676330	FANNY MARLENY CAICEDO AVILA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTO
17	CC	1014188587	YULY MARCELA MUÑOZ ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO
18	CC	53081059	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
19	CC	1054682570	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	MONIQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
20	CC	23552508	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTO
21	CC	24080048	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOATA	DIRECTA	DIRECTO
22	CC	1049625040	MARIA CECILIA RODRIGUEZ BOYACA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO
23	CC	40048087	DIANA MILENA GARRIDO SEPULVEDA	JEFE DE FACTURACIÓN	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
24	CC	1020752786	DIANA ROCIO GANTIVA DAZA	JEFE DE ENFERMERIA	GARAGOA Y GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO
25	CC	1052314070	JENNY GABRIELA GUTIERREZ MARTINEZ	ANALISTA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO
26	CC	46366015	ANA ROSA ROMERO LOPEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
27	CC	1049628122	GLORIA ISABEL AVENDAÑO FAGUA	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
28	CC	53067258	NELSY PATRICIA VELASQUEZ CALDERON	GERENTE	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
29	CC	52963532	MONICA FERNANDA SALAMANCA ROJAS	PROFESIONAL DE CALIDAD	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
30	CC	46672428	LINA MILENA ARAQUE SOLANO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
31	CC	1049616557	MONICA PAOLA FLOREZ ALVAREZ	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
32	CC	40038562	MARIA ISABEL MORENO AYALA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
33	CC	72205029	JOSE GREGORIO MOLINA VELA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
34	CC	74370203	JUAN CESAR HIGUERA REYES	INGENIERO DE SOPORTE	DUITAMA	DIRECTA	INDIRECTO
35	CC	46378245	SANDRA MILENA TORRES ACEVEDO	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO



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



36	CC	40036857	LUZ MARINA MOJICA VELANDIA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
37	CC	40027046	LUZ AMPARO AYALA BARON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
38	CC	46361131	CLAUDIA ISABEL MONTAÑEZ AFRICANO	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
39	CC	24167247	ANGELA DORELLY FAJARDO SERRANO	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
40	CC	79536444	LENIN RODRIGUEZ RAMIREZ	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
41	CC	23323980	NANCY MOGOLLON ANGARITA	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
42	CC	1082896913	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
43	CC	9530770	CESAR AUGUSTO CARRILLO LOPEZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
44	CC	91244699	OSWALDO ALFONSO GUTIERREZ PINZON	MEDICO GENERAL	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
45	CC	63362434	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
46	CC	1124023697	JOEL ANTONIO DURÁN IGUANAN	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
47	CC	32775986	ELIDA MARIA DE AGUAS VALENCIA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
48	CC	1053338976	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
49	CC	23324561	YOLY PATRICIA OVALLE PINEDA	JEFE DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
50	CC	7180163	JOHN JAIRO LORA ESCANDON	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
51	CC	9396880	GIOVANNI FRANCISCO RODRIGUEZ SALAMANCA	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
52	CC	1073380836	GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	MEDICO GENERAL	CHIQUINQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
53	CC	1049615437	JULIETH ELIANA ARAQUE SOSA	JEFE ADMINISTRATIVO Y DE TALENTO HUMANO	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
54	CC	1049647500	GISELLE ANDREA ZIPA VARGAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
55	CC	63529281	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERÍA	MONQUIRA	DIRECTA	DIRECTO
56	CC	1054658729	ANDERSON DARIO VACCA SANCHEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
57	CC	40039607	FANNY ASTRID NIÑO HIGUERA	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
58	CC	1049638771	GERSSON DAVID GONZALEZ ROBLES	MEDICO GENERAL	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
59	CC	40044574	DORIS MAYORGA ROJAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	INTERMEDIO
60	CC	1049799152	NIYIRETH DANIELA CASTRO MARTINEZ	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO
61	CC	33676746	MERY CAMELO SUAREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTO
62	CC	1049631798	DEISY CAROLINA HERNANDEZ HERNANDEZ	COORDINADORA ASISTENCIAL DE SEDE	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
63	CC	1090415369	LUZ KARINA SALAZAR GRISALES	NUTRICIONISTA	TUNJA- DUITAMA- SOGAMOSO	DIRECTA	INDIRECTO
64	CC	1049629216	KAROL GISELA FERNANDEZ ESPINOSA	TRABAJADORA SOCIAL	TUNJA- DUITAMA- SOGAMOSO	DIRECTA	INDIRECTO
65	CC	1120865548	JOAN ADOLFO FONSECA MOSQUERA	PSICOLOGO	TUNJA- DUITAMA- SOGAMOSO	DIRECTA	INDIRECTO
66	C.E	531407	ARMANDO ISMAEL DOMINGUEZ MARTINEZ	MEDICO GENERAL	GARAGOA	DIRECTA	DIRECTO
67	CC	40017103	MARIA LUCIA PEDRAZA VARGAS	NUTRICIONISTA	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
68	CC	1140868607	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	SOATA	DIRECTA	DIRECTO
69	CC	1049614089	SEBASTIAN RIVERA GUTIERREZ	MEDICO GENERAL	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
70	CC	1049632802	MARIA PAULA REYES CAMARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
71	CC	1057585417	DEISY YAMILE VARGAS BARRERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SOGAMOSO	DIRECTA	DIRECTO
72	CC	1019069127	DIEGO ALEJANDRO ROJAS MONTERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
73	CC	1045725343	MELISSA MORENO PUPO	MEDICO GENERAL	GUATEQUE	DIRECTA	DIRECTO
74	CC	1049642865	CLAUDIA YANETH RODRIGUEZ NUMPAQUE	AUXILIAR DE CALIDAD	TUNJA	DIRECTA	INDIRECTO
75	CC	1049632618	LINA ALEJANDRA PINZON CASTIBLANCO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DUITAMA	DIRECTA	DIRECTO
76	CC	1052399313	ZULMA YARITH BETANCUR BECERRA	JEFE DE ENFERMERIA	TUNJA	DIRECTA	DIRECTO
77	CC	1052020668	DEISY LILIANA ESTEVES MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	SOATA	DIRECTA	DIRECTO



2.2 Base de datos personal de colaboradores Regional Meta

Jersalud S.A.S.		BASE DE DATOS PERSONAL FUNCIONARIOS JERSALUD-META				
N°	CEDULA	NOMBRE	CARGO	LUGAR DE TRABAJO	TIPO DE VINCULACIÓN	TIPO NIVEL EXPOSICIÓN COVID-19
1	52429438	DIANY LORENA DUARTE MACIAS	GERENTE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
2	1121926625	KAREN EMILIA MELO GONZALEZ	JEFE ADMINISTRATIVA Y DE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
3	1121853253	MIGUEL ANGEL REINA WALTEROS	INGENIERO DE SOPORTE TECNICO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
4	1122130462	YEIMI YADIRA TORO PINEDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
5	1121889427	GUERRA VARGAS NAIRA LISBETH	JEFE DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
6	40446687	LUZ ESPERANZA GUERRERO OBANDO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA
7	40448789	MARIA OLINDA MURILLO HERRERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA
8	1043000119	SANDRA CRISTINA PATIÑO ROMERO	JEFE DE ENFERMERIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTA
9	1110581358	MARIA JOSE BONILLA MENDEZ	ASISTENTE TALENTO HUMANO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
10	1120502833	JESSICA MARCELA CAÑON REINA	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
11	1121898957	AURA MILENA ROA FORERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
12	1107054334	DIEGO FERNANDO BOCANEGRA MOSQUERA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
13	1121925326	DEISY PAOLA TULIBILA CARRASCAL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
14	35262590	BLANCA LI CARVAJAL MORENO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
15	1121838406	MARIA EMILSEN NAVARRO ARANGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
16	1120865481	WINDY JANETH GAITAN PENAGOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
17	1121857850	JODDY LISETH TORRES MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
18	40330585	PEÑALOZA MORA SANDRA PATRICIA	PROFESIONAL DE CALIDAD	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO
19	40389814	LINARES CARDENAS OLGA SOLEDAD	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO
20	79728761	NAVARRO VICTOR MANUEL	ANALISTA DE FACTURACIÓN	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
21	1120504110	LONDOÑO DUEÑAS AURA CRISTINA	ANALISTA DE SST	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
22	1121925239	MARGARITA ZAMBRANO ORDOÑEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PTO. LOPEZ	DIRECTA	DIRECTA
23	1122120131	NOHORA ALEJANDRA PIRABAN PEREZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
24	40449526	ANDREA SANTOS RODRIGUEZ	JEFE DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA
25	1121859254	PAOLA ANDREA GALINDO	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
26	52045168	IMINA YASMITHY MENDIETA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
27	86080094	JOSE ADELMO ROMERO RAMIREZ	PSICOLOGO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
28	40218844	YULY YÓJANA BELTRAN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
29	39094408	LILIANA CELEDONIA FONSECA JARAMILLO	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
30	79958924	JORGE ENRIQUE CLAVUJO VILLALBA	MEDICO GENERAL	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
31	12565313	JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	MEDICO GENERAL	PTO. LOPEZ	DIRECTA	DIRECTA
32	1121829774	DARWIN MIGUEL GOMEZ LEON	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
33	1010182835	IVAN CAMILO ROMERO PUENTES	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
34	40331099	GINNA KARINA ARANGO AMOROCHO	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
35	52968061	ANGELA LORENA CAMACHO SUAREZ	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
36	35263051	JOVANA LIZETH CORDOBA DUSSAN	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
37	1121821832	LEIDY GUISELLY VELASQUEZ ROJAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
38	19372804	JAIRO ALFONSO SANTAMARIA RODRIGUEZ	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
39	40392862	YAMILE SABOGAL ARIAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
40	30937322	NINI JOHANA PEÑA VANEGAS	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
41	1120364043	DIANA MARCELA SANCHEZ ALBA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA
42	40398099	CLAUDIA ESPERANZA GARZON RODRIGUEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
43	1123088758	BELKY NATALI GONZALEZ NOVOA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
44	21190935	GLORIA ISABEL FLOREZ GARZON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
45	1119888832	YUDI MARCELA CUESTA LEGUIZAMON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTA
46	40215448	FRANCY CAROLINA MENA REY	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
47	1121960259	KAREN ESTEISY CLAVUJO FERRO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
48	1234791149	SHARICT MARINEY BONILLA PERILLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
49	1121937692	JENNIFER MARROQUIN INFANTE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
50	1122140527	MARIA DE LOS ANGELES LEON MARIN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
51	1121930850	ANY LIZETH CHAPARRO MOSCOSO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
52	32612567	YARLINES SUGEY RIVERA RAMOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
53	1121894100	ANGIE LISETH QUEVEDO TAMAYO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
54	1121837556	EDY JOHANA CASTRO QUEVEDO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
55	1121904619	ANA PATRICIA BAUTISTA OSPINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA



56	43920473	MIRIAM LILIANA ROJAS GOMEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTA
57	1121930221	YURLEY CAMACHO CORDERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
58	1121862132	MERY YADIRA GARCIA ALVAREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
59	23835203	NANCY NIÑO CHAURA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
60	1123514963	YIRLI DAYANNA GAMEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
61	1122653436	YULY ANDREA CHACON BARRIOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
62	40325398	ANGELICA MARIA LARRAÑAGA	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
63	40329336	YENI CAROLINA ORTIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTA
64	1119894087	MORELIA JINETH MORA FRANCO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUMARAL	DIRECTA	DIRECTA
65	1233493768	JENNIFER CATALINA CASTRO GUERRO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
66	20546130	ANA BEATRIZ REINA REINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
67	1122237190	DIANA MARCELA NEIRA ROJAS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
68	1121947580	VIVIANA ANDREA CARDENAS QUINTERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
69	1121905645	SANDRA YAMILE AVILA GOMEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
70	40250253	MARIELA LOPEZ TREJOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
71	86064317	EDWIN ALFONSO DUQUE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
72	41242448	CLAUDIA YANETH RAMIREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
73	1121933152	LINA FERNANDA VELASQUEZ BETANCOURT	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
74	40397178	ZULMA YOMARA BOTIA HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
75	40039701	MARtha LUCIA SOLER CABALLERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
76	1193142908	JENNIFER DAYANA GUERRA LOPEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
77	1121950663	ADRIANA MARCELA ACUÑA VILLADIEGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
78	1121898940	MAIRA FAISULY ROJAS CORREAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
79	1120502407	LAURA CAMILA PADILLA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
80	40404908	BIANEY RAMIREZ HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
81	40326034	JULY CAROLINA ROJAS HERRERA	MEDICO GENERAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
82	1121916803	SEBASTIAN FALLA MUNEVAR	AUXILIAR DE FACTURACION	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
83	1121846960	GRECIA YAJAYRA TELLEZ CABALLERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
84	1122123786	DINA LUZ VILLALOBOS ACOSTA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
85	1006876280	LUISA FERNANDA UMAÑA PARRADO	APRENDIZ SENA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
86	1006823768	KENETH YULLIANT ORJUELA GALLO	APRENDIZ SENA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INDIRECTA
87	1121880489	JENNY SHIRLEY GUTIERREZ SIERRA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
88	39537576	SANDRA PATRICIA REY BOLAÑOS	NUTRICIONISTA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
89	1019071171	ADRIANA LORENA REY RODRIGUEZ	TRABAJADORA SOCIAL	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO
90	1120498277	DIEGO ANDRES BARON QUINTERO	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA
91	1014278902	MARIA FERNANDA MATEUS GARZON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
92	40340723	SANDRA MILENA VARELA PARRADO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
93	1045688991	MARtha INES RODRIGUEZ ESCOBAR	MEDICO GENERAL	PUERTO GAITAN	DIRECTA	DIRECTA
94	40325831	FRANCY PAOLA PEDROZA CORTES	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
95	1121827319	MARIAN GISELA CASTRO BELTRAN	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA
96	52776902	ROMERO BERNAL HAIDIVY	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ACACIAS	DIRECTA	DIRECTA
97	1121914029	ROSELL NATALIA VELASQUEZ	JEFE DE ENFERMERIA	PUERTO LOPEZ	DIRECTA	DIRECTA
98	40185140	RUTH MARY BAQUERO MARTINEZ	JEFE DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
99	1007449166	ANGIE DANIELA CARREÑO RAMIREZ	AUXILIAR DE CALIDAD	VILLAVICENCIO	DIRECTA	INTERMEDIO
100	1001401438	BLADIMIR CUELLO MAUSA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
101	1121891060	LEIDY KATHERINE PIZARRO RIVAS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
102	1121867640	ENNIFER ALEXANDRA BOCANEGRA ANDRADE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
103	1121888001	CRISTHIAN CAMILO HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
104	1123403310	KAREN MELITZA GUTIERREZ HERNANDEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
105	97611226	HERNAN DARIO RAMOS	MEDICO GENERAL	GRANADA	DIRECTA	DIRECTA
106	1121912611	JEISON ALEXANDER MARIN BEDOYA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
107	40443936	SANDRA MARCELA DIAZ CASTILLO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
108	1006733676	JESICA PONTON PALACIOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
109	1006878894	NUBIA RAMOS CALDERON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA
110	53761940	SANDRA MILENA CIFUENTES PEREZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VILLAVICENCIO	DIRECTA	DIRECTA



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
1	CC	1.053.776.657	Sandra Lorena Arias Arias	Coordinador Asistencial de Sede	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTA
2	CC	1.047.438.183	Cesar Alberto Duarte Santos	Médico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTA
3	CC	47441197	Ysella González Cuevas	Asistente administrativo- Talento Humano- SST	YOPAL	DIRECTA	INTERMEDIO
4	CC	1080015590	Yurleys Vanessa Charrys	Jefe de Enfermería	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO
5	CC	1.118.574.733	Yorz Jakson Socha	Auxiliar de Sistemas	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTO
6	CC	1118553056	Arlyn Ivette Ramírez Parra	Auxiliar Administrativa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO
7	CC	1.049.626.113	Soleidy Paola Fonseca León	Trabajadora Social	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTO
8	CC	1010201040	Kelly Vanessa Ruiz Torres	Médico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO
9	CC	1.118.550.591	Karen Lizeth Solano Ayala	Profesional de calidad	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTO
10	CC	9432965	Henry Darío Uva	Médico General	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO
11	CC	1118533308	Jenny Johana Rincón Nocua	Auxiliar Administrativa	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO
12	CC	1054090740	Oscar Hernando Jiménez Rojas	Psicólogo	YOPAL	DIRECTA	INDIRECTO
13	CC	47440972	Milbany Carolina Sarmiento	Auxiliar de enfermería	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO
14	CC	1118570378	María Natalia Cediél	Auxiliar de enfermería	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO
15	CC	84455111	Harold Guillermo Peñaranda Caballero	Médico general	YOPAL	DIRECTA	DIRECTO



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 está 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 superactivo.

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 despeluza
- 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
- Antialérgico y no tóxico
- Antiestática



BATA CIRUJANO PUÑO ALGODÓN		
NOMBRE GENERICO	BATA CIRUJANO PUÑO ALGODÓN	
CERTIFICADO INVIMA	No requiere Certificado invima Registro Sanitario Certificación N°2010007360	
DESCRIPCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> •Material propileno no tejido SMS 35 g •Repelente de fluidos /liquidos no transpirante, suavidad al tacto •Sujecion en la cintura ,puños de algodón •Medidas 117 largo x 140 de ancho •Tallas estandar •Tecnica de asepsia •Antialergico, higienico. 	
CARACTERISTICAS	<ul style="list-style-type: none"> •Utilizada para evitar ingreso de contaminación exterior •Es un producto no invasivo, no esteril •Producto esterilizable en oxido de etileno, sterrad, y vapor •De unico uso (Desechable) 	
CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> •Almacenar en un lugar fresco y seco, evitando los rayos directos del sol. Tep. Max, 32 ° 	
USOS	<ul style="list-style-type: none"> •Lavar las manos antes y despues de usar la prenda •vestir cuerpos para la valoracion medica o tratamientos •servir como barrera microbiana entre la relacion medico, paciente y viseversa •Desechar una vez utiliza 	
PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> •Producto para uso personal, unico uso •Se debe considerar las precauciones recomendadas por normas de bioseguridad <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>	
DISPOSICIÓN FINAL	<ul style="list-style-type: none"> •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. 	
CODIGO	3100000355	
UNIDAD DE VENTA	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

REFERENCIAS	Gorro Desechable Tipo oruga No Estéril X 100 Unidades
CARACTERÍSTICAS ORGANOLÉPTICAS	ESPECIFICACIONES
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
ANÁLISIS FÍSICOQUÍMICO	ESPECIFICACIONES
Composición	Polipropileno (PP) con elástico de látex natural en todo su perímetro interior.
Dimensión	21 pulgadas.
Tallas	Única.
EMPAQUE PRIMARIO	ESPECIFICACIONES
Tipo	Bolsa Plástica Transparente
EMPAQUE SECUNDARIO	ESPECIFICACIONES
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.
USOS	No reutilizar. Eliminar como material no reciclable Cumple con los parámetros internos de calidad establecidos por la organización
CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO	
DISPOSICION FINAL	
LEGISLACION APLICABLE	

ELABORADO POR

DIONY ANDREA GALLEGU SIERRA

REVISADO POR

CARLOS MARIO RAYO ECHAVARRIA

APROBADO POR

JULIANE ALVARADO HERRERA

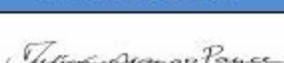
Copia Controlada





FICHA TÉCNICA	Código: GT-FH Versión: 01 Fecha: 01-08-17
----------------------	---

POLAINAS DESECHABLES NO ESTERIL	
REFERENCIAS	Polainas Desechables No Estéril X 100 Unidades
CARACTERÍSTICAS ORGANOLÉPTICAS	ESPECIFICACIONES
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
ANÁLISIS FÍSICOQUÍMICO	ESPECIFICACIONES
Composición	Polipropileno (PP) con elástico de látex natural.
Dimensión	Estándar permite un mayor confort y cobertura.
Tallas	Única.
EMPAQUE PRIMARIO	ESPECIFICACIONES
Tipo	Bolsa Plástica Transparente
EMPAQUE SECUNDARIO	ESPECIFICACIONES
Tipo	Caja cartón 1000 unidades
USOS	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.
CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO	Mantener en su empaque hasta consumir el producto. Conservar en lugar fresco y seco protegido de la luz solar.
DISPOSICION FINAL	No reutilizar. Eliminar como material no reciclable
LEGISLACION APLICABLE	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



NOMBRE DEL PRODUCTO	
FOTOGRAFÍA	
DESCRIPCIÓN	<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>
NOMBRE COMERCIAL	<i>Tapabocas desechable con tiras</i>
ESPECIFICACIONES	<i>Largo 9,5cm Ancho 17.5cm</i>
CAPA EXTERNA	<i>Polipropileno extruido de 20g</i>
CAPA DE FILTRACIONES	<i>Polipropileno extruido de 24g</i>
CAPA INTERNA	<i>Polipropileno extruido de 17g</i>
CINTA(TIRAS)	<i>Libre de látex</i>
PIEZA NASAL	<i>Adaptador nasal no estéril</i>
USO PREVISTO	<i>Para uso en ambientes médicos, limpios e higiénicos.</i>
PRESENTACIÓN COMERCIAL	<i>Caja x 50 unidades</i>
CAPACIDAD MÍNIMA DE PRODUCCIÓN	<i>50000 Cajas semanales</i>



	FICHA TÉCNICA – LIFE 1095					SISTEMA DE GESTION EMPRESARIAL		
						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
Función:	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"> ✓ Empaque Individual. ✓ Empaque de 25 unidades ✓ Caja Máster 2.000 und Peso: 21 Kg Medias: 56 cm x 50cm x 61cm



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 ligamiento polvados con polvo biodegradable
- ✓ Guantes ambidiestros, mínima comodidad y flexibilidad.
- ✓ No estériles
- ✓ Impermeable, 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			
	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 Bocamanga: 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: jueves, 02 de julio de 2020 14:19

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: 19/06/2020 11:58:29 a. m.

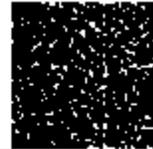
CUFE: 7ee93befb9eb5ee6220547ddeb0248a36e78c54e42cbe7168779bede7e2ed
 de09f99d6c352373d1dcf1b23b1b32bb4

IVA - REGIMEN COMÚN

SOMOS AGENTES RETENEDORES DE IVA AL REGIMEN SIMPLIFICADO E ICA

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

FACTURA DE VENTA N° FQE3655



Datos Generales

Tercero: 900622551 - JERSALUD SAS	Dirección: CRA 6 64-195 LOCAL 104-105
Sucursal: JERSALUD TUNJA	Telefono: 5618123
Almacén: 0037 - BOG JER FACTURACION JERSALUD GRAL	U. Funcional: FOXPO102 - PPL-OPERATIVO FACTURACION-FQX
Detalle: OT. 308 INSUMOS ENVIADOS A JERSALUD TUNJA DESDE ALMACEN FARMAQX BOGOTA 19/06/2020 SOPORTADO CON CORREO Y SOLICITUD DE ANALISTA	

Producto	Lote	Invima	Fecha Vto	Cant.	%Dto	%IVA	Vr Unitario	Total
300102473 - ALCOHOL ANTISEPTICO GALON		0		4	0,00	0,00	\$ 25.736	\$ 102.944
300109620 - BATA DESECHABLE MANGA LARGA		0		200	0,00	0,00	\$ 11.053	\$ 2.210.600
300107901 - MASCARILLAS DESECHABLES TAPABOCAS DE TIRAS				500	0,00	0,00	\$ 1.158	\$ 579.000
300107884 - TAPABOCAS N-95 (LIFE)				5	0,00	0,00	\$ 8.947	\$ 44.735

VALOR BRUTO: \$ 2.937.279
IVA: \$ 0
RETEFUENTE: \$ 73.432
RETENCIÓN IVA: \$ 0
RETENCIÓN ICA: \$ 12.160

VALOR NETO FACTURA: \$ 2.851.687

TOTAL: DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/Cte.

ELABORÓ _____ ACEPTADA Y RECIBIDA (FIRMA Y SELLO) C.C. _____ DE _____

AGENTE RETENEDOR IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS AL REG COMÚN / RESOLUCIÓN 18763004712080 DEL 28/02/2020 HABI-AUTORIZA FQE 1 AL FQE 27624 - FACTURACION POR COMPUTADOR - EFECTUAR RETENCION DEL 2% SERVICIOS DE SA
 ESTA FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS LEGALES A LA LETRA DE CAMBIO (SEGUN EL ART. 774/779 DEL COD. DE COMERCIO), CON ESTA EL COMPRADOR DECLARA HABER RECIBIDO REAL Y MATERIALMENTE LAS MERCANCIAS O SERVICIOS DESCRITOS EN ESTE TITULO VALOR

Estado F.E.: Enviada

Usuario Creación: 1020775762 - SANDRA PATRICIA VEGA JIMENEZ - FQ

Usuario Impresión: 1023861823 - JEIMI GUATIBONZA

www.jersalud.com



3.2.2 Cotización Regional Meta

	SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA
---	--

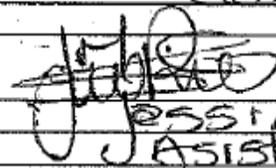
SUCURSAL/SEDE: VILLAVICENCIO FECHA: 30/06/2020

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

ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
10	BATA QUIRURGICA	MANGA LARGA X 10U	31
14	CURAS REDONDAS	CAJA	1
25	GORROS	BOLSA X 100U	16
26	GUANTES DE MANEJO	TALLA S	5
27	GUANTES DE MANEJO	TALLA M	5
42	MICROPORE 2,5CMX9,1YD	CAJA	12
43	MICROPORE 2X10YD	CAJA	12
45	SABANAS	90X2 BOLSA X10 U	2
47	TAPA BOCAS	CAJA X 50U	1200
48	TAPA BOCAS N95	CAJA	190
57	ALCOHOL GALON	GALON	7
59	GEL ANTIBACTERIAL	FRASCO X LITRO	5
68	SOLUCION SALINA 0,9%-100ml	BOLSA	30
71	CIDEX OPA	GALON	2

FIRMAS

SOLICITADO POR

FIRMA	
NOMBRE	Diana Soledad Jimenez
CARGO	Coordinadora de Limpieza
RECIBIDO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	Jessica Carrion
CARGO	Asistente Admin
APROBADO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	
CARGO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Comuna Nacional, 05000193032
VIGILADO



	SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA
--	--

SUCURSAL/SEDE: VILLAVICENCIO FECHA: 02/07/2020

UNIDAD	SERVICIO DE ATENCION DOMICILIARIA
CENTRO DE COSTO	
UBICACIÓN	

ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
8	APLICADORES DE ALGODÓN	PQUETE X 20U	20
11	COMPRESAS	BOLSA	2
21	FIXIMURT	NA	2
23	GASAS ESTERIL	PQUETE X 24U	40
26	GUANTES DE MANEJO	TALLA S	10
27	GUANTES DE MANEJO	TALLA M	30
30	GUANTES QUIRURJICOS	TALLA 7,5 CAJA	3
31	GUANTES DE VYNILO	TALLA M CAJA	10
36	JERINGAS X 10CC	CAJA	6
39	JERINGAS X 60 CC -CAJA X 20 UNIDADES	CAJA	6
40	JERINGAS X 5CC	CAJA	1
49	TAPA BOCAS	CAJA	30
50	TAPA BOCAS N95	CAJA	20
54	VENDAS ELASTICAS	BOLSA	10
58	ALCOHOL GALON	GALON	1
60	GEL ANTIBACTERIAL	FRASCO	30
64	JABÓN QUIRURGICO	FRASCO X 120 ml	5
66	JABÓN ANTIBACTERIAL	500 ml	30
69	SOLUCION SALINA 0,9% x500 ML	BOLSA	30
70	SOLUCION SALINA 0,9%-100ml	BOLSA	10
76	ISODINE ESPUMA	FRASCO	2
81	SONDA NELATON # 8		100
82	SONDA NELATON # 10		60
85	BAJALENGUAS PLASTICO	AQUETE X 20 UNIDADES	7
86	MASCARA PARA MICRONEBULIZACION ADULTO	TALLA M	15
88	TRAJE PARA CIRUGIA MANGA CORTA TALLA M		20
89	OVEROL ANTIFLUIDOS TALLA M		20
93	BROMURO DE IPRATROPIO	SOLUCION PARA INHALACION	3
94	ISOPOS DE MADERA	PAQUETE X20 UN	10
95			
96			

FIRMAS

FIRMA
NOMBRE
CARGO

SOLICITADO POR
Ruth Mary Baquero M.
 Enfermera
 Rum. 0481

FIRMA
NOMBRE
CARGO

RECIBIDO POR:

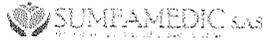
 JESSICA CARRON
 Asistente Admin.
 APROBADO POR:

FIRMA
NOMBRE
CARGO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Nacional, 010001010302



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: 2281

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

Fecha de factura: 2020-06-19
 Vendedor:
 Centro de costo: 0
 Cotización: C-1-388

Item	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Impto. Rete.	Vr. Total
✓ 1	CONBATAA	BATA PACIENTE ADULTO	20,00	4,800,00	0 %	0 %	96,000,00
✓ 2	CONSAB	SABANAS SENCILLA TIRAS- 2X1MTRS UNIDAD	40,00	4,200,00	0 %	0 %	168,000,00
✓ 3	TOGEL	GEL ANTIBACTERIAL GALON X 4LT	1,00	67,000,00	0 %	0 %	67,000,00
✓ 4	EQUI-201120118	ROXICAINA 2% SIMPLE S/EPINEFRINA FCO X 50 ML ROPSHON	1,00	12,900,00	0 %	0 %	12,900,00
✓ 5	PIN-KE-AMA	PINZA KELLY CURVA X14 CM	1,00	9,500,00	0 %	0 %	9,500,00
✓ 6	156481	TAPABOCAS N 95 LIFE EMP VERDE	8,00	20,000,00	0 %	0 %	160,000,00
7	COM-12	PILA DE 3 VOLTIOS RAYOVAC LITHIUM CR2032	5,00	3,500,00	19 %	0 %	20,825,00

ELABORADA POR SIGO S.A.S. INT 830/048 145-4

Valor en Letras:

Quinientos treinta y cuatro mil doscientos veinticinco pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Crédito - Cuota No. 001 vence el 2020-08-18 por \$ 534,225.00

Total Bruto	530,900.00
IVA 19%	3,325.00
Total a Pagar	534,225.00

Observaciones:

Bienes Exentos - Decreto 417 del 17 de Marzo de 2020

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 este título - Valor, Número Autorización 18783005570393 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

SUMFAMEDIC S.A.S.
 Brindamos salud y bienestar.
 NIT 901.222.681-7
 Calle No. 15 - 54 Neiva - Huila
 Elaborado por

Yuniel
 Firma recibida

23-06-2020

U. B.



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

Fecha (DD/MM/AA)		Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
DD	MM	AA	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas
26	06	20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Claudia R
30	06	20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Claudia R
01	07	20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Claudia R
02	07	20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		Claudia R
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												
DD	MM	AA												

Yo, Claudia Rodríguez Nampique identificado (a) con CC: 1.049.642.865, 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.

Fecha (DD/MM/AA)		Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
DD	MM	AA	Cofia	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas
26	06	2020				X								Doris Mayolca Rojas
30	06	2020				X					X			Doris Mayolca Rojas
01	07	2020				X								Doris Mayolca Rojas
02	07	2020				X								Doris Mayolca Rojas
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, Doris Mayolca Rojas identificado (a) con CC: 40049594, 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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Francisco Dominguez M	7131072	F-33

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			
30/06/20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	NO	
07/07/20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	2	
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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Diego Amparo Cepeda Barón	40027046	C-EXT 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	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
28/08/20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-	Priorizar teleconsulta	
20/08/20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-	teleconsulta	
10/09/20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	teleconsulta	
2/09/20	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	teleconsulta	
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
 Línea de Consulta 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	Cédula	Unidad
<u>PEDRAZA VARGAS LIADIA LUCIA</u>	<u>41017103</u>	<u>@Externa-Tanja</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 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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
<u>26 06 2020</u>	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
<u>30 06 2020</u>	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>[Signature]</i>
<u>01 07 2020</u>	X	-	-	X	-	X	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
<u>02 07 2020</u>	X	-	-	X	-	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												

Yo, Lidia Lucía Pedraza Vargas Identificado (a) con CC: 41017103, 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	Cédula	Unidad
<u>Durán Leguerrán Joel Antonio</u>	<u>112412697</u>	<u>@Externa- Prioritaria</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 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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
<u>26 06 20</u>	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
<u>27 06 20</u>	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>[Signature]</i>
<u>30 06 20</u>	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>[Signature]</i>
<u>02 07 20</u>	X	X	-	X	-	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												

Yo, Joel Antonio Durán Leguerrán Identificado (a) con CC: 112412697, 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.

[Signature]
Dr. Joel A. Durán L.
Médico Epidemiólogo
C.C. 12412697
C.M.C 2016-13236

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora Nacional de Bioseguridad y Biohigiene S.A.S.
 Línea Correo Nacional: 018000910333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <i>Yovana Apple Marie Escobar</i>	Cédula <i>40038562</i>	Unidad <i>Of. Consulta externa Preoperatorio</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	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 06 20	0	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>[Signature]</i>
30 06 20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>[Signature]</i>
01 07 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-		<i>[Signature]</i>
02 07 20	0	-	-	X	-	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												

Yo, *Yovana Apple Marie Escobar* Identificado (a) con CC: *40038562*, 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 <i>Gerson David Gonzalez</i>	Cédula <i>1049638771</i>	Unidad <i>Tunja</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	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 06 20	0	X	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>Gerson Gonzalez</i>
30 06 20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>Gerson Gonzalez</i>
02 07 20	0	0	-	X	-	X	-	-	X	-		<i>Gerson Gonzalez</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												

Yo, *Gerson David Gonzalez* 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800019033
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <i>John Lorea Echeverri</i>	Cédula <i>7130163</i>	Unidad <i>C. Este</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	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26/06/20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		<i>John Lorea</i>
30/06/20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		<i>John Lorea</i>
01/07/20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		<i>John Lorea</i>
02/07/20	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-		<i>John Lorea</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, *John Lorea Echeverri* Identificado (a) con CC: *7130163*, 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 <i>Enzo Molina</i>	Cédula <i>72205029</i>	Unidad
---	---------------------------	--------

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			
26/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		<i>Enzo Molina</i>
29/06/20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		<i>Enzo Molina</i>
20/07/20	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-		<i>Enzo Molina</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, *Enzo Molina* Identificado (a) con CC: *72205029*, 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: 01800010303
 VIGILADO

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

Apellidos y Nombres Completos Belanqui Beceva Zulmayarith	Cédula 1052399 313	Unidad 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	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
30 06 20				X					X			Zulmayarith Beceva
01 06 20				X					X			Zulmayarith Beceva
02 06 20				X					X			Zulmayarith Beceva
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.

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

Apellidos y Nombres Completos Torres Acevedo David R	Cédula 46378245	Unidad 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
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
26 06 20				X		X						
27 06 20				X		X						
30 06 20	X			X		X		X				
01 07 20				X		X						
02 07 20	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, _____ 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 Correo Nacional: 018000910333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>VILLANUEVA AFONSO CLAUDIA / SABEC</u>	Cédula <u>46361131</u>	Unidad <u>C GERENIA 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	Polainas			
20 06 2020	-	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	-	NINGUNA	<i>[Firma]</i>
01 07 2020	-	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	-	NINGUNA	<i>[Firma]</i>
02 07 2020	-	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	-	NINGUNA	<i>[Firma]</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, Claudia Isabel Villanueva Identificado (a) con CC: 46361131, 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 <u>Rodriguez Bayona Maria Cecilia</u>	Cédula <u>1049625040</u>	Unidad <u>consulta externa 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	Polainas			
26 06 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	<i>[Firma]</i>
27 06 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	<i>[Firma]</i>
30 06 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	<i>[Firma]</i>
01 06 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	<i>[Firma]</i>
02 06 2020	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	<i>[Firma]</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													

Yo, Maria Cecilia Rodriguez Bayona Identificado (a) con CC: 1049625040, 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: 018000910302
VIGILADO

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

Apellidos y Nombres Completos <i>Sandra Sofio Mora</i>	Cédula <i>23284976</i>	Unidad <i>C. Ext. 19</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	Polainas		
26 06 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-		<i>Sandra Mora</i>
30 06 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-		<i>Sandra Mora</i>
27 07 20	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-		<i>Sandra Mora</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, *Sandra Sofio Mora* Identificado (a) con CC: 23284976, 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 <i>Yvonne Sanchez Anderson Dorno</i>	Cédula <i>1054658729</i>	Unidad
---	-----------------------------	--------

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	Polainas		
26 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		<i>Anderson Dorno</i>
30 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		<i>Anderson Dorno</i>
01 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		<i>Anderson Dorno</i>
02 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		<i>Anderson Dorno</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, *Anderson Dorno Yvonne Sanchez* Identificado (a) con CC: 1054658729, 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



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

Apellidos y Nombres Completos Yoly Patricia Valle P	Cédula 23324561	Unidad Tuna
---	---------------------------	-----------------------

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
	Celofa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 6 20	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Y.P.
30 6 20	-	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-		Y.P.
1 7 20	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Y.P.
2 7 20	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Y.P.
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Yoly Patricia Valle 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.

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

Apellidos y Nombres Completos Flaco Alvarez Monica Paola	Cédula 1099616557	Unidad Oexterna
--	-----------------------------	---------------------------

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
	Celofa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 06 20	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		Flaco
30 06 20	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-		Flaco
04 07 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Flaco
02 07 20	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-		Flaco
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Monica Flaco Alvarez Identificado (a) con CC: 1099616557 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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Zipa Vargas Giselle Andrea	1049647500	Administración 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	Pollainas		
26 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		Giselle Zipa
30 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-		Andrea Zipa
01 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Andrea Zipa
02 07 20	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-		Andrea Zipa
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, Giselle Andrea Zipa Vargas, identificado (a) con CC: 1049647500, 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	Cédula	Unidad
Fanny Astrid Alino H.	40039607	Tunjo

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		
26 06 2020	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	Phartoma	Alino
30 06 2020	X	X	-	X	-	-	-	-	X	-		Alino
1 06 2020	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-		Alino
2 06 2020	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-		Alino
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, Fanny Astrid Alino H., 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.

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800091033



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

Apellidos y Nombres Completos Diego Alejandro Rojas Montano	Cédula 109269127	Unidad 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	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
26 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	Bata Nueva	[Firma]
26 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	Bata Nueva	[Firma]
30 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	" "	[Firma]
07 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	" "	[Firma]
02 06 20	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	" "	[Firma]
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Diego Alejandro Rojas Montano identificado (a) con CC: 109269127, 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 Jesusa Josevera Juan Abulto	Cédula 112086548	Unidad C. EXT. 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	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
26 06 20				X								[Firma]
20 06 20	X			X					X			[Firma]
02 07 20				X								[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												

Yo, Jesusa Josevera Juan Abulto identificado (a) con CC: 112086548, 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
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Comercio Nacional, 010001910002
 QUITO - ECUADOR



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

Apellidos y Nombres Completos Jenny Gabriela Sotomayor Martínez	Cédula 1052314090	Unidad 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	Polainas		
25 06 20				X					X			Jenny Gabriela Sotomayor Martínez
30 06 20				X								Jenny Gabriela Sotomayor Martínez
01 07 20				X								Jenny Gabriela Sotomayor Martínez
02 07 20				X								Jenny Gabriela Sotomayor Martínez
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, Jenny Gabriela Sotomayor Martínez Identificado (a) con CC: 1052314090. 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 Enka Joana Rosillos Aguirre	Cédula 1052403486	Unidad 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	Polainas		
26 06 20				X					X			Enka Joana Rosillos Aguirre
30 06 20				X					X			Enka Joana Rosillos Aguirre
01 07 20				X					X			Enka Joana Rosillos Aguirre
02 07 20				X					X			Enka Joana Rosillos Aguirre
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, Enka Joana Rosillos Aguirre Identificado (a) con CC: 1052403486. 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: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Reyes Camargo María Paula	1049632802	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 NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas		
26 06 20				X								Me Reyes Cam
27 06 20				X								Me Reyes Cam
30 06 20				X					X			Me Reyes Cam
01 07 20				X								Me Reyes Cam
02 07 20				X								Me Reyes Cam
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, María Paula Reyes 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

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Eduardo Gutierrez Pineda	91244689	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 NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas		
16 04 2020	X			X					X			[Firma]
29 04 2020				X					X			[Firma]
11 05 2020				X					X		Entrega 5 tapabocas	[Firma]
18 05 2020				X					X		Entrega 6 tapabocas	[Firma]
26 05 2020				X					X		Entrega 3 tapabocas	[Firma]
01 06 2020				X					X		Entrega 5 tapabocas	[Firma]
8 06 2020				X					X		Entrega 5 tapabocas	[Firma]
16 06 2020				X					X		Entrega 5 tapabocas	[Firma]
23 06 2020				X					X		Con 4 tapabocas	[Firma]
23 06 2020				X					X		Con 4 tapabocas	[Firma]
30 06 2020				X					X		Con 5 tapabocas	[Firma]
DD MM AA												

Yo, Eduardo Gutierrez Pineda 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.

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	Cédula	Unidad
Lina Alejandra Pinzón C.	1049632618	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	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
28 05 20	+			+							X	4 tapabocas.	Riipi
07 06 20				X								5 tapabocas.	Riipi
08 06 20	X			X							X	6 tapabocas.	Riipi
16 06 20	X			X							X	2 tapabocas.	Riipi
23 06 20	X			X							X	5 tapabocas	Riipi
30 06 20	X			X							X	5 tapabocas	Riipi
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Lina Alejandra Pinzón Castiblanco Identificado (a) con CC: 1049632618, 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	Cédula	Unidad
Luzmila Serrano, Angela Dorely	24167297	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			
18 04 2020	✓			✓	✓	✓					✓		Angela D
14 05 2020	✓			✓	✓	✓					✓	Contador tapabocas 5	Angela F
18 05 2020	✓			✓	✓	✓					✓	Tapabocas 2	Angela F
20 05 2020	✓			✓	✓	✓					✓	Tapabocas 4	Angela F
28 05 2020	✓			✓	✓	✓					✓	Tapabocas 3	Angela F
01 06 2020	✓			✓	✓	✓					✓	Tapabocas 5	Angela F
08 06 2020	✓			✓	✓	✓					✓	BATA N°1. 1AP MUCOSAS	Angela F
16 06 2020	✓			✓	✓	✓					✓	Tapabocas 5	Angela F
23 06 2020	✓			✓	✓	✓					✓	Tapabocas 4	Angela F
30 06 2020	✓			✓	✓	✓					✓	Tapabocas 5	Angela F
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Angela Dorely Serrano Identificado (a) con CC: 24167297, 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	Cédula	Unidad
Triana Triana Hiday	46458143	Durtema

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]
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, 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
RODRIGUEZ RAMIRO LEVIN	99'536.444	DURTEMA

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 04 2020				✓		✓							[Firma]
04 05 2020				✓									[Firma]
06 05 2020	✓			✓				X				observación 5 tapabocas desechables	[Firma]
11 05 2020	✓			✓								se entregan 5 tapabocas	[Firma]
18 05 2020	✓			✓								se entregan 1 tapabocas	[Firma]
20 05 2020	✓			✓								se entregan 5 tapabocas	[Firma]
26 05 2020	✓			✓								se entregan 3 tapabocas	[Firma]
01 06 2020	✓			✓								se entregan 5 tapabocas	[Firma]
08 06 2020	✓			✓								se reciben 5 tapabocas	[Firma]
16 06 2020	✓			✓								se reciben 2 tapabocas	[Firma]
23 06 2020	✓			✓								se recibe 4 tapabocas	[Firma]
30 06 2020	✓			✓								se reciben 5 tapabocas	[Firma]

Yo, Rodríguez Ramiro Levin identificado (a) con CC: 99'536.444, 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Nancy Mogallón	23323920	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	Monocapa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
17 05 20	✓			✓	✓							6 tapabocas	
18 05 20	✓			✓	✓							3 tapabocas	
20 05 20	✓			✓	✓							5 tapabocas	
26 05 20	✓			✓	✓							5 tapabocas	
08 06 20	✓			✓	✓							6 tapabocas	
16 06 20	✓			✓	✓							3 tapabocas	
23 06 20												5 tapabocas	
30 06 20				✓								4 tapabocas	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Nancy Mogallón Identificado (a) con CC: 23323920, 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	Cédula	Unidad
Avenida Esquivel Gloria Isabel	1049628122	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	Monocapa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 05 2020	X			X					X			Tapabocas 41 bata + 1 gorro	
01 06 2020	✓			X					X			Tapabocas 51 bata	
08 06 2020	X			X					X			Tapabocas 61 bata	
16 06 2020	X			X					X			Tapabocas 4. 1 bata	
23 06 2020	X			X					X			Tapabocas 5 1 bata	
30 06 2020	X			X					X			Tapabocas 4 1 bata	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Gloria Isabel Avenida 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.

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 CERCAO AELLA DIANA MARCELA	Cédula 1053608206	Unidad ZEPALDO OJITAMA
--	-----------------------------	----------------------------------

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 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		7 Tapabocas, 1 BATA	Diana C.
30 06 20				X					X		5 Tapabocas, 1 BATA	Diana C.
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Diana Cercao 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.

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

Apellidos y Nombres Completos Diana M. Arague	Cédula 46672428	Unidad
---	---------------------------	---------------

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		
16 06 20	X			X					X			Diana M.
23 06 20	X			X					X		5 Tapabocas	Diana M.
30 06 20	X			X					X		4 Tapabocas	Diana 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												

Yo, Diana M. Arague 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 Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

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

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 NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
30 06 20				X							X	1 bata Starabocor	DIMA ACERO
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, 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Eujan Lucia Cepeda Higuera	1052410687	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	
	Coifa	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NRS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
28 05 20	X			X							X	3 tapabocas - 1 bata des	[Firma]
01 06 20	X			X							X	5 tapabocas - 1 bata	[Firma]
08 06 20	X			X							X	5 tapabocas - 1 bata	[Firma]
16 06 20	X			X								2 tapabocas - 1 coifa	[Firma]
23 06 20	X			X							X	1 coifa - 4 tapabocas - 1 bata	[Firma]
30 06 20	X			X							X	5 Tapabocas - bata - coifa	[Firma]
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Eujan Lucia Cepeda Higuera 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



4.1.3 Entrega elementos de protección personal sede Sogamoso

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Edida de aguas	32775986	Sogamoso

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 seguridad	Careta desechable	Tapaboca desechable	Tapaboca N95 con válvula	Gautes látex	Gautes nitrilo	Gautes nylon	Bata desechable	Polainas				
26 05 20				X								X	EPP	[Firma]
07 06 20				X								X	epp	X [Firma]
08 06 20				X								X	epp	X [Firma]
16 06 20				X								X	epp	X [Firma]
23 06 20				X								X	epp	X [Firma]
DD MM AA				X									epp	X [Firma]
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Edida de aguas Identificado (a) con CC: 32775986 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	Cédula	Unidad
Giovanni Rodriguez S.	9396.880	Sogamoso

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 seguridad	Careta desechable	Tapaboca desechable	Tapaboca N95 con válvula	Gautes látex	Gautes nitrilo	Gautes nylon	Bata desechable	Polainas				
26 05 20				X									epp	[Firma]
07 06 20				X								X		[Firma]
08 06 20				X								X		[Firma]
16 06 20				X								X		[Firma]
23 06 20				X								X		[Firma]
30 06 20				X								X		[Firma]
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														
DD MM AA														

Yo, Giovanni Rodriguez S. Identificado (a) con CC: 9396.880 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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Gladius Estrella</u>	<u>46.374.128</u>	<u>Uganda</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 seguridad	Careta desechable	Tapaboca desechable	Tapaboca N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
30 06 2020				X					X			EPP/	
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, Gladius Estrella Alcaraz Identificado (a) con CC: 46.374.128, 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	Cédula	Unidad
<u>Sebastian Rivera Gomez</u>	<u>1049614080</u>	<u>Soqamaso</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 seguridad	Careta desechable	Tapaboca desechable	Tapaboca N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 05 20		X		X					X			Elementos de EPP	
01 06 20		X		X					X			Elementos de EPP	
03 06 20				X					X			EPP	
16 06 20				X					X			EPP	
23 06 20				X					X			EPP	
30 06 20				X					X			EPP	
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, Sebastian Rivera Identificado (a) con CC: 1049614080, 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



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
QUINTERO TORRES MILENA QUINTERO	46455020	JERSALUD SOBAMOSO

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	Monopatía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 05 2020				X							X	EPP	MILENA QUINTERO
08 06 2020				X							X	EPP	MILENA QUINTERO
16 06 2020				X							X	EPP	MILENA QUINTERO
23 06 2020				X							X	EPP	MILENA QUINTERO
30 06 2020				X							X	EPP	MILENA QUINTERO
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, MILENA QUINTERO TORRES 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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
CARRILLO JEPER CESAR	9530770	

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	Monopatía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 05 20				X							X	elementos de epp	
04 06 20				X							X	EPP	
15 06 20													
18 06 20													
23 06 20				X							X	EPP	
20 06 20				X							X	EPP	
23 06 20				X							X	EPP	
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Cesar Carrillo Jeper 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: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Beranda P. Nancy Constantza</u>	<u>46.370.222</u>	<u>S09</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	Monocapa seguridad	Careta desechable	Tapaboca desechable	Tapaboca N95 con válvula	Gaunt de látex	Gaunt de nitrilo	Gaunt de nylon	Bata desechable	Polainas			
28 05 2020				X							X	elementos de epp	M. Constantza
01 06 20				X							X		M. Constantza
02 06 20				X							X		M. Constantza
16 06 20				X							X		M. Constantza
23 06 20				X							X		M. Constantza
30 06 20				X							X		M. Constantza
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, Nancy Constantza Beranda identificado (a) con CC: 46.370.222, 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	Cédula	Unidad
<u>HERNANDEZ HERNANDEZ DEISY CAROLINA</u>	<u>1049631798</u>	<u>S09030 C-EXTERNA</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	Monocapa seguridad	Careta desechable	Tapaboca desechable	Tapaboca N95 con válvula	Gaunt de látex	Gaunt de nitrilo	Gaunt de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 05 20				X							X	elementos de epp	DEISY CAROLINA
01 06 20				X							X		DEISY CAROLINA
08 06 20				X							X		DEISY CAROLINA
16 06 20				X							X		DEISY CAROLINA
23 06 20				X							X		DEISY CAROLINA
30 06 20				X							X		DEISY CAROLINA
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													
DD MM AA													

Yo, DEISY CAROLINA HERNANDEZ H. identificado (a) con CC: 1049631798, 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	Cédula	Unidad
Deisy Vargas Barera	105758547	Sogamoso

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	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas
26	05	20			X					X		elementos de epp	
01	06	20			X					X		elementos de epp	
08	06	20			X					X		elementos de epp	
16	06	20			X					X		elementos de epp	
23	06	20			X					X		elementos de epp	
30	06	20			X					X		epp	
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											
DD	MM	AA											

Yo, Deisy Vargas Barera Identificado (a) con CC: 105758547 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	Cédula	Unidad
Malaver Alejandra Sandra	46672546	Sogamoso

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	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable			Polainas
26	05	20			X					X		Elemento EPP	
1	06	20			X					X		Elemento EPP	
8	06	20			X					X		Elementos EPP	
16	06	20			X					X		Elementos EPP	
23	06	20			X					X		elementos epp	
30	06	20			X					X			
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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800019033
 Línea de Atención al Cliente: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Ana Romero	46366015	Sogamoso

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	Cofre	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechable	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26	05	20				X					X				Ana Romero
01	06	20				X					X				Ana Romero
08	06	20				X					X				Ana Romero
16	08	20				X					X				Ana Romero
23	08	20				X					X				Ana Romero
20	06	20				X					✓				Ana Romero
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													
DD	MM	AA													

Yo, Ana Romero Identificado (a) con CC: 46366015, 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



4.1.4 Entrega elementos de protección personal sede Chiquinquirá

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
JENNIFER KATERINE BALLEEN ROMERO	1'002.526.470	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	Pelatinas		
01/07/2020				X								Jennifer Ballén
02/07/2020	X			X					X			Jennifer Ballén
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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	4053348812	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	Pelatinas		
01/07/2020				X								Melissa C
02/07/2020				X								Melissa C
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
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.



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

Apellidos y Nombres Completos GLORIA JACKELINE BALLESTEROS SALGADO	Cédula 1073380836	Unidad
--	-----------------------------	---------------

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	Polainas		
01 09 2020				X								Gloria Ballesteros
02 09 2020				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.

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

Apellidos y Nombres Completos JULIANA ANDREA SUAREZ SIMIJACA	Cédula 1053348179	Unidad
--	-----------------------------	---------------

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	Polainas		
01 09 2020				X								Juliana Suarez
02 09 2020				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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 0180001913832
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	Cédula 1053 338 976	Unidad 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	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
01/07/2020				X								
02/07/2020				Y								
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, _____ 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.

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

Apellidos y Nombres Completos SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALEN	Cédula 1053 340626	Unidad 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	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
01/07/20				X								Shirley R.
02/07/20				Y								Shirley R.
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, _____ 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 de Atención al Cliente: 018000910302
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	Cédula 1082896913	Unidad Chapinguirá
--	-----------------------------	------------------------------

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	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
01 07 2020				X									Erika S.
02 07 2020				X									Erika S.
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.

4.1.5 Entrega elementos de protección personal sede Moniquirá

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

Apellidos y Nombres Completos NARVAEZ RUIZ MARCELA SOFIA	Cédula 63362434	Unidad 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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
30 06 20				X					X				
1 07 20				X									
2 07 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													

Yo, Marcela S. 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 Corrala Nacional: 018000910303
VIGILADO



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

Apellidos v Nombres Completos SAENZ RUIZ LEIDY YASMITH	Cédula 1054682570	Unidad 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 N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
30 06 20				X					X				<i>Leidy Yasmith Saenz Ruiz</i>
1 07 20				X									<i>Leidy Saenz</i>
2 07 20				X									<i>Leidy Saenz</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, Leidy Yasmith Saenz Ruiz 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.

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

Apellidos v Nombres Completos BLANCO ARENAS IVONNE ANDREA	Cédula 63529281	Unidad 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 N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
30 06 20				X					X				
1 07 20				X									
2 07 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													

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: 01800019033
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos GARCIA ARIAS DEISY JANETH	Cédula 53081059	Unidad 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	Monogato 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			Deisy Garcia
1 07 20				X								Deisy Garcia
2 07 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												
DD MM AA												

Yo, Deisy Janeth Garcia Arias 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.

4.1.6 Entrega elementos de protección personal sede Garagoa

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

Apellidos y Nombres Completos Carcedo Avila Fanny Marleny	Cédula 33676330	Unidad 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	Monogato de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
28 6 20	X	X				X			X	X		Fanny Carcedo
30 6 20	X	X				X			X	X		Fanny Carcedo
1 7 20	X	X				X			X	X		Fanny Carcedo
2 7 20	X	X				X			X	X		Fanny Carcedo
DD MM AA												Fanny Carcedo
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Fanny Marleny Carcedo Avila 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
 Unidad Central Operativa - Oficina de Asesoría Jurídica
 Calle Comercio Nacional, 010000190332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Mary Camelo Suarez	Cédula 33.676.746	Unidad Ginecología
--	-----------------------------	------------------------------

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	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
26 06 2020	X			X									Mary Camelo
30 06 2020	X			X									Mary Camelo
01 07 2020	X			X									Mary Camelo
02 07 2020	X			X									Mary Camelo
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, Mary Camelo Suarez identificado (a) con CC: 33.676.746, 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 Dominguez Martinez Aracely Isabel	Cédula 531407	Unidad
---	-------------------------	---------------

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	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Polainas			
30 06 20	X		X	X	X	X			X	X			Aracely Isabel
01 07 20	X		X	X	X	X			X	X			Aracely Isabel
02 07 20	X		X	X	X	X			X	X			Aracely Isabel
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, Aracely Isabel 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Central Nacional: 01800010303
 Bogotá, D.C.

VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Diana Rocío Cortica Dorca	Cédula 1020752786	Unidad Ecología
---	-----------------------------	---------------------------

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	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
26/06/20	X	X	X	X	X	X						
20/06/20	X	X	X	X	X	X						
01/07/20	X	X	X	X	X	X						
02/07/20	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, Diana Cortica Dorca Identificado (a) con CC: 1020752786, 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.

4.1.7 Entrega elementos de protección personal sede Guateque

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

Apellidos y Nombres Completos Daniela Castro	Cédula 1040709152	Unidad 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	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinas		
26/06/20	X	X	X	X	X	X						
23/06/20	X	X	X	X	X	X						
30/06/20	X	X	X	X	X	X						
01/07/20	X	X	X	X	X	X						
02/07/20	X	X	X	X	X	X						
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Daniela Castro Identificado (a) con CC: 1040709152, 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: 018000910332
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Yuley Mercedes Muñoz	1014889897	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	Polainas		
26 06 20	X			X		X			X			Yuley Muñoz
30 06 20	X			X		X			X			Yuley Muñoz
01 07 20	X			X		X			X			Yuley Muñoz
02 07 20	X			X		X			X			Yuley Muñoz
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, Yuley Mercedes Muñoz Identificado (a) con CC: 1014889897, 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	Cédula	Unidad
Pupo Moreno Melissa	1045 725 343	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		
26 06 20			X	X		X			X			Pupo
30 06 20			X	X		X			X			Pupo
01 07 20			X	X		X			X			Pupo
02 07 20			X	X		X			X			Pupo
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, Melissa Pupo Moreno Identificado (a) con CC: 1045 725 343, 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: 018000910303
VIGILADO



4.1.8 Entrega elementos de protección personal sede Soatá

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
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	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
25 6 2020				1								
30 6 2020	1			1					1			
1 7 2020				1								
2 7 2020				1								
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	1140868607	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	Monogata de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
25 6 2020				1		2						
30 6 2020	1			1		1			1			
1 7 2020				1		0						
2 7 2020				1		1						
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Maria Paula Campos B. 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 Control Nacional: 01800010332
VIGILADO



	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	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	Pajamas		
28 6 2020				1								<i>Alix Margaritha Acevedo</i>
30 6 2020	1			1								<i>Alix Margaritha Acevedo</i>
1 7 2020				1								<i>Alix Margaritha Acevedo</i>
2 7 2020				1								<i>Alix Margaritha Acevedo</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

Yo, Alix Margaritha Acevedo 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.

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

Apellidos y Nombres Completos FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	Cédula 23452508	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	Pajamas		
28 6 2020				1		2						<i>Flor Isabel Serrano</i>
30 6 2020	1			1		2				1		<i>Flor Isabel Serrano</i>
1 7 2020				1		4						<i>Flor Isabel Serrano</i>
2 7 2020				1		2						<i>Flor Isabel Serrano</i>
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												
DD MM AA												

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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800019333
VIGILADO



4.2 Evidencia entrega de elementos de protección personal regional Meta

4.2.1 Entrega elementos de protección personal sede Villavicencio

		FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL										F(GTH)033			
												Versión: 3			
												ago-19			
												1 de 1			
Apellidos y Nombres Completos				Cédula				Unidad							
Gomez Leon Darwin Miguel				17182797				Jersalud							
<p>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 1992 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.</p>															
Fecha (DD/MM/AA)		Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
Celofan	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas						
1	7	2020	X	X		X	X	X				X		Kit or Consultorio Kit de Consultorio Kit de Consultorio	Darwin Miguel Gomez Leon
2	7	2020	X	X		X	X	X				X			
3	7	2020	X	X		X	X	X				X			
4	7	2020													
FESTIVO															
6	7	2020													
7	7	2020													
8	7	2020													
9	7	2020													
10	7	2020													
11	7	2020													
FESTIVO															
13	7	2020													
14	7	2020													
15	7	2020													
<p>Yo, <u>Darwin Gomez Leon</u> Identificado (a) con CC: <u>17182797</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.</p>															

		FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL										F(GTH)033			
												Versión: 3			
												ago-19			
												1 de 1			
Apellidos y Nombres Completos				Cédula				Unidad							
Joly Carolina Rojas				40326034				Vicio							
<p>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 1992 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.</p>															
Fecha (DD/MM/AA)		Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma		
Celofan	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas						
1	7	2020	X	X		X	X	X				X		Kit Consultorio 2 Kit Consultorio 2 Kit Consultorio 2	Joly Carolina Rojas
2	7	2020	X	X		X	X	X				X			
3	7	2020	X	X		X	X	X				X			
4	7	2020													
FESTIVO															
6	7	2020													
7	7	2020													
8	7	2020													
9	7	2020													
10	7	2020													
11	7	2020													
FESTIVO															
13	7	2020													
14	7	2020													
15	7	2020													
<p>Yo, <u>Joly Carolina Rojas Herrera</u> Identificado (a) con CC: <u>40326034</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.</p>															

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 <u>Giina Karina Orango</u>	Cédula	Unidad
---	--------	--------

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	Cinta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
1 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Verl.	
2 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Verl.		
3 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Verl.		
4 7 2020	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
FESTIVO													
6 7 2020													
7 7 2020													
8 7 2020													
9 7 2020													
10 7 2020													
11 7 2020													
FESTIVO													
13 7 2020													
14 7 2020													
15 7 2020													

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.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Angelica M. Lanaranga</u>	Cédula <u>40325348</u>	Unidad
---	---------------------------	--------

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	Cinta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Gautes de látex	Gautes de nitrilo	Gautes de nylon	Bata desechable	Polainas			
1 7 2020	X	X	—	X	X	X	—	—	X	—	Kit conu Heno		
2 7 2020	X	X	—	X	X	X	—	X	—	Kit conu Heno			
3 7 2020	X	X	—	X	X	X	—	X	—	Kit conu Heno			
4 7 2020													
FESTIVO													
6 7 2020													
7 7 2020													
8 7 2020													
9 7 2020													
10 7 2020													
11 7 2020													
FESTIVO													
13 7 2020													
14 7 2020													
15 7 2020													

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 Central Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos José Romero	Cédula 96080014	Unidad
---	---------------------------	--------

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	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinias		
1 7 2020	X	X		X	X	X			X		C. Viruel	
2 7 2020	X	X		X	X	X			X		C. Viruel	
3 7 2020	X	X		X	X	X			X		C. Viruel	
4 7 2020												
FESTIVO												
6 7 2020												
7 7 2020												
8 7 2020												
9 7 2020												
10 7 2020												
11 7 2020												
FESTIVO												
13 7 2020												
14 7 2020												
15 7 2020												

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.

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

Apellidos y Nombres Completos Maria E. Navarro	Cédula	Unidad
--	--------	--------

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	Monopala de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pollinias		
1 7 2020	X	X		X				X	X	X		
2 7 2020	X	X		X				X	X	X		
3 7 2020	X	X		X				X	X	X		
4 7 2020												
FESTIVO												
6 7 2020												
7 7 2020												
8 7 2020												
9 7 2020												
10 7 2020												
11 7 2020												
FESTIVO												
13 7 2020												
14 7 2020												
15 7 2020												

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 Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19

Apellidos y Nombres Completos Ivan. Camilo Fuentes	Cédula	Unidad
--	---------------	---------------

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	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas			
1 7 2020	X		X			X			X				
2 7 2020													
3 7 2020													
4 7 2020													
FESTIVO													
6 7 2020													
7 7 2020													
8 7 2020													
9 7 2020													
10 7 2020													
11 7 2020													
FESTIVO													
13 7 2020													
14 7 2020													
15 7 2020													

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.

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago-19

Apellidos y Nombres Completos Blanca C. Bayo	Cédula	Unidad
--	---------------	---------------

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	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajamas			
1 7 2020	✓	✓		✓		✓							
2 7 2020	✓	✓		✓		✓							
3 7 2020													
4 7 2020													
FESTIVO													
6 7 2020													
7 7 2020													
8 7 2020													
9 7 2020													
10 7 2020													
11 7 2020													
FESTIVO													
13 7 2020													
14 7 2020													
15 7 2020													

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 Correo Nacional: 01800019333
 VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos <u>Yoly Beltran</u>	Cédula	Unidad
--	--------	--------

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	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas				
1 7 2020	X	X		X										Yoly B.
2 7 2020	X	X		X										Yoly B.
3 7 2020														
4 7 2020														
FESTIVO														
6 7 2020														
7 7 2020														
8 7 2020														
9 7 2020														
10 7 2020														
11 7 2020														
FESTIVO														
13 7 2020														
14 7 2020														
15 7 2020														

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.

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

Apellidos y Nombres Completos <u>Paola Tolibala</u>	Cédula	Unidad
--	--------	--------

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	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas NIS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelatinas				
1 7 2020	X	X		X										Paola Tolibala
2 7 2020	X	X		X										Paola Tolibala
3 7 2020	X	X		X										Paola Tolibala
4 7 2020														
FESTIVO														
6 7 2020														
7 7 2020														
8 7 2020														
9 7 2020														
10 7 2020														
11 7 2020														
FESTIVO														
13 7 2020														
14 7 2020														
15 7 2020														

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 Correo Nacional: 018000910302
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos Aura Roa	Cédula	Unidad
--	--------	--------

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. 696 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 hacemos entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Ceja	Monogafa de seguridad	Casaca desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajillas			
1 7 2020	A	A		A		A							
2 7 2020	X	X		X									
3 7 2020	X	X		X									
4 7 2020													
FESTIVO													
6 7 2020													
7 7 2020													
8 7 2020													
9 7 2020													
10 7 2020													
11 7 2020													
FESTIVO													
13 7 2020													
14 7 2020													
15 7 2020													

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.

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

Apellidos y Nombres Completos Diego Bocanegra	Cédula 1107054334	Unidad
---	-----------------------------	--------

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. 696 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 hacemos entrega de los siguientes elementos de protección personal.

Fecha (DD/MM/AA)	Elementos De Protección Personal										Observaciones	Firma	
	Ceja	Monogafa de seguridad	Casaca desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajillas			
1 7 2020	1	1	-	1	-	-	-	-	1	-			
2 7 2020	1	1	-	1	-	-	-	-	1	-			
3 7 2020	1	1	-	1	-	-	-	-	1	-			
4 7 2020													
FESTIVO													
6 7 2020													
7 7 2020													
8 7 2020													
9 7 2020													
10 7 2020													
11 7 2020													
FESTIVO													
13 7 2020													
14 7 2020													
15 7 2020													

Yo, **Diego Bocanegra M** identificado (a) con CC: **1107054334**, 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



4.2.2 Entrega elementos de protección personal sede Puerto Gaitán

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

Apellidos y Nombres Completos <i>Saudapane</i>	Cédula <i>1043000121</i>	Unidad <i>Jersalud</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	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Pollinas			
26 06 20				X									<i>[Signature]</i>
30 06 20				X									<i>[Signature]</i>
01 07 20			X	X		X			X				<i>[Signature]</i>
02 07 20				X									<i>[Signature]</i>
26 06 20													
30 06 20													
01 07 20													
02 07 20													
26 06 20													
30 06 20													
01 07 20													
02 07 20													

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

Apellidos y Nombres Completos <i>Liliana Rojas</i>	Cédula <i>43920473</i>	Unidad <i>Jersalud</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	Monopala de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guaantes de látex	Guaantes de nitrilo	Guaantes de nylon	Bata desechable	Pollinas			
26 06 20				X									<i>[Signature]</i>
30 06 20				X									<i>[Signature]</i>
01 07 20				X									<i>[Signature]</i>
02 07 20				X									<i>[Signature]</i>
26 06 20													
30 06 20													
01 07 20													
02 07 20													
26 06 20													
30 06 20													
01 07 20													
02 07 20													

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Corrala Nacional: 01800010303
 VIGILADO



4.2.3 Entrega elementos de protección personal sede Puerto López

	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GD)003
		Versión: 3
		ago-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ	C.C. 1121914029	Unidad 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 1979 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.

Código	Fecha	Hora	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma		
			Cofre	Mascarilla de seguridad	Cinturón desechable	Tapa botas desechables	Tapa botas PBT con soladura	Gaunt de látex	Gaunt de nitrilo	Gaunt de nylon	Bata desechable	Polinax				
1	7	2020				XX		XX								
2	7	2020				XX		XX								
3	7	2020														
4	7	2020														
5	7	2020														
6	7	2020														
7	7	2020														
8	7	2020														
9	7	2020														
10	7	2020														
11	7	2020														
12	7	2020														
13	7	2020														
14	7	2020														
15	7	2020														
16	7	2020														
17	7	2020														
18	7	2020														
19	7	2020														
20	7	2020														
21	7	2020														
22	7	2020														
23	7	2020														
24	7	2020														
25	7	2020														
26	7	2020														
27	7	2020														
28	7	2020														
29	7	2020														
30	7	2020														
31	7	2020														

Yo, ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ Identificado (a) con CC: 1121914029, 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



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

Apellidos y Nombres Completos JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	Código 12565313	Unidad 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. 882 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. 24CD 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
	Ceifa	Mascarilla de seguridad	Careta desechable	Tapa bucos desechables	Tapa bucos PIRG con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Protector		
1 7 2020	X			X		X						
2 7 2020	X			X		X						
3 7 2020												
4 7 2020												
7 7 2020												
8 7 2020												
9 7 2020												
10 7 2020												
11 7 2020												
13 7 2020												
14 7 2020												
15 7 2020												
16 7 2020												
17 7 2020												
31 7 2020												
22 7 2020												
23 7 2020												
24 7 2020												
25 7 2020												
27 7 2020												
28 7 2020												
29 7 2020												
30 7 2020												
31 7 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 entregarlos, Elementos de Protección Personal y demás elementos de seguridad asignados a mi cargo.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 01800010303
VIGILADO



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

ANA MARGARITA ZAMBRANO ORDOÑES	1121925239	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 1964, Dec. 982 de 1984, Dec. 686 de 1970 y Res. 48 de 1952 del Ministerio de la Protección Social y conforme a lo establecido en el Art. 176 de la Res. 2409 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.

No. de entrega	Fecha	Hora	Elementos de Protección Personal											Observaciones	Firma	
			Gorra	Mantención de seguridad	Cascos abrasivos	Tapas bucos desechables	Tapabocas Plás con válvula	Guantas de látex	Guantas de nitrilo	Guantas de nylon	Bata desechable	Polainas				
1	7	2020			X	X		X								
2	7	2020			X	X		X								
3	7	2020														
4	7	2020														
5	7	2020														
6	7	2020														
7	7	2020														
8	7	2020														
9	7	2020														
10	7	2020														
11	7	2020														
12	7	2020														
13	7	2020														
14	7	2020														
15	7	2020														
16	7	2020														
17	7	2020														
18	7	2020														
19	7	2020														
20	7	2020														
21	7	2020														
22	7	2020														
23	7	2020														
24	7	2020														
25	7	2020														
26	7	2020														
27	7	2020														
28	7	2020														
29	7	2020														
30	7	2020														
31	7	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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres completos ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ	C.C. 1121914029	Unidad 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. 688 de 1975 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	
	Casaca	Membrana de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas MBP con válvula	Guardos de latex	Guardos de nitrilo	Güantes de nylon	Bata desechable	Pobainas			
2 6 2020				X		X							
3 6 2020				X		X							
4 6 2020				X		X							
5 6 2020				X		X							
6 6 2020				X		X							
3 6 2020			X	X		X				X	Recib. Prosocial		
9 6 2020				X		X							
10 6 2020				X		X							
11 6 2020				X		X							
12 6 2020				X		X							
15 6 2020				X		X							
16 6 2020				X		X				X	Recib. Prosocial		
17 6 2020				X		X							
18 6 2020				X		X							
19 6 2020				X		X							
20 6 2020				X		X							
22 6 2020				X		X							
23 6 2020				X		X							
24 6 2020				X		X				X	Recib. prosoc		
25 6 2020				X		X				X	" "		
26 6 2020				X		X							
29 6 2020				X		X				X	DE PROSOC		
30 6 2020				X		X							

Yo, ROSELL NATALIA VELASQUEZ LOPEZ identificado (a) con CC: 1121914029, 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: 0800910303
 Línea Correo Nacional: 0800010303
VIGILADO

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

Apellido y Nombre Completo JOSE ROBERTO MEJIA CASTRO	CÓDIGO 12565313	Atendidos 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.

Código	Fecha	Año	Elementos de Protección Personal										Observaciones	Firma		
			Ceñia	Manofera de seguridad	Caretas desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas PMS con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pajetas				
2	6	2020		X		X										Se entregó los elementos de protección personal.
3	6	2020		X		X										
4	6	2020		X		X										
5	6	2020		X		X										
6	6	2020		X		X										
8	6	2020		X		X										
9	6	2020		X		X										
10	6	2020		X		X										
11	6	2020		X		X										
12	6	2020		X		X										
15	6	2020		X		X										
16	6	2020		X		X										
17	6	2020		X		X										
18	6	2020		X		X										
19	6	2020		X		X										
20	6	2020		X		X										
22	6	2020		X		X										
23	6	2020		X		X										
24	6	2020		X		X										
25	6	2020		X		X										
26	6	2020		X		X										
29	6	2020		X		X										
30	6	2020		X		X										

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
 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
ANA MARGARITA ZAMBRANO ORDOÑES	1121925239	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 1994, Dec. 932 de 1994, Dec. 886 de 1970 y Res. 48 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	Almohada de seguridad	Carota desechable	Tapas botas desechables	Tapadiscos ribs con valvula	Guanacos de látex	Guanacos de nitrilo	Guanacos de nylon	Bata desechable		
2 6 2020			XX	X		X					
3 6 2020			XX	X		X					
4 6 2020			X	X		X					
5 6 2020			X	X		X					
6 6 2020			X	X		X					
8 6 2020			X	X		X					
9 6 2020			X	X		X					
10 6 2020			X	X		X					
11 6 2020			X	X		X					
12 6 2020			X	X		X					
15 6 2020			X	X		X					
16 6 2020			X	X		X					
17 6 2020			X	X		X					
18 6 2020			X	X		X					
19 6 2020			X	X		X					
20 6 2020			X	X		X					
22 6 2020			X	X		X					
23 6 2020			X	X		X					
24 6 2020			X	X		X					
25 6 2020			X	X		X					
26 6 2020			X	X		X					
29 6 2020			X	X		X					
30 6 2020			X	X		X					

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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800019033
 Línea Correo Nacional: 01800019033
VIGILADO



4.2.4 Entrega elementos de protección personal sede Acacias

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
30 8 20				X		X			X		Gorro quirurgico	
1 7 20				X		X						
2 7 20				X		X						
3 7 20				X		X						
4 7 20				X		X						

Yo, Yeimi Yadira Toro Pineda identificado (a) con CC: 1122130462, 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	Cédula	Unidad
HAIDIVY ROMERO BERNAL	52,776,902	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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
30 8 20				X		X			X		Gorro quirurgico	
1 7 20				X		X						
1 7 20				X		X						
3 7 20				X		X						
4 7 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.



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

Apellidos y Nombres Completos IMNA MENDIETA CONTRERAS	Cédula 52,045,168	Unidad 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, la 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	Potainas		
1 7 20				X		X					GORRO QUIRURGICO	
2 7 20				X		X						
3 7 20				X		X						

Yo, Imna Mendieta Identificado (a) con CC: 52045168, 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 LILIANA CELEDONIA FONSECA	Cédula 37,094,408	Unidad 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, la 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	Potainas		
1 7 20				X		X					GORRO QUIRURGICO	
2 7 20				X		X						
3 7 20				X		X						
4 7 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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800010333
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
NAIRA GUERRA VARGAS	1,121,889,427	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	Pelaminas		
30 6 20				X		X			X			<i>[Firma]</i>
1 7 20				X		X						<i>[Firma]</i>
2 7 20				X		X						<i>[Firma]</i>
3 7 20				X		X						<i>[Firma]</i>
4 7 20				X		X						<i>[Firma]</i>

Yo, Naira Guerra Vargas Identificado (a) con CC: 1.121.889.427, 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	Cédula	Unidad
JORGE ENRIQUE CLAVIJO	79,958,924	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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelaminas		
30 6 20				X		X					Gorro quirurgico	<i>Jorge Clavijo</i>
1 7 20				X		X						<i>Jorge Clavijo</i>
2 7 20				X		X						<i>Jorge Clavijo</i>
3 7 20				X		X						<i>Jorge Clavijo</i>
4 7 20				X		X						<i>Jorge Clavijo</i>

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 Correo Nacional: 018000910332
VIGILADO



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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
NOHORA ALEJANDRA PIRABAN	1,122,120,131	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. 48 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			Pelmas
1 7 20				X		X			X		Gorro quirurgico	
2 7 20				X		X						
3 7 20				X		X						
4 7 20				X		X						

Yo, Nohora Alejandra Piraban Peraz identificado (a) con CC: 1122120131, 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

FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
	Versión: 3
	ago.-19
	1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
DIEGO ANDRES BARON QUINTERO	1120498277	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. 48 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			Pelmas
1 7 2020				X	X	X			X		TAPABOCA N95 SIN VALVULA	
2 7 2020				X		X						
3 7 2020				X		X						
4 7 2020				X		X						

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.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019033
VIGILADO



6	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago.-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polainas		
30 / 7 / 2019				X		X			X			<i>Lu Esperanza Guerrero</i>
1 / 7 / 2019				X		X						<i>Lu Esperanza Guerrero</i>
2 / 7 / 2019				X		X						<i>Lu Esperanza Guerrero</i>
3 / 7 / 2019				X		X						<i>Lu Esperanza Guerrero</i>

Yo, Lu Esperanza Guerrero O. 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.

6	FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	F(GTH)033
		Versión: 3
		ago.-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
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	Polainas		
31 / 7 / 2019	X			X	X	X			X		TAPABOCA N95 SIN VALVULA	<i>Andrea Santos</i>
1 / 7 / 2019				X		X					MONOGAFAS ES DE USO DIARIO NO DESECHABLE	<i>Andrea Santos</i>
2 / 7 / 2019				X		X						<i>Andrea Santos</i>
3 / 7 / 2019				X		X						<i>Andrea Santos</i>

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: 01800019033
VIGILADO



FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033
		Versión: 3
		ago.-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
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	Monografía de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Pelotas			
30/6/2020				X	X							TAPABOCA N95 SIN VALVULA	<i>Herrera</i>
1/7/2020				X		X							<i>Herrera</i>
7/7/2020				X		X							<i>Herrera</i>
1/7/2020				X		X							<i>Herrera</i>

Yo, Herrera 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.

FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033
		Versión: 3
		ago.-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
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			
30/6/2020				X		X							<i>Murillo</i>
1/7/2020				X		X							<i>Murillo</i>
7/7/2020				X		X							<i>Murillo</i>
1/7/2020				X		X							<i>Murillo</i>

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.



FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033
		Versión: 3
		ago.-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
DIANA MARCELA SANCHEZ	1120364043	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	Guañetes de látex	Guañetes de nitrilo	Guañetes de nylon	Bata desechable	Polainas		
30		X	X	X	X	X					TAPABOCA N95 SIN VALVULA	<i>[Signature]</i>
1				X		X					LA CARETA ES DE USO DIARIO NO DESECHABLE	<i>[Signature]</i>
2				X		X					MONOGAFAS ES DE USO DIARIO NO DESECHABLE	<i>[Signature]</i>
3				X		X						<i>[Signature]</i>

Yo, Diana Marcela Sanchez Alba 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

FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		F(GTH)033
		Versión: 3
		ago.-19
		1 de 1

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
<u>Limbeth Cruz</u>		<u>pediatría</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	Guañetes de látex	Guañetes de nitrilo	Guañetes de nylon	Bata desechable	Polainas		
01 07 20				1	1				1			Limbeth Cruz.

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.



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

Apellido y Nombre completo Cesar Duarte	Cédula _____	Unidad Med. General
---	-----------------	-------------------------------

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	Monopala 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	4			4	1								<i>[Signature]</i>

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.

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

Apellido y Nombre completo Viviana Alejandro	Cédula 1118 537 038	Unidad Med. Interna
--	-------------------------------	-------------------------------

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	Monopala 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								<i>[Signature]</i>

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: 01800091033
VIGILADO

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Esneder Hanotas		Cinecología

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			
01 07 20					1						1		
02 07 20											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.

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

Apellidos y Nombres Completos	Cédula	Unidad
Pascavanda Paballevo Harold Guillermo	87455111	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 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 05 2020	X			X		X						Paquete * 3 unidades.	
19 05 2020	X			X*5		X*5						Paquete * 5 unidades c/o.	
19 05 2020						1						Los guantes estan a disponibilidad.	
05 06 2020	2			2									
11 06 2020	2			2		1						Guantes a disposición consultorio.	
16 06 2020	5			2								Guantes, batas según necesidad disponible consultorio.	
16 06 2020				3									
30 06 2020	5			5		1						Días: 30-01-02-03-04.	

Yo, Harold Pascavanda Identificado (a) con CC: 87455111, 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	Cédula	Unidad
Jimenez Rojas Oscar Hernando	1.054.090740	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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
13 05 2020	X*2			X*2							Se entrega pag * 2.	[Firma]
20 05 2020	X*3			X*3							S	[Firma]
27 05 2020	2			2							Se entregan pag	[Firma]
04 06 2020	3			3								[Firma]
11 06 2020	3			3								[Firma]
30 06 2020	3			3	1						Dias semana 30 al 04.	[Firma]

Yo, Oscar Jimenez Rojas Identificado (a) con CC: 1034090740, 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	Cédula	Unidad
Uva Pelayo Henry Darío	9432965	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	Monogafa de seguridad	Careta desechable	Tapabocas desechables	Tapabocas N95 con válvula	Guantes de látex	Guantes de nitrilo	Guantes de nylon	Bata desechable	Polinias		
13 05 2020	X*3			X*3		X*3					Paquete * 3 unidades de %	[Firma]
19 05 2020	X*5			X*5		X*5					Paquete * 5 unidades C/U.	[Firma]
19 05 2020					1						Tapabocas N95 sin filtro.	[Firma]
05 06 2020	2			2								[Firma]
11 06 2020	2			2	1						Guantes a disposición = Cons	[Firma]
30 06 2020	5			5	1						Dias: 30 -01-02-03-04.	[Firma]

Yo, Henry Darío Uva Pelayo 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 Corrala Nacional: 0800910333
VIGILADO



5. INSPECCIONES USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

5.1 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Boyacá

	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01/07/2020	Hery Camelo	Boyacá	Diana Gaitioli

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	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			

TOTAL	12	3
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	80%	

PUNTAJE	
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	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01/07/2020	Fanny Cárdenas	C. E. Gaiteros	Diana Santica

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	A) 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	15		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NÓ CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIGTH/027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01/02/2020	Armando Domínguez Gallegos		Diana Bonifacio

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 (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

TOTAL	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
 Lima, Corina Naranjo, 01800010332
VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIGTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01/07/2020	Dora Gethica	Salud	Fernando Domínguez

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 (bata, Calzado adecuado en casos específicos polainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad	X			

TOTAL	15		
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
 Lima, Correo Electrónico: 01800019033
 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
01/07/2020	Diana (COTI)	BIOSEGURIDAD	Diana Santibañez

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, monogatas 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			

TOTAL	15	0	0
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
 Lima, Oficina Nacional, 01000190332
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
01/07/2020	YOLY MUÑOZ	Guategue	Diana Gaitana

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) según 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, monopatías y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X		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	3
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	80%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Comuna Nacional, 01000190332
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
01/07/2020	J. Diana Gaitan	Ecatepec	Quil Muñoz

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 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 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	15	0	0
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SORRESALIENTE



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIGTHI027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
02 Julio 2020	Jennifer Ballen	Area Administrativo	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.	Y			
2	Utiliza las 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.	Y			
5	Evita utilizar los elementos de protección individual fuera del área de trabajo.	Y			
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.	Y			
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.	Y			
11	Evitan utilizar accesorios dentro de las unidades (anillos, pulseras, cadenas, etc.)	Y			
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	Y			

TOTAL	14	0	1
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 60%	NO CUMPLIDO
60% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		ed. 1B
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
02-07-2020	Enka Saucado	Medico General	Leidy Butrago

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	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			
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (jocker 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	15	0	0
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
2 Julio 2020	Melisa Cardenas	Aux Administrativo	Ledy Bartrayco

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			
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			

TOTAL	74	0	1	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	700%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Coram Nacional, 01600010302
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
02 Julio 2020	Shirley Ponceiro	Ax administrativo	Leidy Butrayo

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 pueden 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
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
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	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
02-07-2020	Juliana Duarte	Ata Enfermería	Ledy Buitrago

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) aquí 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 maneja 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			

TOTAL	15	0	0
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
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	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
02-07-2020	Leidy Butrago	Enfermería	Leidy Butrago

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 pueden 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	15	0	0
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
02-07-2020	Gloria Ballesteros	Medico General	Ch Lady Butrayo

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 tepalcates) Y aplica las buenas practicas de seguridad)	X			

TOTAL	15	0	0	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



5.2 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Meta
5.2.1 Inspección uso de elementos de protección personal sede Villavicencio

	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
03/07/2020	Degsy Tolibila	Administrativa	Ayda Cristina Lombro Buenas

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
		CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	
1	Utiliza visera facial, monogefas 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			No 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.
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	

TOTAL	9	0	6	PUNTAJE	
PROPORCION 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
 Línea Correo Nacional: 018000910303
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
01/07/2020	Aura Rocío Forero	Administrativa	Aura Cristina Lombardo 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
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			uso permanente del 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			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.
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 0% - 80% NO CUMPLIDO 80% - 94% ACEPTABLE 95% - 100% SOBRESALIENTE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%				

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



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA/UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
03/07/2020	Gamile Daza	Asistencial	Ara Cristina Lombro D

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			uso permanente del 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			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	los elementos son 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 (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	

TOTAL	12	0	3
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
 Linea Control Nacional: 018000910303
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
03/07/2020	Don Camilo Pontes	Asistencial	Aura Cristina Lombardi O.

Calificación del evaluador: Marcar con una (X) equis si su calificación es: C=Cumple; NO=No cumple; NA=No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NO	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Uso permanente de 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			no 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
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
 Lima, Corina Naranjo, 01800010332
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
03/07/2020	Bianca Li Carvajal	Asistencial	Alicia Cristina Lombardi Ojeda

Calificación del evaluador: Marcar con una (X) equis si su calificación es: C= Cumple NG= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NG	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			Uso permanente de tapabocas
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			Uso permanente de tapabocas y calzado de suela
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son 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	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 Control Nacional: 0800019333
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
05/07/2020	Maria Embisen Alvarado	Asistencial	Ara Cristina Lombardi Quera

Calificación del evaluador: Marcar con una (X) requisito 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			uso permanente de 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			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
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	

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
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Comuna Nacional, 0100001000302
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
01/07/2020	Angelica Curataga	Asistencia	Aura Cristina Lombardi Ochoa

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C=Cumple; NG=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			Uso permanente del 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			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.
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: 01800019333
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 INSPECCION
05/07/2020	Darwin Gomez	Asistencial	Aria Cristina Londono

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C=Cumple; NG=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			uso permanente del 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			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.
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 Correo Nacional: 0800910303
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
01/07/2020	Guly Beltrán	Administrativa	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.	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			lavado de manos y uso permanente del tapabocas.
6	Los elementos de protección individual son almacenados en un lugar limpio y accesible (locker individuales).			X	los elementos son 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	9	0	6
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: 0200019333
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
01/07/2020	Gully Rojas	Asistencial	Aura Cristina Lombardo Oviedo

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			uso insuficiente del tapabocas como recomendación
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 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.
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
 Lima, Correo Nacional: 01000191033
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
09/07/2020	Jovanna Córdoba	Asistencial	Aura Cristina Londoño Quenas

Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NG= No cumple NA= No aplica

No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		C	NG	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.	X			uso permanente del tapabocas como recomendación.
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
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	Evitar 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
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
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	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01/07/2020	Gina Karina Arango	Asistencial	Ayda Cristina Londoño Durán

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			Se recomienda uso del tipo bocas permanente.
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.
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 Control Nacional: 0800091033
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
01/07/2020	Diego Bocanegra	Administrativa	Aura Cristina Lombardi Quirós

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			uso permanente del tapabocas como recomendación.
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.
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	8	0	7	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	200%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 020001910303
VIGILADO



5.2.1 Inspección uso de elementos de protección personal sede Acacias

FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
2/07/2020		IMNA MENDIETA		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA VARGAS	
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			Disponibles para uso en caso de consulta presencial, por el momento se encuentra realizando teleconsulta		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			Disponibles para uso en caso de consulta presencial, por el momento se encuentra realizando teleconsulta		
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			Uso de bata institucional, se acepta uso de overol desechable personal como medida de protección		
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%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
2/07/2020		LILIANA FONSECA		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA VARGAS	
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			Disponibles para uso en caso de consulta presencial, por el momento se encuentra realizando teleconsulta		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			Disponibles para uso en caso de consulta presencial, por el momento se encuentra realizando teleconsulta		
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		15	0	0	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
2/07/2020		IMNA MENDIETA		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA VARGAS	
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			Disponibles para uso en caso de consulta presencial, por el momento se encuentra realizando teleconsulta		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			Disponibles para uso en caso de consulta presencial, por el momento se encuentra realizando teleconsulta		
3	Realiza cambio de guantes por paciente	X					
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.	X			Uso de bata institucional y/o overol personal		
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		15	0	0	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027								
					Versión: 1								
					oct-18								
					IDE 1								
FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN										
2/07/2020	ALEJANDRA PIRABAN	ASISTENCIAL	NAIRA GUERRA YARGAS										
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	Personal administrativo que no realiza procedimientos que generen salpicaduras, sin embargo cuenta con monogafas para uso cuando tengan usuarios presenciales, en el momento modalidad de trabajo teleconsulta								
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			Personal que no realiza procedimientos sin embargo tienen disponible caja de guantes latex por si amerita uso								
3	Realiza cambio de guantes por paciente			X									
4	Usa bata o delantal impermeable durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras.			X	Sin embargo funcionaria de línea de frente se hace entrega de bata desechable por contacto continuo con pacientes								
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	3									
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO													
(Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%											
		<table border="1"> <tr> <th colspan="2">PUNTAJE</th> </tr> <tr> <td>0% - 80%</td> <td>NO CUMPLIDO</td> </tr> <tr> <td>80% - 94%</td> <td>ACEPTABLE</td> </tr> <tr> <td>95% - 100%</td> <td>SOBRESALIENTE</td> </tr> </table>				PUNTAJE		0% - 80%	NO CUMPLIDO	80% - 94%	ACEPTABLE	95% - 100%	SOBRESALIENTE
PUNTAJE													
0% - 80%	NO CUMPLIDO												
80% - 94%	ACEPTABLE												
95% - 100%	SOBRESALIENTE												



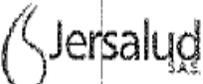
		INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			F(GTH)027		
					Versión: 1		
					oct-18		
					1 DE 1		
FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
2/02/2020		HAIDIVY ROMERO		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA VARGAS	
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación 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	Personal administrativo que no realiza procedimientos que generen salpicaduras, sin embargo que no realiza procedimientos sin embargo		
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos	X			Personal que no realiza procedimientos sin embargo tienen disponible caja de guantes latex por si		
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	3	PUNTAJE		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			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		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
2/07/2020		YADIRA TORO		ASISTENCIAL		NAIRA GUERRA VARGAS	
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		15	0	0	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



5.2.2 Inspección uso de elementos de protección personal sede Puerto López

	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
2/07/2020	MARITZA DIAZ	LABORATORIO	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		NÓ CUENTA CON BATAS Y GORROS SUFICIENTES, POR LO CUAL LOS DEBE REUTILIZAR
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 potainas tapabocas) Y aplica las buenas practicas de seguridad)			X	

TOTAL	13	1	1
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	93%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIGTHJ027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
2/07/2020	MARLY GARCIA	FARMACIA	ROSELL NATALIA VELASQUEZ LÓPEZ

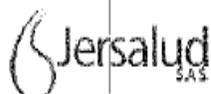
Calificación del evaluador: Marcar con una (x) equis si su calificación es: C= Cumple NC= No cumple NA= No aplica

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	Ai 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	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 Control Nacional: 01800019030
VIGILADO



	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
2/07/2020	JOSÉ ROBERTO MEJIA	CONSULTORIO 1	ROSELL HAYALIA 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	

TOTAL	12	0	3
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: 01800019033
VIGILADO



	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
2/07/2020	RONNIE CARMONA	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
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	0	2	CUMPLIMIENTO	
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
 Línea Correo Nacional: 018000910303
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
2/07/2020	ANA MARGARITA ZAMBRANO	CONSULTA EXTERNA	RÓSELL 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 (bata, 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
 Unidad Ejecutora Nacional de Bioseguridad
 Lima, Correo Electrónico: 018000191033
VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	AREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
2/07/2020	LUZ MARINA PEDRAZA	AMBIENTE FISICO	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			

TOTAL	14	0	1	PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%			0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE



5.2.3 Inspección uso de elementos de protección personal sede Puerto Gaitán

		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			
2/07/2020	LILIANAN ROJAS	LINEA DE FRENTE	SANDRA PATIÑO			
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			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 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		
TOTAL		9	1	5	PUNTAJE	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO
					80% - 94%	ACEPTABLE
					95% - 100%	SOBRESALIENTE



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
2/07/2020		SANDRA PATIÑO		ENFERMERA		SANDRA PATIÑO	
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 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			
TOTAL		13	1	1	PUNTAJE		
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					0% - 80%	NO CUMPLIDO	
					80% - 94%	ACEPTABLE	
					95% - 100%	SOBRESALIENTE	



5.2.4 Inspección uso de elementos de protección personal sede Granada

	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
7/2/2020	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
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 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	

TOTAL	14	0	1	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	0% - 80%		NO CUMPLIDO		
	80% - 94%		ACEPTABLE		
	95% - 100%		SOBRESALIENTE		

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 01800019333
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
7/2/2020	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.	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, 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 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	
TOTAL		14	0	1	
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)					
		PUNTAJE			
					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	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
7/2/2020	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	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
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 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	

TOTAL	14	0	1
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)			

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina de Asesoría Jurídica
 Calle Comuna Nacional, 010001910002
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
7/2/2020	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.	IDENTIFICACION 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, en posible caso	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. 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 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	

TOTAL	14	0	1
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)			

PUNTAJE	
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	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
7/2/2020	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	CALIFICACION DEL EVALUADOR			OBSERVACIONES
		CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	
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 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	

TOTAL	14	0	1	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	0% - 80%		NO CUMPLIDO		
	80% - 94%		ACEPTABLE		
	95% - 100%		SÓBRESALIENTE		



	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
7/2/2020	OLINDA MURILLO	LÍNEA 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 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	

TOTAL	14	0	1	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea de Control Nacional: 01800019333
VIGILADO



5.3 Inspecciones Uso de elementos de protección personal Regional Casanare

	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
01 de julio de 2020	Kelly Vanessa Ruiz	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			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	

Página 1

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%	SOBRESALIENTE



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FIGTHJ027
		Versión: 1
		oct-18
		1 DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
01 de julio de 2020	Cesar Duarte	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			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	

Página 3

TOTAL	13	0	2	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				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	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
02/07/2020	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 EVALUADOR			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	

TOTAL	14	0	1
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)	100%		

PUNTAJE	
0% - 80%	NO CUMPLIDO
80% - 94%	ACEPTABLE
95% - 100%	SOBRESALIENTE



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
01 de julio de 2020		Harold Peñaranda		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			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			
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)		100%					

PUNTAJE	
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	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
02/07/2020	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	

TOTAL	11	0	5	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados * 100)				0% - 80%	NO CUMPLIDO
				80% - 94%	ACEPTABLE
				95% - 100%	SOBRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010303
VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
02 de julio 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 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	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



FECHA		NOMBRE DEL FUNCIONARIO		ÁREA / UNIDAD		RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	
02 de julio de 2020		Natalia Cediell		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 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			
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%	SOBRESALIENTE	



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
02 de julio 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			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	

Página 4

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%	SORRESALIENTE

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Control Nacional: 018000910303
VIGILADO



	INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	F(GTH)027
		Versión: 1
		oct-18
		1DE 1

FECHA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
02 de julio de 2020	Oscar Jiménez	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	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 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	

Página 6

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



	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
01 de julio de 2020	Karen Solano	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	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	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o	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	

TOTAL	14	10	5	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (Puntaje Total (cumple)/Total de criterios evaluados *)	100%			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	ÁREA / UNIDAD	RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN
021de julio de 2020	Yorz Socha	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 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	X			
9	El trabajador recibe entrenamiento, capacitación o	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	

TOTAL	9	0	6	PUNTAJE	
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO (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: 018000910303
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
02 de julio de 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

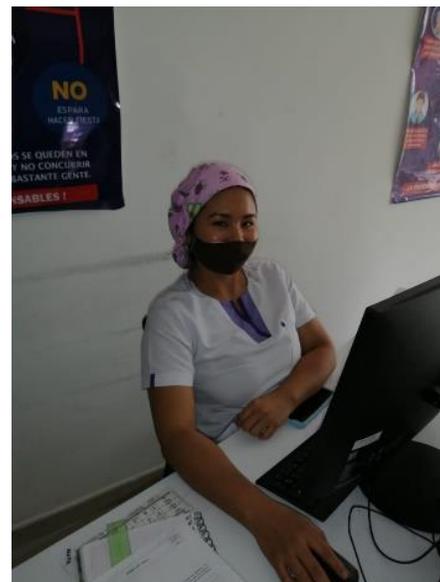
No.	IDENTIFICACIÓN DE FUNCIONES FACTORES DE RIESGO	CALIFICACIÓN DEL			OBSERVACIONES
		C	NC	NA	
1	Utiliza visera facial, monogafas y protección respiratoria en los procedimientos que puede generar salpicadura.			X	Auxiliar administrativo
2	Utiliza los guantes específicos para ejecutar los procedimientos			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,	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	

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



5.4 Evidencia fotográfica inspecciones uso de EPP Elementos de protección personal



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

www.jersalud.com



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





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												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	Odisfagia	Fatiga y Adinamia			
24-06-2020	Doris Matocca Lopez	Aux. Adm. y Asist.	Adm. y Asist.	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Boyan
25-06-20	Claudia Rodriguez	Aux. Calidad	Administrativa	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia
25-06-20	Mario Paul Felipe	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Mario
26-06-20	Jenny Gabriela Gutierrez	Analista SST	Administrativa	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny
26-06-20	Doris Matocca Lopez	Aux. Adm. y Asist.	Administrativa	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Boyan
26-06-20	Mario Paul Felipe	Aux. Admin	Admin	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Mario
26-06-20	Enika Brigos	Asist. Adm.	Admin	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Enika
26-06-20	Claudia Rodriguez	Aux. Calidad	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia
26-06-20	Samanta Gutierrez	Analista SST	Admin	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samanta
27-06-20	Mario Paul Felipe	Aux. Admin	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Mario
27-06-20	Doris Matocca Lopez	Aux. Adm. y Asist.	Administrativa	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Boyan
30-06-20	Claudia Rodriguez	Aux. Calidad	Admin	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia
30-06-20	Mario Paul Felipe	Aux. Admin	Admin	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Mario
30-06-20	Enika Brigos	Asist. Adm.	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Enika
30-06-20	Jenny Gabriela Gutierrez	Analista SST	Admin	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny
01-07-2020	Doris Matocca Lopez	Aux. Adm. y Asist.	Administrativa	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Boyan
01-07-20	Jenny Gabriela Gutierrez	Analista SST	Admin	NO	NO	35.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jenny

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	Odisfagia	Fatiga y Adinamia			
27/06/20	Yr Mexico U	Medico	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yr Mexico
27/6/20	Jordan Torres	Medico	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jordan
27/6/20	Yoly Calle	Enfermera	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yoly
27/6/20	Amanda Wintour	Psic. General	C. Ext.	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Amanda
27/6/20	Blanca N. Vargas	Medico	C. Ext.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Blanca
27/6/20	Wendy Pacheco	Nutricionista	C. Ext.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Wendy
27/6/20	Jan Fonseca	Psicologo	C. Ext.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jan
27/6/20	Jael D	MD	C. Ext.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jael
27/6/20	Luz Marina May	Medico	C. Ext.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Marina
27/06/20	Blanca Wintour	Psic. Genial	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Blanca
27/06/20	Wendy Pacheco	Nutricionista	C. Ext.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Wendy
27/06/20	Mario Paul Felipe	Aux. Admin	Admin	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Mario
30-06-20	Elvira Patricia Rojas	Aux. Gerencia	C. Ext.	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Elvira
30-6-20	Luz Marina May	Aux. Administ	C. Ext.	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Marina
30-06-20	Suzma Belarux	Enfermera	C. Ext.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Suzma
30/06/20	Luz Marina May	Medico	C. Ext.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Marina
30/06/20	Blanca Nubia V	Coord. Asist	C. Ext.	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Blanca
30/06/20	Blanca Pizar	Medico	C. Ext.	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Blanca

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



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



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGMA003 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?			
30/6/20	Sandra Mora	Aux. Conf.	C. Ext.	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Mora
30/6/20	Luz fern	Aux. P.	Col.	-	-	37.4	-	-	-	-	-	-	-	
30-06-20	Andrea Zepa	Aux. Admin.	Admince	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea Zepa
30/6/20	Andrés Alvarado	Médico	CERT	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés Alvarado
30/6/20	David Torres	Médico	C. Ext.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	David Torres
30/6/20	Andrea Faquía	Aux. Colon.	Odont.	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrea Faquía
30/6/20	David Jimenez	Oftalmólogo	Oftalmología	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	David Jimenez
30/6/20	Vladimir Barrios	Reservista	C. Ext.	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Vladimir Barrios
30-1-20	Yolay Calle	Enfermera	C. Ext.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yolay Calle
30-06-20	Yolay Calle	Enfermera	C. Ext.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yolay Calle
30-06-20	Andrés Alvarado	Médico	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés Alvarado
30-6-20	Juan Carlos	Psicólogo	C. Ext.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan Carlos
30-6-20	Andrés Alvarado	Médico	C. Ext.	NO	NO	37.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés Alvarado
30/6/20	Monica Flores	Médico	C. Ext.	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Monica Flores
30/6/20	Monica Flores	Médico	C. Ext.	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Monica Flores
30/6/20	Joel Duran	M.D.	C. Ext.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Joel Duran
30/6/20	Joel Duran	M.D.	C. Ext.	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Joel Duran

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGMA003 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?			
30/6/20	Isabel Herrera	Médico	C. Ext.	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel Herrera
30/6/20	Luz Mojica	Médico	C. Ext.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Mojica
30/6/20	Andrés Alvarado	Médico	CERT	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés Alvarado
30/6/20	Gerisán Gumbel	Médico	C. Ext.	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gerisán Gumbel
30/6/20	Sandra Calle	Médico	C. Ext.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra Calle
30/6/20	Andrés Alvarado	Médico	C. Ext.	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés Alvarado
30/6/20	Andrés Alvarado	Médico	C. Ext.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés Alvarado
30-6-20	Francisco Rojas	Médico General	C. Ext.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Francisco Rojas
30-6-20	Andrés Alvarado	Médico	C. Ext.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés Alvarado
30-6-20	Juan Carlos	Psicólogo	C. Ext.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan Carlos
30/6/20	David Jimenez	Oftalmólogo	Oftalmología	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	David Jimenez
30/6/20	Andrés Alvarado	M.D.	C. Ext.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés Alvarado
30/6/20	Andrés Alvarado	M.D.	C. Ext.	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés Alvarado
30/6/20	Gerisán Gumbel	Médico	C. Ext.	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gerisán Gumbel
30/6/20	Andrés Alvarado	Médico	C. Ext.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés Alvarado
30/6/20	Joel Duran	M.D.	C. Ext.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Joel Duran
30/6/20	Isabel Herrera	M.D.	C. Ext.	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Isabel Herrera
30/6/20	Juan Carlos	M.D.	C. Ext.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan Carlos
30/6/20	Andrés Alvarado	M.D.	C. Ext.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés Alvarado

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Atención al Ciudadano: 01800091033
Línea de Atención al Paciente: 01800091033

www.jersalud.com



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



(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 sistémicos?	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?			
1-07-20	I. Iardo María Póez	Auxiliar S. General	C. Clínica	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	I. Iardo
01-07-20	Andrés Zapata Vardó	Aux. Administra	Admin CE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés
01-07-20	Andrés Zapata Vardó	Aux. Admin	C. Ext	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Andrés
01-07-20	Monica Flacel	Medico	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Monica
01-07-20	Zulma Betancur	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Zulma
01-07-20	Luz Marina Mejía	Medico	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Luz Marina
01-07-20	Claudia Montoya	Medica Grad	C. Ext	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia
01-07-20	Yolanda Torres	Medico	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yolanda
1-7-20	Yolanda R. Valle	Enfermera	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yolanda
1-7-20	Blanca N. Viquez	Coord. Sede	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Blanca
1/7/20	Esther Nino	Medico	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Esther
1-11-20	Vladimir Bruna	Medico	C. Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Vladimir
1-07-20	Alfonso Pacheco	Nutricionista	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Alfonso
1-7-20	Juan Fonseca	psicologo	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juan
01/07/20	Diana Alvarado	Aux ADM	ADM	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
01/07/20	Diego Ochoa	M.D	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diego
01/07/20	Diego Ochoa	M.D	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diego
01/07/20	Diego Ochoa	M.D	C. Ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diego
01/07/20	Diego Ochoa	M.D	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diego
01/07/20	Diego Ochoa	M.D	C. Ext	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diego
01/07/20	Diego Ochoa	M.D	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diego
01/07/20	Diego Ochoa	M.D	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diego
01/07/20	Diego Ochoa	M.D	C. Ext	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diego
01/07/20	Diego Ochoa	M.D	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diego
01/07/20	Diego Ochoa	M.D	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diego
01/07/20	Diego Ochoa	M.D	C. Ext	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diego
01/07/20	Diego Ochoa	M.D	C. Ext	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diego

(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 sistémicos?	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?			
01-07-20	Claudia Rodriguez	Aux Calidad	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia
01-07-20	María Paula Póez	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	María
01-07-20	Angela Beltrán	P. Social		NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Angela
01-07-20	Sabrina Quiroz	Analista SST	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sabrina
01-07-20	Diana Viquez	Aux Administr	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
02-07-20	Diana Viquez	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana
02-07-20	María Paula Póez	Aux Admin	Admin	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	María
02-07-20	Claudia Rodriguez	Aux Calidad	Admin	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Claudia
02-07-20	Sabrina Quiroz	Analista SST	Admin	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sabrina

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800091030
 Línea Correo Nacional: 01800091030

VIGILADO



(Jersalud) FIGAA003
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	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)							Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
02-07-20	Luzmila Betancur	Enfermera	af externa	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-07-20	Alfonso Velez	Med General	C. Externa	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
02-07-20	Blanca N. Valencia	Coord. Sede	C. S.A.	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-07-20	Homara Flores	Medico	Cext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-07-20	Amador Torro	Medico	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2/7/20	Dario Jimenez	Colaborador	Odontol.	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/7/20	Yolay P. Oballe	C. Ext	Enferm	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/7/20	Adriana Nino	Cext	Medico	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2-7-20	Ledy Jimenez	Aux odont.	odontol.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2-7-20	Suelva Alva	Aux. adm.	C. ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2-7-20	Suelva Alva	Aux. adm.	C. ext	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2-7-20	Suelva Alva	Aux. adm.	C. ext	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2-7-20	Juan Pinasco	Psicologo	C. Ext	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/7/20	Adriana Nino	Medico	C. Ext	-	-	36.5	-	-	-	-	-	-	[Firma]
2-07-20	Alfonso Velez	Medico	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2-7-20	Julián Torres	M.D.	C. Ext	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]
2/7/20	Juan Lora	M.D.	C. Ext	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

2-7-20 Isax Gila M.D. C. Ext. NO NO 36.5 NO NO NO NO NO NO NO NO SI [Firma]

02/07/20 Gerisson Gonzalez Medico C. Ext. NO NO 36.8 NO [Firma]

02/07/20 Est. Torres Medico C. Ext. NO NO 36.5 NO [Firma]

(Jersalud) FIGAA003
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	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)							Firma del funcionario
						Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
2-07-20	Alfonso Velez	M.D.	C. EXT	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
0-07-20	Alfonso Velez	Nutricionista	C. Ext	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea Corrala Nacional: 018000910302
VIGILADO



6.1.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Duitama

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Area 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
25-06-20	Lina Arce	Asist Adm	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	Hedaly Triana	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	Diana Caceres	Asist Adm	Admin	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	Diana Acevedo	Enfermera	Asist Adm	NO	NO	35.8	SI	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	Alexandra Pinzon	Aux Adm	Aux Adm	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	Gloria Arredondo	Coordinadora	Asist Adm	NO	NO	37.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	Nancy Mogollon	Medico	Asist	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	Kevin Nury	Medico	Asist	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	Quinto Guevara	Medico	Asist	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	Evelyn Cepeda	Asist TH	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Arcelia Torres	Medico	Asist	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]

SALUD

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGAA003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplique)												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Area 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
25-06-20	Nancy Mogollon	Medico	Asist	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	Isabel Triana	Aux Adm	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	Evelyn Cepeda	Asist TH	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	Lina Arce	Asist Adm	Admin	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	Quinto Guevara	Medico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	Gloria Arredondo	Coordinadora	Asist Adm	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	Alexandra P	Aux Adm	Admin	NO	NO	37.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	Lina Arce	Asist Adm	Admin	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Atención al Ciudadano: 018000910332
Línea Correo Nacional: 018000910332



ENTRADA

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 acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondezaga	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
26-06-20	Alejandra P	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	APU
26-06-20	Lina Arceño	Aux Adm	Adm	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
26/06/20	Diana Cecilia	Aux Adm	Adm	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana C
26-06-20	Evelyn Cepeda	Asist TH	Admin	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Evelyn
26/06/20	Diana P. Arceño	Enfermera	Asista	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana P
26/06/20	Nancy Mazon	Medico	Asis	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy
26-06-20	Glenda Arceño	Coordinadora	Asis Inter	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glenda
26-06-20	Erwaldo Ceballos	Médico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erwaldo
26-06-20	Hudaly Triana	Aux Admin.	Admin.	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hudaly

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 acetaminofén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondezaga	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
02-20	Nancy Mazon	Medico	Asist	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Nancy
06-20	Erwaldo Ceballos	Médico	Asis	NO	NO	35.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erwaldo
06-20	Evelyn Cepeda	Asist TH	Admin.	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Evelyn
06-20	Alejandra P	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	APU
06/20	Glenda Arceño	Coordinadora	Asis Inter	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Glenda
06-20	Lina Arceño	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lina
5/6/20	Diana P. Arceño	Enfermera	Asist Inter	NO	NO	36.1	SI	NO	NO	NO	NO	NO	Diana P
06/20	Diana Cecilia	Coordinadora	Adm	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana C
3-06-20	Hudaly Triana	Aux Admin.	Administ	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Hudaly
06/20	Erwaldo Ceballos	Médico	Asist Inter	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erwaldo

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, Coram Nacional, 01000010332



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGAA003	
											Version 2	
											may-20	
											1 DE 1	
Entrada												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Area de Desempeño	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	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
27-06-20	Lina Alegre	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-06-20	Eloicy Arellano	Coordinadora	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-06-20	Alejandra P	Aux Adm	Adminis	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-06-20	Nancy Megolan	Medico	Asist	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGAA003	
											Version 2	
											may-20	
											1 DE 1	
SALIDO												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Area de Desempeño	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	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
27-06-20	Eloicy Arellano	Coordinadora	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-06-20	Nancy Megolan	Medico	Asist	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-06-20	Alejandra Pirozi	Aux Adminis	Adminis	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Lima, 15 de Mayo del 2020
 Vigilado



Jersalud **FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES** Entrada

Versión: 1
abr-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	Odinofagia	Fatiga y Adinamia
30-06-20	Gloria Avelino	Coordinadora	Asistencia	NO	NO	NO 36,6	NO	NO	NO	
30-06-20	Diana Acuña	Enfermera	Asistencia	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	Diana Acuña
30-06-20	Edlyn Cepeda	ASIST IH	Admin.	NO	NO	35,9	NO	NO	NO	Edlyn Cepeda
30-06-20	Lina Arce	Adm	Adm	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	Lina Arce
30-06-20	OMMA CERCAO	Aux Adm	Adm	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	OMMA CERCAO
30-06-20	Jesús Rodríguez	MEDICO	ASISTIA	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	Jesús Rodríguez
30-06-20	Oswaldo Betancur	Médico	Adm	NO	NO	36,5	NO	NO	SI	Oswaldo Betancur
30-06-20	Alexandra P	Aux Adm	Adm	NO	NO	36,9	NO	NO	NO	Alexandra P
30-06-20	Hidaly Triana	Aux Adm.	Adminis.	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	Hidaly Triana

Jersalud **FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES** Salida

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	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	(Trabaja en otra entidad?)	Firma del Funcionario	
30-06-20	Edlyn Lina Cepeda	ASIST IH	Admin	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	Edlyn Cepeda	
30-06-20	Hidaly Triana	Aux Adm.	Adminis	NO	NO	36,7	NO	NO	NO	NO	NO	Hidaly Triana	
30-06-20	Lina Arce	Aux Adm	Adm	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	Lina Arce	
30-06-20	OMMA CERCAO	Aux Adm	Adm	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	OMMA CERCAO	
30-06-20	Gloria Avelino	Coordinadora	Asistencia	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria Avelino	
30-06-20	Jesús Rodríguez	MEDICO	ASISTIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	Jesús Rodríguez	
30-06-20	Oswaldo Betancur	Médico	Adm	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	Oswaldo Betancur	
30-06-20	Jesús Dely Fajal	Médico	Asistencia	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	Jesús Dely Fajal	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800019333
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
												ENTRADA	
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	Olorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
01-07-2020	LEONOR RODRIGUEZ	MEDICO	ASISTENC	NO	NO	36.1°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
01-07-20	Hedaly Triana	Aux Administ	Administ	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
01-07-20	OMAR CERCAÑO	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
01/07/20	Diana P. Acero	ENFERMERA	Asistenc.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
01-07-20	gloria Avendaño	Coordinadora	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
01-07-20	Evelyn Cepeda	ASIST TH	Admin	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
01-07-20	Nancy Magallon	Medico	ASIST	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1-7-20	Lina Arceles	Aux Adm	Adm	NO	NO	34.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1-07-20	Alejandra P	Aux Adm	Adm	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1-07-2020	Francisco Fajardo	Medico	Asistencial	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
1-07-2020	Carla de la Cruz	Medico	Asist	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA003 Versión 2 may-20 1 DE 1	
												Salida	
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	Olorología	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario	
01-07-20	Hedaly Triana	Aux Adminis	Adminis	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
01-07-20	Evelyn Cepeda	ASIST TH	Admin	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
01-07-2020	Francisco Fajardo	Medico	Asistencial	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
01-7-20	Alejandra P	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
01/07/20	Diana Acero	Enfermera	Asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
01/07/20	OMAR CERCAÑO	Aux Adm	Adm	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
01-07-2020	gloria Avendaño	Coordinadora	Asistencial	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
01-07-20	Nancy Magalli	Medico	Asist	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Control Nacional: 01800010333
VIGILADO



6.1.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Sogamoso

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión 7 may-20 1 DE 1	
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 leído contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odmalgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
30/05/20	Edna Romero	Aux. Activo	Linea frente	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/06/20	Colina Vallejo	Coordinadora	Admin	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	
30/06/20	MILENA QUINTO	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	34.8	NO	NO	NO	NO	NO	M.P
30/06/20	MC. Constanza	Aux. Adm.	Sigov	NO	NO	34.2	NO	NO	NO	NO	NO	AMB
30/06/20	DEISY Vargas	aux. enfermera	asistencial	SI	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/6/20	Sebastian Rivas	medico	cent	no	no	36.3	no	no	no	no	no	[Firma]
30-6-20	Cesar Corvalán	M.D	Cent	no	no	36.7	no	no	no	no	no	[Firma]
30-6-20	Sandra Holobay	Aux. Admin	Linea Frente	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/06/20	Glady Ace	Auxiliar medica	M. Hospital	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30.6.20	Elida Deagun	Medica	Ext	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30/06/20	Giovanni Rodriguez	Medico	C-Ext.	NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FIGA003 Versión 7 may-20 1 DE 1	
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 leído contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odmalgia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	Firma del funcionario
01-07-20	Sandra Holobay	Aux. Admin	Linea F	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-07-20	DEISY Corvalán	Coordinadora	Admin	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01/07/20	MILENA A. QUINTO	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01/7/20	Sebastian Rivas	Medico	Cent.	SI	NO	36.6	no	no	no	no	no	[Firma]
1-7-20	MC. Constanza	Aux. Adm.	Sigov	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	AMB
1-7-20	Cesar Corvalán	M.D	Cent	no	no	36.6	no	no	no	no	no	[Firma]
1-7-20	DEISY Vargas	aux. enfermera	asistencial	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-07-20	Edna Romero	Aux. activo	Linea frente	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01/07/20	Giovanni Rodriguez	Medico	C-Ext.	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/07/20	Elida Deagun	Medica	C-Ext	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 018000910303
 Línea Correo Nacional: 018000910303
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 acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odemato	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
01-07-20	Sandra Holguin	Aux. Admón	línea f	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-07-20	Deisy Carolina Hernandez	coord.	Admón	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01/07/20	MILENA A. QUINTANA	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01/7/20	Sebastian Rivero	Médico	CExt.	SI	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-7-20	McGonzalo B	Aux Adm	Serv	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-7-20	Cesar Camilo	M.D	CExt	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-7-20	Deisy Vargas	aux. enfermera	asistencia	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-7-20	Dina Romero	Aux. Aditivo	línea frente	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01/07/20	Giovanni Rodriguez	Médico	CExt.	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/07/20	Elisa Deagun	Médico	CExt	NO	NO	35.9	NO	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 acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odemato	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
02-07-20	Dina Romero	Aux. Aditivo	línea frente	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02/07/20	MILENA A. QUINTANA	ENFERMERA	ASISTENCIAL	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02/07/20	Deisy Vargas	aux. enfermera	asistencia	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-07-20	Deisy Carolina Hernandez	coord.	Admón	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-07-20	Sebastian Rivero	Médico	CExt.	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2-07-20	McGonzalo B	Aux Adm	Serv	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2-7-20	Cesar Camilo	M.D	CExt	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2-7-20	Sandra Holguin	Aux. Admón	línea frente	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02/07/20	Giovanni Rodriguez	Médico	CExt.	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/7/20	Elisa Deagun	Médico	CExt	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 01800010333
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA(003)
COLABORADORES												Version 2
												May-20
												1 DE 1
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)												
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
2-07-20	Nelly Ariza	Aux Sg	Aux Sg	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	Nelly Ariza
2-7-2020	Dupé	Consultor	Area Lab	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	Dupé

6.1.4 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Chiquinquirá

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA(003)
Jersalud												Version 2
												May-20
												1 DE 1
Verificar sintomatología (Marcar con una X las variables que aplican)												
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
1/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley R
1/07/2020	JENNIFER KATERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jennifer
1/07/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
1/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
1/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTERO SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
1/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
1/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
2/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley R
2/07/2020	JENNIFER KATERINE BALLEEN ROMERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jennifer
2/07/2020	MILADY MELISSA CARDENAS HERNANDEZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Melissa
2/07/2020	LEIDY JOANA BUITRAGO SANABRIA	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	COORDINADOR ASISTENCIAL DE SEDE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy
2/07/2020	GLORIA JACKELINE BALLESTERO SALGADO	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Gloria
2/07/2020	ERIKA DAYANA SAUCEDO RUIDIAZ	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika
2/07/2020	JULIANA ANDREA SUAREZ SIMUACA	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Juliana
3/07/2020	SHIRLEY ELIANA RONCANCIO BALLEEN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Shirley R

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800010303
 Línea de Consulta Nacional: 01800010303
VIGILADO



	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	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
2020-06-26	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-26	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-26	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-26	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-26	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	

	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	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
2020-06-30	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-30	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-30	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-30	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-30	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-06-30	CATERIN CASTILLO	ODONTOLOGIA	ORAL BOUTIQUE	NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	SI	

	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	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
2020-07-02	MARCELA SOFIA NARVAEZ RUIZ	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-02	IVONNE ANDREA BLANCO ARENAS	JEFE DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA / LABORATORIO CLINICO /	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-02	LEIDY YASMITH SAENZ RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	LABORATORIO CLINICO / LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-02	DEISY JANETH GARCIA ARIAS	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-02	SANDRA PATRICIA TEJEDOR	SERVICIOS GENERALES	SMART BUSSINES	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	
2020-07-02	CATERIN CASTILLO	ODONTOLOGIA	ORAL BOUTIQUE	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	SI	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800010303
 Línea de Atención al Paciente: 01800010302
VIGILADO



6.1.6 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 Destino	Verificar epidemiología (Marcar con una X las variables que aplica)								
				Si el trabajador evidencia síntomas epidemiológicos o estomatológicos	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado por enfermedad o nuevo contacto	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odemato	Fatiga y debilidad	Trabaja en área crítica?	Firma del Autorizado
26/06/20	D. H. J. G.	ENFERMEDO	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26/06/20	D. H. J. G.	ENFERMEDO	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26/06/20	D. H. J. G.	ENFERMEDO	C.E	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO
26/06/20	D. H. J. G.	ENFERMEDO	C.E	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01/07/20	D. H. J. G.	ENFERMEDO	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO
01/07/20	D. H. J. G.	ENFERMEDO	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO
02/07/20	D. H. J. G.	ENFERMEDO	C.E	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO
02/07/20	D. H. J. G.	ENFERMEDO	C.E	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											Fecha	
											Ver 20	
											1 DE 1	
Verificar fisiología (Marcar con una X los valores que aplican)												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminofén?	¿Ha tenido contacto directo con caso confirmado por nuevo coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adormiento	¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario
26-06-2020	Mery Camela Suarez	línea de Frente	Administrativo	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
27-06-2020	Mery Camela Suarez	línea de Frente	Administrativo	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-06-2020	Mery Camela Suarez	línea de Frente	Administrativo	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-06-2020	Mery Camela Suarez	línea de Frente	Administrativo	NO	NO	36.6°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-07-2020	Mery Camela Suarez	línea de Frente	Administrativo	NO	NO	36.7°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-07-2020	Mery Camela Suarez	línea de Frente	Administrativo	NO	NO	36.5°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-07-2020	Mery Camela Suarez	línea de Frente	Administrativo	NO	NO	36.9°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-07-2020	Mery Camela Suarez	línea de Frente	Administrativo	NO	NO	36.8°C	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											Fecha	
											Ver 20	
											1 DE 1	
Verificar fisiología (Marcar con una X los valores que aplican)												
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	¿Está consumiendo medicamentos antibióticos o acetaminofén?	¿Ha tenido contacto directo con caso confirmado por nuevo coronavirus?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Odinofagia	Fatiga y Adormiento	¿Trabaja en esta entidad?	Firma del funcionario
26-6-20	Fanny Maleny C.	Aux Enfermera Asistencia	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-6-20	Fanny Maleny C.	Aux Enfermera Asistencia	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-6-20	Fanny Maleny C.	Aux Enfermera Asistencia	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-6-20	Fanny Maleny C.	Aux Enfermera Asistencia	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-7-20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera Asistencia	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1-7-20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera Asistencia	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2-7-20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera Asistencia	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2-7-20	Fanny Caicedo	Aux Enfermera Asistencia	Asistencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800010333
 Línea de Atención al Cliente: 01800010332
VIGILADO



6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Guateque

Jersalud												FIGAA003		
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												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 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				
26/06/2020	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	37.5	No	No	No	No	No	No	Daniela	
28/06/2020	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	Daniela	
29/06/2020	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	37.5	No	No	No	No	No	No	Daniela	
27/06/2020	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	Daniela	
30/06/2020	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	35.5	No	No	No	No	No	No	Daniela	
30/06/2020	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	35.5	No	No	No	No	No	No	Daniela	
01/07/2020	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	36.0	No	No	No	No	No	No	Daniela	
01/07/2020	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	35.5	No	No	No	No	No	No	Daniela	
02/07/2020	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	34.5	No	No	No	No	No	No	Daniela	
02/07/2020	Daniela Castro	Aux. Enfermera	Asistencial	No	No	36.5	No	No	No	No	No	No	Daniela	

Jersalud												FIGAA003		
FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												Versión: 1		
												abr-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	Odinofagia	Fatiga y Adinamia
24/06/2020	Melissa Pupo	Medico General	Consultorio	No	No	36.5	No	No	No	No
24/06/2020	Melissa Pupo	Medico General	Consultorio	No	No	36.3	No	No	No	No
30/06/2020	Melissa Pupo M.	Medico General	Consultorio	No	No	36.5	No	No	No	No
30/06/2020	Melissa Pupo M.	Medico General	Consultorio	No	No	36.2	No	No	No	No
1/07/2020	Melissa Pupo M.	Medico General	Consultorio	No	No	35.9	No	No	No	No
1/07/2020	Melissa Pupo M.	Medico General	Consultorio	No	No	36.6	No	No	No	No
2/07/2020	Melissa Pupo M.	Medico General	Consultorio	No	No	35.4	No	No	No	No
21/07/2020	Melissa Pupo M.	Medico General	Consultorio	No	No	36.5	No	No	No	No

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Guateca Nacional: 01600010303
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA(ME) 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 acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondeflega	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en otra entidad?		
26/06/20	Yuliy Muñoz	Aux. Administrativo	Administrativa	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yuliy Muñoz
26/06/20	Yuliy Muñoz	Aux. Administrativo	Administrativa	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yuliy Muñoz
28/06/20	Yuliy Muñoz	Aux. Administrativo	Administrativa	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yuliy Muñoz
30/06/20	Yuliy Muñoz	Aux. Administrativo	Administrativa	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yuliy Muñoz
1/07/20	Yuliy Muñoz	Aux. Administrativo	Administrativa	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yuliy Muñoz
1/07/20	Yuliy Muñoz	Aux. Administrativo	Administrativa	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yuliy Muñoz
2/07/20	Yuliy Muñoz	Aux. Administrativo	Administrativa	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yuliy Muñoz
2/07/20	Yuliy Muñoz	Aux. Administrativo	Administrativa	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yuliy Muñoz

6.1.6 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Sede Soatá

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGA(ME) 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 acetaminolén	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Ondeflega	Fatiga y Adormi	¿Trabaja en otra entidad?		
1/07/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/07/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/07/2020	DESY LUJANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
1/07/2020	DESY LUJANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/07/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/07/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/07/2020	FLOR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/07/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/07/2020	DESY LUJANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
2/07/2020	DESY LUJANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800019030
 Línea de Consulta Nacional: 01800019030

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 aplican)								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	Cefalegia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra unidad?	
26/06/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	No	No	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Ch. Buelo</i>
26/06/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	No	No	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Ch. Buelo</i>
26/06/2020	FLOIR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	No	No	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Andrés</i>
26/06/2020	FLOIR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	No	No	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Andrés</i>
26/06/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Viciana</i>
26/06/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Viciana</i>
26/06/2020	DESY LUANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Andrés</i>
26/06/2020	DESY LUANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Andrés</i>
26/06/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Ch. Buelo</i>
26/06/2020	ALIX MARGARITA ACEVEDO SALAZAR	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Ch. Buelo</i>
26/06/2020	FLOIR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	No	No	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Andrés</i>
26/06/2020	FLOIR ISABEL SERRANO AVENDAÑO	AUXILIAR ASISTENCIAL	LINEA DE FRENTE LABORATORIO	No	No	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Andrés</i>
26/06/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Viciana</i>
26/06/2020	MARIA PAULA CAMPOS BUITRAGO	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.9	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Viciana</i>
26/06/2020	DESY LUANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Andrés</i>
26/06/2020	DESY LUANA ESTEVES	ENFERMERA ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	<i>Andrés</i>

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 0800 90 9000
 Línea de Consulta: 0800 90 9000



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	Zona de Intervención	Está consumiendo medicamentos antibióticos o inmunización	Ha tenido contacto estrecho con casos confirmados para enfermedad por virus zoonos	Temperatura mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra unidad?	Firma del Encuestado
02-07-20	Mery Romero	Av. Laboratorio	Asistencial	NO	NO	39.0	NO	NO	NO	NO	NO	Mery R.
02-07-20	Alexandra Rojas	Av. Laboratorio	Asistencial	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	Alexandra R.
02-07-20	Katherine Chingaki	Av. Admón	Admón	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Katherine C.
02-07-20	Sebastian Fallo	Av. Pasadizo	Admón	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Sebastian F.
02-07-20	Nicho Navarro	Av. Pasadizo	Admón	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Nicho N.
02-07-20	Jessica Carran	Ases. Admón	Admón	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Jessica C.
02-07-20	Ana Cardoso	Asistente S.S.T	Admón	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	Ana C.
02-07-20	Maria Bonilla	Asistente T.H	Admón	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Maria B.
02-07-20	Karen Mieb	Acte. T.H	Admón	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Karen M.
02-07-20	Laura Pinto	Aprende Sana	Admón	NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Laura P.
02-07-20	Ayara Pora	Aux. Pedués	Admón	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Ayara P.
02-07-20	Flaira Navarro	Aux. Enfer.	Asisten	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Flaira N.
02-07-20	Juan Puentes	Medico	Asisten	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	Juan P.
02-07-20	Yessie Salgado	Medico	Asisten	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	SI	Yessie S.
02-07-20	Gianna Arango	Medico	Asisten	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Gianna A.
02-07-20	Vanessa Gomez	Odonatología	Asisten	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Vanessa G.

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
Fecha	Nombre y apellido del Trabajador	Cargo	Zona de Intervención	Está consumiendo medicamentos antibióticos o inmunización	Ha tenido contacto estrecho con casos confirmados para enfermedad por virus zoonos	Temperatura mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrrea	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra unidad?	Firma del Encuestado
01-07-20	Laura Pinto	Aprende Sana	Admón	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	Laura P.
02-07-20	Yuli Bolten			NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Yuli B.
02-07-20	Windy Garcia	Aux. Examen	Asistencial	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Windy G.
02-07-20	Diego Barajas	Aux. Admón	Admón	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Diego B.
02-07-20	Paola Urbilla	Av. Admón	Admón	NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Paola U.
02-07-20	Yann Gomez	Medico	Asistencial	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	SI	Yann G.
02-07-20	Yulio Rojas	Medico General	Asistencial	NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	SI	Yulio R.
02-07-20	Yovanis Carden	Medico	Asistencial	NO	SI	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	Yovanis C.
02-07-20	Camile Gomez	Odonatología	Asistencial	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	Camile G.
02-07-20	Marcela Morales	Aux. Odonatología	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Marcela M.
02-07-20	Ayara Roso	Aux. Admón	Admón	NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	Ayara R.
02-07-20	Blanca Corcuera	Aux. Examen	Asistencial	NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	Blanca C.
02-07-20	Sobalía Lopez	Coordinadora Act	Admón	NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	Sobalía L.
02-07-20	Sanora Penabaz	Profesional Salud	Admón	SI	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	Sanora P.
02-07-20	Daniela Cano	Av. Calidad	Admón	SI	NO	36.4	SI	NO	SI	NO	NO	Daniela C.
02-07-20	Diany Kende	Gerente	Admón	NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	Diany K.
02-07-20	Milena Charis	Psicología	Asistencial	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	Milena C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01 8000 910333
 Línea Correo Nacional: 01 8000 910333
VIGILADO



Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
FCG00303												
Versión: 2												
May 20												
1 de 1												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Asignación	Esta concentración excede los límites establecidos o no?	El nivel de contaminación con caso confirmado para enfermedad por virus coxsackievirus	Flema igual o mayor a 20°C	Tos	Dificultad respiratoria	Otitis	Flema y Adrenas	¿Tiene en sus manos?	Firma del funcionario
30-06-20	José Romero	Psicólogo	Asistenc	no	no	36.9	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Johana Urrego	Aux. Ambiental		no	no	35.7	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Adriana Rey	Trabajo Social	Asistencia	no	no	36.4	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Paola Galindo	Jefe enfer	Asistenc	no	no	36.1	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Gracia Torres	Aux. enfer	Asistenc	no	no	36	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Dina Villalobos	Aux. enfer	Asistenc	no	no	36.3	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Ruth Baggio	Jefe Enfer	Asistenc	no	SI	36.2	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Jeniffer Gutierrez	Aux. Enfer	Asistenc	no	no	36.6	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Yvonne Bucio	Aux. enfer	Asistenc	no	no	36.2	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Liliana Macón	Bacteriología	Asistencia	no	no	36	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Merly Romero	Aux. laborato	Asistenc	no	no	33.9	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Katherin de ching	Aux. Admin	Admin.	no	no	36.7	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Daniela Carrero	Aux. Calidad	Admin.	no	no	36	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Sofía Utreras	Jefe enfer	Admin.	no	no	36.6	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Miguel Reina	Ingeniero	Admin.	no	no	36.2	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Diany Duarte	Gerente	Admin.	no	no	36.7	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Hania Bonilla	Asistente TI	Admin.	no	no	36	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Sebastian Falla	Aux. factorar	Admin.	no	no	36.5	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Isaura Pinto	Aprens. Sn	Admin.	no	no	36.5	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Karen Melo	Jefe Admin.	Admin.	no	no	36.2	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Jessica Carrero	Asistente Ad	Admin.	no	no	36.7	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Sandra Paredes	Presidencia	Admin.	SI	no	36.7	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Dani Camilo Fuentes	Médico	Asistenc.	no	no	36.1	no	no	no	no	SI	[Firma]

Jersalud												
FORMATO DE VERIFICACION DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
FCG00303												
Versión: 2												
May 20												
1 de 1												
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Asignación	Esta concentración excede los límites establecidos o no?	El nivel de contaminación con caso confirmado para enfermedad por virus coxsackievirus	Flema igual o mayor a 20°C	Tos	Dificultad respiratoria	Otitis	Flema y Adrenas	¿Tiene en sus manos?	Firma del funcionario
26-06-20	Avalon Doris	Analista S.S.T	Admin	no	no	36.6	no	no	no	no	no	[Firma]
26-06-20	Laura Pinho	Aprens. Sena	Admin	no	no	36.1	no	no	no	no	no	[Firma]
26-06-20	Luz Dary Ramirez	Aux. Ambiental	Asistenc	no	no	35.7	no	no	no	no	no	[Firma]
26-06-20	Patricia Camargo	Aux. Ambiental	Asistenc	no	no	36.0	no	no	no	no	no	[Firma]
26-06-20	Flore Alba Castro	Odontólogo	Asistenc	no	no	33.4	no	no	no	no	no	[Firma]
26-06-20	Juan Camilo Ruiz	Médico General	Asistenc	no	no	35.4	no	no	no	no	SI	[Firma]
30-06-20	Paola Tolibala	Aux. Admin	Admin.	no	no	36	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Wendy Gardón	Aux. Intern	Asistenc	no	no	36.2	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Diego Baccare	Aux. Admin	Admin.	no	no	37.1	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Mariamancuana	Aux. enfer	Asistenc	no	no	36.2	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Arcia Rosa	Aux. Adm	Admin.	no	no	36.4	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Yuly Beltrán	Aux. Adm	Admin.	no	no	36.4	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Daisyin Gomez	Médico	Asistenc	no	no	36.5	no	no	no	no	SI	[Firma]
30-06-20	Yuly Rojas	Médico	Asistenc	no	no	36.3	no	no	no	no	SI	[Firma]
30-06-20	Blanca Carralaj	Aux. Intern	Asistenc	SI	no	36.5	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Jessica Cardona	Médico	Asistenc	no	SI	36.5	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Cesar Guerrero	Médico	Asistenc	no	no	36.1	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Angelica Larrea	Médico	Asistenc	no	no	36.6	no	no	no	no	SI	[Firma]
30-06-20	Margela Morales	Aux. Odont	Asistenc	no	no	36.1	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Flore Alba Castro	Odontología	Asistencia	no	no	35.8	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Jely Sanchez	Higiene	Asistencia	no	no	36	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Patricia Camargo	Aux. Ambien		no	no	36	no	no	no	no	no	[Firma]
30-06-20	Alfonso Rivera	Aux. labora	Asistenc	no	no	35.5	no	no	no	no	no	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutiva de Operación y Control
 Línea Control Nacional: 0200010303
VIGILADO



6.2.2 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Granada

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												F(GD)003 Versión: 1 abr-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o anticancerígenos	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por virus respiratorio	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrinolaringo	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en este estado?	Firma del funcionario	
19/6/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19/6/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19/6/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19/6/2020	Diego BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
19/6/2020	HERNAN BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
19/6/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19/6/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19/6/2020	GRACY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19/6/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19/6/2020	SONIA BARRON	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
19/6/2020	EUCALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												F(GD)003 Versión: 1 abr-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Está consumiendo medicamentos antimicrobianos o anticancerígenos	Ha tenido contacto reciente con caso confirmado para enfermedad por virus respiratorio	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrinolaringo	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en este estado?	Firma del funcionario	
1/7/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1/7/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1/7/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1/7/2020	Diego BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
1/7/2020	HERNAN BARRON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	SI	[Firma]	
1/7/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1/7/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1/7/2020	GRACY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1/7/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1/7/2020	SONIA BARRON	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
1/7/2020	EUCALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Atención al Ciudadano: 01800010303
 Línea de Atención al Paciente: 01800010302
VIGILADO



FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												F(GD)003 Versión: 1 03-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar (Sí/No/No aplica) (Marcar con X las verificaciones que apliquen)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminoleno	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrinología	Falga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
3/7/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/7/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/7/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/7/2020	DEIGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	SI	NO	[Firma]
3/7/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	SI	NO	[Firma]
3/7/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/7/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/7/2020	GRECY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/7/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/7/2020	SOMIA BONDOLQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/7/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												F(GD)003 Versión: 1 03-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Desempeño	Verificar (Sí/No/No aplica) (Marcar con X las verificaciones que apliquen)									Firma del funcionario
				Está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminoleno	Ha tenido contacto estrecho con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	Dificultad Respiratoria	Otorrinología	Falga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?		
3/7/2020	ESPERANZA GUERRERO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/7/2020	OLINDA MURILLO	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	LINEA DE FRENTE	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/7/2020	DIANA SANCHEZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/7/2020	DEIGO BARON	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	NO	[Firma]
3/7/2020	HERNAN RAMOS	MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	NO	[Firma]
3/7/2020	ANDREA SANTOS	ENFERMERA COORDINADORA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/7/2020	ALEXANDRA CARDENAS	HIGIENISTA ORAL	ODONTOLOGIA	NO	NO	35,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/7/2020	GRECY ZAMORA	ODONTOLOGA	ODONTOLOGIA	NO	NO	31,5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/7/2020	JAVIER HERRERA	REGENTE FARMACIA	FARMACIA	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/7/2020	SOMIA BONDOLQUEZ	AUX DE TOMA DE MUESTRAS	TOMA DE MUESTRAS	NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
3/7/2020	EUDALIA RODRIGUEZ	AMBIENTE FISICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Central Nacional: 018000910303
VIGILADO



6.2.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Acacias

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FICHA/003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre 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	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
30/06/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	
30/06/2020	Haidry Romero Beltrán	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	37,4	NO	NO	NO	NO	SI	
30/06/2020	Jorge Enrique Clavijo	Médico general	Asistencial	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	SI	
30/06/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermería	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FICHA/003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre 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	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
1/07/2020	Nohora Alejandra Pirabán	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	
1/07/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	
1/07/2020	Imma Mendieta Contreras	Médico general	Asistencial	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	SI	
1/07/2020	Liliana Celedonia Fonseca	Médico general	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	
1/07/2020	Haidry Romero Beltrán	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,6	NO	NO	NO	NO	SI	
1/07/2020	Jorge Enrique Clavijo	Médico general	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	SI	
1/07/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermería	Asistencial	NO	NO	35,6	NO	NO	NO	NO	NO	

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												
											FICHA/003 Versión: 2 may-20 1 DE 1	
Fecha	Nombre 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	Odinofagia	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?	
2/07/2020	Nohora Alejandra Pirabán	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,5	NO	NO	NO	NO	NO	
2/07/2020	Yadira Toro Pineda	Auxiliar asistencial	Asistencial	NO	NO	36,8	NO	NO	NO	NO	NO	
2/07/2020	Imma Mendieta Contreras	Médico general	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	SI	
2/07/2020	Liliana Celedonia Fonseca	Médico general	Asistencial	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	
2/07/2020	Haidry Romero Beltrán	Auxiliar administrativa	Administrativa	NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	SI	
2/07/2020	Jorge Enrique Clavijo	Médico general	Asistencial	NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	SI	
2/07/2020	Naira Guerra Vargas	Jefe de enfermería	Asistencial	NO	NO	36,2	NO	NO	NO	NO	NO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 018000910303
VIGILADO



6.2.4 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto Gaitán

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA-003				
												Version: 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	Otinotag	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?					
10-06-20	Sandra Palmo	Enfame	PUP	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-06-20	Sandra Palmo	Enfame	PUP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
12-06-20	Sandra Palmo	Enf.	PUP	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Sandra Palmo	Enf	PUP	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-06-20	Sandra Palmo	Enf	PUP	NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-06-20	Sandra Palmo	Enf.	PUP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-06-20	Sandra Palmo	enf	PUP	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-06-20	Sandra Palmo	Enf	PUP	NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-06-20	Sandra Palmo	enf	PUP	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	Sandra Palmo	Enf	PUP	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	Sandra Palmo	enf.	PUP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Sandra Palmo	Enf	PUP	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-06-20	Sandra Palmo	Enf	PUP	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-07-20	Sandra Palmo	Enf	PUP	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-07-20	Sandra Palmo	Enf	PUP	NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FIGAA-003				
												Version: 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	Otinotag	Fatiga y Adinamia	¿Trabaja en otra entidad?					
10-06-20	Liliana Rojas	A. Enf	Financiera	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
11-06-20	Liliana Rojas	A. Enf	Financiera	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
15-06-20	Liliana Rojas	A. Enf	Financiera	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
16-06-20	Liliana Rojas	A. Enf	Financiera	NO	NO	35	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
17-06-20	Liliana Rojas	A. Enf	Financiera	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
18-06-20	Liliana Rojas	A. Enf	Financiera	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
19-06-20	Liliana Rojas	A. Enf.	Financiera	NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
20-06-20	Liliana Rojas	A. Enf	Financiera	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
23-06-20	Liliana Rojas	A. Enf	Financiera	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
24-06-20	Liliana Rojas	A. Enf	Financiera	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
25-06-20	Liliana Rojas	A. Enf	Financiera	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
26-06-20	Liliana Rojas	A. Enf	Financiera	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
30-06-20	Liliana Rojas	A. Enf	Financiera	NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
01-07-20	Liliana Rojas	A. Enf	Financiera	NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]
02-07-20	Liliana Rojas	A. Enf	Financiera	NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Consulta Nacional: 018000190333
VIGILADO



6.2.5 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Puerto López

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FORMA 003 Versión: 2 May 2018 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Carga	Atención de Salud	Está en riesgo de padecer una enfermedad profesional o zoonosis	Ha sido evaluado en riesgo con los cuestionarios para enfermedades por estrés	Fiebre (igual o mayor a 38°C)	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorosidad	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otro sitio?	Firma del trabajador	
2019-06-24	LUZMARINA ROSAS	ABRIL ENTE PERCO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	39.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-24	ROSELLA NATALIA VELAZQUEZ	ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	38.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-25	JANA MARIBELITA CAMBARIÑO	ABRIL ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	38.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-25	JOSÉ ROBERTO MERA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-24	RODRIQUE CARABONA	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-24	LUZ MARINA ROSAS	ABRIL ENTE PERCO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	38.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-24	ROSELLA NATALIA VELAZQUEZ	ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	38.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-20	JANA MARIBELITA CAMBARIÑO	ABRIL ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	37.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-20	JOSE ROBERTO MERA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-20	RODRIQUE CARABONA	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	38.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-20	MARITZA DIAZ	ABRIL LABORATORIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	38.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-20	LUZ MARINA ROSAS	ABRIL ENTE PERCO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	38.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-20	ROSELLA NATALIA VELAZQUEZ	ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	38	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-20	JANA MARIBELITA CAMBARIÑO	ABRIL ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	38.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-20	JOSE ROBERTO MERA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-20	RODRIQUE CARABONA	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	38	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-20	LUZ MARINA ROSAS	ABRIL ENTE PERCO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	38.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-20	ROSELLA NATALIA VELAZQUEZ	ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	38.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-20	JANA MARIBELITA CAMBARIÑO	ABRIL ENFERMERA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	38.2	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-20	JOSE ROBERTO MERA	MEDICO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	38.9	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-20	RODRIQUE CARABONA	ODONTÓLOGO	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	38	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-20	MARITZA DIAZ	ABRIL LABORATORIA	CONSULTA EXTERNA	NO	NO	38.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

6.3 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud Regional Casanare

6.3.1 Evidencia verificación diaria de condiciones de salud sede Yopal

FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES												FORMA 003 Versión: 2 May 2018 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Carga	Año de Desempeño	¿Presenta síntomas de fiebre o resaca por consumo de alcohol?	¿Presenta síntomas de resaca por consumo de alcohol?	Fiebre (igual o mayor a 38°C)	Tos	Dificultad Respiratoria	Olorosidad	Fatiga y Adormecimiento	¿Trabaja en otro sitio?	Firma del trabajador	
2019-06-20	Kelly Vanesa			NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-20	Thiana Rincón			NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-20	Harold Perdomo			NO	NO	35.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-20	Henry Dya			NO	NO	35.7	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-20	Norbis Gabriel			NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-20	Tancho Lopez			NO	NO	35.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-20	Andrés Torres			NO	NO	35.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-20	Arlin Ramirez			NO	NO	36.4	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-20	Yerz Pacheco			NO	NO	36.8	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-20	Vanesa Charris			NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	
2019-06-20	Leon Arica			NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	[Firma]	

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Linea Corrala Nacional: 018000910300



Entrada Jersalud

Jersalud		FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIG-AS-003 Versión: 2 01/20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Carga	Área de Responsabil.	¿Presenta síntomas de resaca o dolor de cabeza?	¿Presenta síntomas de fiebre o escalofríos?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	¿Estreñimiento o diarrea?	¿Dolor de garganta?	¿Falta de aliento?	¿Trabaja en una embajada?	Firma del funcionario		
01-07-20	Sandra			NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]		
01-07-20	Sandra Iz			NO	NO	35,7	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]		
01-07-20	Fenny Ora			NO	NO	35,2	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]		
02-07-20	[Signature]			NO	NO	35,1	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]		
02-07-20	Oscar Jimenez			NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]		
02-07-20	Angela Torres			NO	NO	35,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]		
02-07-20	Angela Martha Godin	aux. farmacia		NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]		
02-07-20	Jorch Socha			NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]		
02-07-20	Kelly Conon			NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]		

Entrada Jersalud

Jersalud		FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIG-AS-003 Versión: 2 01/20 1 DE 1	
Fecha	Nombre y Apellidos del Trabajador	Carga	Área de Responsabil.	¿Presenta síntomas de resaca o dolor de cabeza?	¿Presenta síntomas de fiebre o escalofríos?	Fiebre igual o mayor a 38°C	Tos	¿Estreñimiento o diarrea?	¿Dolor de garganta?	¿Falta de aliento?	¿Trabaja en una embajada?	Firma del funcionario		
30-06-20	Livan Hernandez			NO	NO	36,3	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]		
30-06-20	Jorch Socha			NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]		
30-06-20	Sandra Izquierdo			NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]		
30-06-20	Sabola			NO	NO		NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]		
30-06-20	Herivel Perera			NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]		
30-06-20	Oscar Jimenez			NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]		
01-06-20	Diana Suarez	Med. Interna		NO	NO	35,9	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]		
01-06-20	Vanessa Challes	Def. Farmacia		NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]		
01-06-20	Cesar Duarte	Med. General		NO	NO	35,8	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]		
01-06-20	Linnabeth Cruz			NO	NO	36,1	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]		
01-06-20	Esneider Manabos			NO	NO	35,5	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]		
01-06-20	ANGELA TORRES	aux. OPON		NO	NO	36,0	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]		
01-06-20	Livan Dario H			NO	NO	36,4	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]		

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Ejecutora de Control y Vigilancia
 Unidad Central Nacional - 01000010303
VIGILADO



Salida Jersalud

Jersalud		FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIG-AM003 Versión: 2 May 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Responsabil.	Temperatura corporal (rectal)	Temperatura axilar	Fiebre igual o mayor a 38 °C	Tos	Resaca Respiratoria	Ornitosis	Falga y apopleja	¿Trabaja en área controlada?	¿Trabaja en área controlada?	Firma del funcionario	
26-06-20	Vanesa Kelly			NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Kelly	
26-06-20	Oriz Socha			NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]	
26-06-20	Lisella Gonzalez			NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]	
26-06-20	Delioha Kelly			NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]	
26-06-20	Sandra Lopez			NO	NO	35.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[Signature]	
26-06-20	ANGELA torres			NO	NO	36.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	AMT	

visitantes

Jersalud		FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIO ESTADO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES											FIG-AM003 Versión: 2 May 20 1 DE 1	
Fecha	Nombres y Apellidos del Trabajador	Cargo	Área de Responsabil.	Temperatura corporal (rectal)	Temperatura axilar	Fiebre igual o mayor a 38 °C	Tos	Resaca Respiratoria	Ornitosis	Falga y apopleja	¿Trabaja en área controlada?	¿Trabaja en área controlada?	Firma del funcionario	
01-07-20	Xuba Cardenas			NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Xuba	
01-07-20	Angela Velarde			NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Angela	
01-07-20	Lizeth Granados			NO	NO	35.6	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Lizeth	
01-07-20	Vivian Pineda			NO	NO	36.3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Vivian	
01-07-20	Samuel Silva			NO	NO	36.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Samuel	
01-07-20	Fabio Silva			NO	NO	35.9	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Fabio	
01-07-20	Sandra Leizaola			NO	NO	35.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra	
01-07-20	MARIA Lopez			NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Maria	
01-07-20	Leus Plaza			NO	NO	36.5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leus	
01-07-20	Katy Pelaez			NO	NO	36.2	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Katy	
01-07-20	Yrinalys Arnez			NO	NO	36.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yrinalys	
01-07-20	Sterdy			NO	NO	36.0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sterdy	

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



6.4 Informe Reporte diario sintomatología COVID-19 en plataforma ALISSTA Regional Boyacá, Meta y Casanare

REPORTESINTOMATOLOGIA COVID -19 JERSALUD S.A.S											
NIT EMPRESA	NOMBRE EMPRESA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TD TRABAJADOR	ID TRABAJADOR	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE DEPARTAMENTO TRABAJADOR	NOMBRE MUNICIPIO TRABAJADOR	SOSPECHOSO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 07:20:44	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 07:21:17	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 07:21:19	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 07:21:58	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	BOYACA	DUITAMA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 07:15:20	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 07:16:37	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 07:16:49	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 07:17:00	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 07:23:13	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 07:24:26	CC	46456242	ACERO	MARTINEZ	DIANA	PATRICIA	BOYACA	DUITAMA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 07:26:05	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 07:26:09	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 08:13:42	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 08:14:17	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 08:15:06	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 13:00:58	CC	39094408	FONSECA	JARAMILLO	LILIANA	CELEDONIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 08:00:20	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 08:00:39	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 12:07:00	CC	1049628122	AVENDANO	FAGUA	GLORIA	ISABEL	BOYACA	DUITAMA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 12:18:14	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 07:59:17	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 13:33:02	CC	1121925239	ZAMBRANO	ORDOÑEZ	ANA	MARGARITA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 13:39:51	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 13:47:49	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 07:32:10	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 11:39:25	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 11:40:50	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 11:46:26	CC	53081059	GARCIA	ARIAS	DEISSY	JEANNETH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 07:26:45	CC	40039607	NIÑO	HIGUERA	FANNY	ASTRID	BOYACA	TUNJA	NO



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



900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 10:40:44	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 10:51:03	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 10:58:15	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 07:06:54	CC	47440972	SARMIENTO	SANABRIA	MILBANY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 07:10:36	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 10:09:14	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 10:12:22	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 08:22:40	CC	1053776657	ARIAS	ARIAS	SANDRA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 14:14:28	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 14:19:09	CC	1010182835	PUNTES	ROMERO	IVAN	CAMILO	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 14:53:08	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 07:20:13	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 11:05:57	CC	46672428	ARAQUE	SOLANO	LINA	MILENA	BOYACA	DUITAMA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 11:13:58	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 11:28:35	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 13:01:12	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 13:07:16	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 13:21:56	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 07:19:32	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 10:17:22	CC	1049632618	PINZON	CASTIBLANCO	LINA	ALEJANDRA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 10:19:42	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 10:23:34	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 22:15:53	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 09:37:40	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 09:52:28	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 18:31:41	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 18:39:32	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 09:23:57	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 17:30:53	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 17:33:24	CC	40027046	AYALA	BARON	LUZ	AMPARO	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 17:58:43	CC	7180163	LORA	ESCONDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 06:09:16	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 08:36:33	CC	1049642865	RODRIGUEZ	NUMPAQUE	CLAUDIA	YANETH	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 08:41:10	CC	1080015590	CHARRIS	GAMERO	YURLEYS	VANNESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 08:38:47	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 07:44:47	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303

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 Julio**



900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 07:50:41	CC	1107054334	BOCANEGRA	MOSQUERA	DIEGO	FERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 09:01:36	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 10:07:05	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 17:59:49	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 11:33:04	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 11:40:39	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 11:45:03	CC	23323980	MOGOLLON	ANGARITA	NANCY		BOYACA	DUITAMA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 07:44:16	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 07:45:46	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 07:53:44	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	28/06/2020 08:19:47	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 08:26:45	CC	79728761	NAVARRO		VICTOR	MANUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 08:29:52	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 19:27:10	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 11:08:50	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 12:38:25	CC	12565313	MEJIA	CASTRO	JOSE	ROBERTO	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 05:57:57	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 06:08:56	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 17:59:35	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 12:04:29	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAIIDIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 12:06:02	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 12:06:59	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	28/06/2020 19:01:07	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 14:11:23	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 20:52:33	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 21:37:20	CC	1121837556	CASTRO	QUEVEDO	EDY	YOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 22:33:14	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 07:15:32	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 22:54:43	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 23:32:02	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	28/06/2020 06:53:37	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 08:52:57	CC	1019071171	REY	RODRIGUEZ	ADRIANA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 09:02:17	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	28/06/2020 10:08:36	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	28/06/2020 10:29:23	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 18:54:47	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Corrala Nacional: 018000910303

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 Julio**



900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 12:56:50	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	28/06/2020 16:32:08	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	28/06/2020 18:01:40	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 07:01:58	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 09:08:44	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 16:45:01	CC	1121912611	MARIN	BEDOYA	JEISSON	ALEXANDER	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	29/06/2020 17:50:50	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 07:21:39	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 07:22:39	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	29/06/2020 08:26:58	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 07:13:19	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 10:13:05	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAIIDIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 16:07:48	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 16:26:26	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 07:04:15	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 07:13:24	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 07:14:04	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 07:14:05	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 07:16:53	CC	40039607	NIÑO	HIGUERA	FANNY	ASTRID	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 08:16:44	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	29/06/2020 12:12:50	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 07:56:17	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 07:56:25	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	29/06/2020 18:22:33	CC	1121904619	BAUTISTA	OSPINA	ANA	PATRICIA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	29/06/2020 18:31:13	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	29/06/2020 19:18:11	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 08:33:27	CC	40218844	BELTRAN	MONTES	YULI	YOJANA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 18:27:11	CC	1121867640	BOCANEGRA	ANDRADE	JENNIFER	ALEXANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 07:35:12	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 07:37:03	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 07:40:12	CC	1054090740	JIMENEZ	ROJAS	OSCAR	HERNANDO	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	29/06/2020 10:43:19	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 07:43:38	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 07:44:15	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 11:31:35	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 08:02:34	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303

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 Julio**



900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 12:40:22	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 12:42:29	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 12:44:42	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	26/06/2020 23:27:29	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	29/06/2020 05:15:27	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	29/06/2020 06:28:54	CC	21190935	FLOREZ	GARZON	GLORIA	ISABEL	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 09:49:16	CC	1121859254	GALINDO	PARGA	PAOLA	ANDREA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 10:07:08	CC	52045168	MENDIETA	CONTRERAS	IMNA	YASMITHY	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	29/06/2020 21:39:00	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 14:36:26	CC	40331099	ARANGO	AMOROCHO	GINNA	KARINA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 14:37:36	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 08:43:34	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 08:23:08	CC	32612567	RIVERA	RAMOS	YARLINES	SUGEY	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 08:23:34	CC	1121937692	MARROQUIN	INFANTE	JENIFER		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 13:57:50	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	29/06/2020 16:25:21	CC	40250253	LOPEZ	TREJOS	MARIELA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	29/06/2020 17:06:11	CC	1119888832	CUESTA	LEGUIZAMON	YUDI	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 13:16:52	CC	1006733676	PONTON	PALACIOS	JESICA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 13:23:32	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 07:17:46	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 07:19:06	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 07:22:05	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 10:57:42	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 09:49:24	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 09:51:19	CC	1019071171	REY	RODRIGUEZ	ADRIANA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 09:53:16	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 18:36:09	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 07:59:26	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 08:02:07	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 12:06:43	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 22:29:58	CC	1121898940	ROJAS	CORREAL	MAIDA	FAISULY	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 07:09:06	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 10:24:18	CC	1053776657	ARIAS	ARIAS	SANDRA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 19:53:27	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 19:54:27	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 14:38:12	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAIIDIVY		META	VILLAVICENCIO	NO

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 Julio**



900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 14:42:36	CC	1053608206	CERCADO	AVELLA	DIANA	MARCELA	BOYACA	DUITAMA	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 14:44:23	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 15:08:49	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 06:37:46	CC	46672546	MALAVER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	28/06/2020 07:13:21	CC	1006878894	RAMOS	CALDERON	NUBIA		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 06:56:00	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 18:12:09	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	27/06/2020 11:17:24	CC	1053776657	ARIAS	ARIAS	SANDRA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	28/06/2020 21:16:18	CC	86064317	ALFONSO	DUQUE	EDWIN		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 09:15:09	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 17:36:48	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	28/06/2020 19:15:28	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 09:03:27	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 09:13:17	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 07:23:28	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 08:38:21	CC	40326034	ROJAS	HERRERA	JULY	CAROLINA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 15:31:29	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 15:35:45	CC	1049642865	RODRIGUEZ	NUMPAQUE	CLAUDIA	YANETH	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 07:07:53	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 14:22:19	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 14:22:32	CC	46456242	ACERO	MARTINEZ	DIANA	PATRICIA	BOYACA	DUITAMA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 07:51:04	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 07:51:53	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 12:52:28	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 12:53:11	CC	1118570378	CEDEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 06:49:52	CC	46672546	MALAVER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 08:42:30	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 07:16:37	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 07:17:44	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 07:21:34	CC	1052399313	BETANCUR	BECERRA	ZULMA	YARITH	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 07:22:06	CC	12565313	MEJIA	CASTRO	JOSE	ROBERTO	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 07:25:11	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 07:25:50	CC	40039607	NIÑO	HIGUERA	FANNY	ASTRID	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 07:25:55	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 07:31:01	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 13:26:08	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303

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 Julio**



900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 13:26:44	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 13:34:32	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		BOYACA	DUITAMA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 09:31:08	CC	40325398	LARRANAGA	DIAZ	ANGELICA	MARIA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 09:02:37	CC	1049614089	RIVERA	GUTIERREZ	SEBASTIAN		BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 17:01:05	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 17:03:51	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 10:26:27	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 18:17:09	CC	7180163	LORA	ESCANDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 18:32:08	CC	46458143	TRIANA	TRIANA	HIDALY		BOYACA	DUITAMA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 08:57:45	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 08:59:02	CC	1052410687	CEPEDA	HIGUERA	EVELYN	LUCIA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 07:09:45	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 07:10:29	CE	531407	DOMINGUEZ	MARTINEZ	ARMANDO	ISMAEL	BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 07:12:17	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 09:54:28	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 07:23:02	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 20:39:41	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 09:17:06	CC	79536444	RODRIGUEZ	RAMIREZ	LENIN		BOYACA	DUITAMA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 09:19:11	CC	1019071171	REY	RODRIGUEZ	ADRIANA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 11:40:21	CC	74370203	HIGUERA	REYES	JUAN	CESAR	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 08:15:01	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 12:33:02	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 12:42:58	CC	1118570378	CEDIEL	PATIÑO	MARIA	NATALIA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 13:14:34	CC	32775986	DE AGUAS	VALENCIA	ELIDA	MARIA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 13:28:23	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 13:35:38	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 13:42:10	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 07:41:29	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 08:06:51	CC	1052020668	ESTEVEZ	MARTINEZ	DEISY	LILIANA	BOYACA	SOATA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 12:06:40	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 12:20:36	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 10:52:30	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 11:01:22	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 11:12:37	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 11:16:38	CC	1121916803	FALLA	MUNEVAR	SEBASTIAN		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 08:01:29	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303

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 Julio**



900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 08:04:12	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 17:15:26	CC	52963532	SALAMANCA	ROJAS	MONICA	FERNANDA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 17:36:21	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 19:55:28	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 14:37:21	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 14:39:23	CC	1043000119	PATIÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 15:11:58	CC	1120865481	GAITAN	PENAGOS	WINDY	JANETH	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 09:43:55	CC	53067258	VELASQUEZ	CALDERON	NELSY	PATRICIA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 18:36:00	CC	7180163	LORA	ESCONDON	JOHN	JAIRO	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 18:38:42	CC	72205029	MOLINA	VELA	JOSE	GREGORIO	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 18:57:48	CC	41242448	RAMIREZ	CASTAÑEDA	CLAUDIA	YANNETH	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 09:25:03	CC	1045725343	PUPO	MORENO	MELISSA		BOYACA	GUATEQUE	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 09:25:51	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 20:53:00	CC	1122123786	VILLALOBOS	ACOSTA	DINA	LUZ	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 21:34:39	CC	79728761	NAVARRO		VICTOR	MANUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 07:22:32	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 14:26:18	CC	86080094	ROMERO	RAMIREZ	JOSE	ADELMO	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 14:27:44	CC	1057585417	VARGAS	BARRERA	DEISY	YAMILE	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 07:09:53	CC	40044574	MAYORGA	ROJAS	DORIS		BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 18:51:46	CC	1121837556	CASTRO	QUEVEDO	EDY	YOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 18:52:52	CC	1049628122	AVENDANO	FAGUA	GLORIA	ISABEL	BOYACA	DUITAMA	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 07:25:48	CC	46361131	MONTAÑEZ	AFRICANO	CLAUDIA	ISABEL	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 07:26:44	CC	1052314070	GUTIERREZ	MARTINEZ	JENNY	GABRIELA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 18:01:39	CC	1080015590	CHARRIS	GAMERO	YURLEYS	VANNESSA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 18:26:10	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 07:38:41	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 07:40:31	CC	46455020	QUINTERO	TORRES	MILENA	ANDREA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 10:15:55	CC	1121846960	TELLEZ	CABALLERO	GRECIA	YAJAYRA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 10:18:17	CC	1121859254	GALINDO	PARGA	PAOLA	ANDREA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 20:12:21	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 08:04:53	CC	1020752786	GANTIVA	DAZA	DIANA	ROCIO	BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 15:16:50	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 07:36:02	CC	1002526470	BALLEN	ROMERO	YENNIFER	KATHERINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 07:36:05	CC	24080048	ACEVEDO	SALAZAR	ALIX	MARGARITA	BOYACA	SOATA	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 07:36:05	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 10:28:37	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303

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 Julio**



900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 10:32:29	CC	1121889427	GUERRA	VARGAS	NAIRA	LISBETH	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 10:38:40	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 08:29:40	CC	1019071171	REY	RODRIGUEZ	ADRIANA	LORENA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 08:59:16	CC	1118533308	RINCON	NOCUA	JENNY	JOHANA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 07:21:07	CC	1073380836	BALLESTEROS	SALGADO	GLORIA	JACKELINE	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 07:22:08	CC	1049632802	REYES	CAMARGO	MARIA	PAULA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 09:38:11	CC	40389814	LINARES	CARDENAS	OLGA	SOLEDAD	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 07:46:58	CC	1053338976	BUITRAGO	SANABRIA	LEIDY	JOANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 07:47:54	CC	1053348179	SUAREZ	SIMIJACA	JULIANA	ANDREA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 07:50:09	CC	46370222	BENAVIDES	PENAGOS	MARIA	CONSTANZA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 10:41:14	CC	1120502833	CAÑÓN	REINA	JESSICA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 12:51:29	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 13:07:21	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 07:53:55	CC	1049631798	HERNANDEZ	HERNANDEZ	DEISY	CAROLINA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 07:58:07	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 11:37:13	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 11:47:14	CC	1122130462	TORO	PINEDA	YEIMI	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 07:11:34	CC	1120498277	BARON	QUINTERO	DIEGO	ANDRES	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 09:25:12	CC	1082896913	SAUCEDO	RUIDIAZ	ERIKA	DAYANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	30/06/2020 17:46:58	CC	46672546	MALAYER	AVENDANO	SANDRA	BEATRIZ	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 07:44:35	CC	1053348812	CARDENAS	HERNANDEZ	MILADY	MELISSA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 07:45:23	CC	1053340626	RONCANCIO	BALLEN	SHIRLEY	ELIANA	BOYACA	CHIQUINQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 17:46:45	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 12:54:41	CC	1234791356	GONZALEZ	CASTILLO	DAYANA	LICETH	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 13:04:21	CC	9396880	RODRIGUEZ	SALAMANCA	GIOVANNI	FRANCISCO	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 13:07:25	CC	1121905645	AVILA	GOMEZ	SANDRA	YAMILE	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 08:58:47	CC	1052403488	BOSIGAS	AGUERO	ERIKA	JOANA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 10:16:27	CC	1122120131	PIRABAN	PEREZ	NOHORA	ALEJANDRA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 10:17:40	CC	52776902	ROMERO	BERNAL	HAIIDIVY		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 10:17:46	CC	1054682570	SAENZ	RUIZ	LEIDY	YASMITH	BOYACA	MONIQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 10:32:50	CC	1121926625	MELO	GONZALEZ	KAREN	EMILIA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 07:28:06	CC	46378245	TORRES	ACEVEDO	SANDRA	MILENA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 14:26:28	CC	40392862	SABOGAL	ARIAS	YAMILE		META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 14:31:36	CC	1043000119	PATÍÑO	ROMERO	SANDRA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 14:33:01	CC	43920473	ROJAS	GOMEZ	MIRIAM	LILIANA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 09:38:56	CC	1007449166	CARREÑO	RAMIREZ	ANGIE	DANIELA	META	VILLAVICENCIO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea Correo Nacional: 018000910303

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 Julio**



900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 06:24:52	CC	1121933152	VELASQUEZ	BETANCOURT	LINA	FERNANDA	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 06:35:48	CC	40446687	GUERRERO	OBANDO	ÑUZ	ESPERANZA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 06:37:56	CC	40448789	MURILLO	HERRERA	MARIA	OLINDA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 10:32:57	CC	1110581358	BONILLA	MENDEZ	MARIA	JOSE	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 10:33:13	CC	1120504110	LONDOÑO	DUEÑAS	AURA	CRISTINA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 11:07:03	CC	1120364043	SANCHEZ	ALBA	DIANA	MARCELA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 10:50:51	CC	1014278902	MATEUS	GARZON	MARIA	FERNANDA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 10:53:58	CC	23552508	SERRANO	AVENDAÑO	FLOR	ISABEL	BOYACA	SOATA	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 10:59:03	CC	63362434	NARVAEZ	RUIZ	MARCELA	SOFIA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 11:05:26	CC	33676330	CAICEDO	AVILA	FANNY	MARLENY	BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 12:29:53	CC	1121829774	GOMEZ	LEON	DARWIN	MIGUEL	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 12:40:05	CC	12565313	MEJIA	CASTRO	JOSE	ROBERTO	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 12:48:03	CC	1121862132	GARCIA	ALVAREZ	MERY	YADIRA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 11:52:33	CC	33676746	CAMELO	SUAREZ	MERY		BOYACA	GARAGOA	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 11:55:45	CC	1049616557	FLOREZ	ALVAREZ	MONICA	PAOLA	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 13:23:48	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 13:24:08	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 13:26:54	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 14:49:58	CC	1121838406	NAVARRO	ARANGO	MARIA	EMILSEN	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 14:51:58	CC	1124023697	DURAN	IGUARAN	JOEL	ANTONIO	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 14:56:01	CC	40038562	MORENO	AYALA	MARIA	ISABEL	BOYACA	TUNJA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 15:50:41	CC	63529281	BLANCO	ARENAS	IVONNE	ANDREA	BOYACA	MONIQUIRA	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 15:52:12	CC	1118553056	RAMIREZ	PARRA	ARLYN	IVETTE	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 08:18:47	CC	46366015	ROMERO	LOPEZ	ANA	ROSA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 13:32:50	CC	40397178	BOTIA	HERNANDEZ	ZULMA	YOMARA	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	01/07/2020 12:22:18	CC	35262590	CARVAJAL	MORENO	BLANCA	LI	META	VILLAVICENCIO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 15:56:10	CC	1052020668	ESTEVEZ	MARTINEZ	DEISY	LILIANA	BOYACA	SOATA	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 16:38:33	CC	1049632618	PINZON	CASTIBLANCO	LINA	ALEJANDRA	BOYACA	SOGAMOSO	NO
900622551	JERSALUD SAS	02/07/2020 16:41:51	CC	20546130	REINA	REINA	ANA	BEATRIZ	META	VILLAVICENCIO	NO

VIGILADO
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Línea de Control Nacional: 018000910303

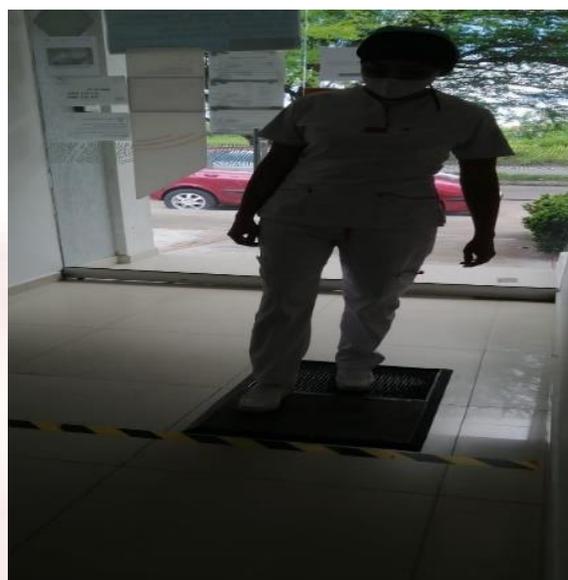
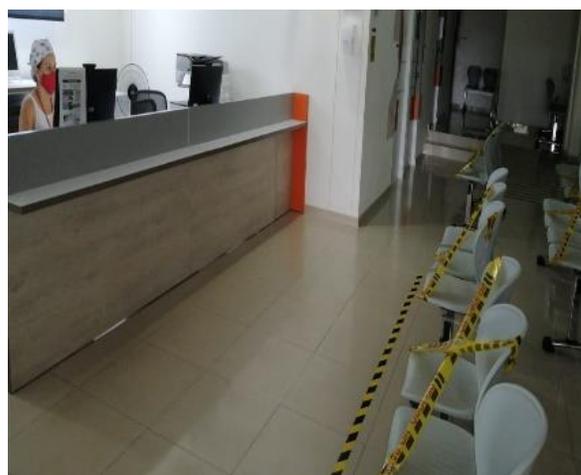
www.jersalud.com

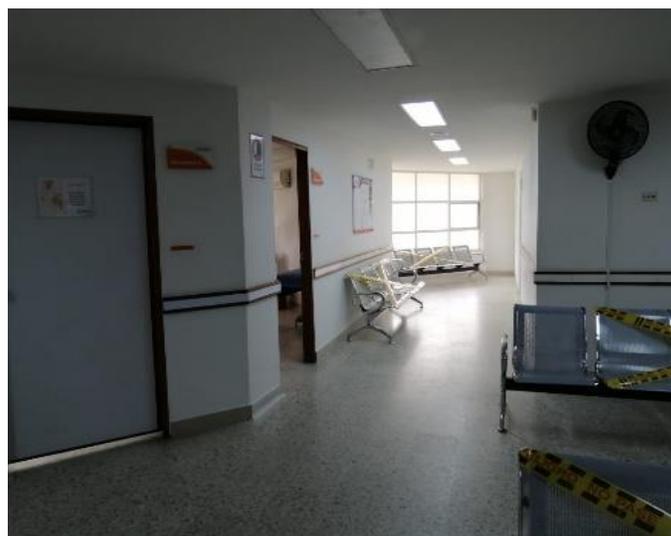


“Reciclar es el valor de la responsabilidad por preservar los recursos naturales, sólo imprima este documento de ser necesario”



6.2 Evidencia fotográfica aplicación registro fotográfico protocolos de Bioseguridad





VIGILADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Atención al Ciudadano: 01800091030
Línea de Consulta: 01800091032

www.jersalud.com





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"



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 JULIO 02 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS		N° GAFAS	N° GORROS	N° GUANTES DE LATEX DISCRIMINADO POR TALLAS	N° BATAS MANGA LARGA	N° POLAINAS	N° KIT PARA TOMA DE MUESTRAS COVID-19
		CONVENCIONAL	N95						
1	JERSALUD SAS DUITAMA	145	10	4 MONOGAFAS - 3 CARETAS	150	TALLA M 300 TALLA S 500	60	20	6
2	JERSALUD SAS - SOGAMOSO	89	15	3 MONOGAFAS - 3 CARETAS	80	TALLA M - 500	80	20	3
3	JERSALUD SAS - TUNJA	200	15	4 MONOGAFAS - 3 CARETAS	250	TALLA M - 400	150	20	7
4	JERSALUD SAS - CHIQUINQUIRA	230	13	3- MONOGAFAS - 3 CARETAS	210	TALLA M 800	50	20	3
5	JERSALUD SAS - MONIQUIRÁ	80	10	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	120	TALLA S - 100	50	20	2
6	JERSALUD SAS - GARAGOA	80	4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	120	TALLA M 130	60	20	2
7	JERSALUD SAS - GUATEQUE	80	4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	150	TALLA M 150	40	20	2
8	JERSALUD SAS - SOATA	80	4	4 MONOGAFAS - 2 CARETAS	150	TALLA S - 120	60	20	2
9	JERSALUD SAS - ALMACEN	800	60	0	100	TALLA S = 700 - TALLA M=600	400	100	45

7.1.2 Inventario EPP Regional Meta

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A JULIO 03 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS		N° GAFAS	N° GORROS	N° GUANTES DE LATEX DISCRIMINADO POR TALLAS	N° BATAS MANGA LARGA	N° POLAINAS	N° KIT PARA TOMA DE MUESTRAS COVID-19
		CONVENCIONAL	N95						
1	JERSALUD SAS - VILLAVICENCIO	7950	05	5	115	120 TALLA M – 130 TALLA S	30	170	16
2	JERSALUD SAS - PUERTO GAITAN	02	06	3	18	32 TALLA M	05	41	2
3	JERSALUD SAS - PUERTO LOPEZ	10	06	3	28	30 TALLA M	19	40	2
4	JERSALUD SAS - GRANADA	25	08	7	25	73 TALLA M	28	42	2
5	JERSALUD SAS - ACACIAS	26	09	5	26	72 TALLA M	30	43	2

7.1.3 Inventario EPP Regional Casanare

DISPONIBILIDAD DE ELEMENTOS - CORTE A JULIO 2 DE 2020									
N° DE ORDEN	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	N° TAPABOCAS		N° GAFAS	N° GORROS	N° GUANTES DE LATEX DISCRIMINADO POR TALLAS	N° BATAS MANGA LARGA	N° POLAINAS	N° KIT PARA TOMA DE MUESTRAS COVID-19
		CONVENCIONAL	N95						
1	JERSALUD SAS – YOPAL	175	15	1	100	23	50	36	5



7.2 Proyección adquisición EPP

7.2.1 Proyección adquisición EPP Regional Boyacá

Fecha Impresión: jueves, 02 de julio de 2020 14:18

Página 1/1

FARMAQUIRUGICOS JM S.A.S

Nit: 900433437

ORDEN DE TRASLADO 0000000308

Datos Generales

Almacén Origen: 0002 - BOG FQX - ALMACEN INVENTARIO BOGOTA **Fecha:** 19/06/2020
Almacén Destino: 0037 - BOG JER FACTURACION JERSALUD GRAL **T. Orden:** Traslado
Nombre Tercero: **Estado:** Confirmado

Cód. Prod	Nombre Producto	Forma Farmaceutica	Lote	U. Medida	C. Despachar	Vr. Unitario	Vr. Total
300102473	ALCOHOL ANTISEPTICO GALON			UNIDAD	4	\$ 24.449	\$ 97.796
300109620	BATA DESECHABLE MANGA LARGA			UNIDAD	200	\$ 10.500	\$ 2.100.000
300107901	MASCARILLAS DESECHABLES TAPABOCAS DE TIRAS			UNIDAD	500	\$ 1.100	\$ 550.000
300107884	TAPABOCAS N-95 (LIFE)			UNIDAD	5	\$ 8.500	\$ 42.500

Total Orden De Traslado : \$ 2.790.296

Detalle: Traslado solicitado por el analista Manuel Gonzalez @ recibido 19 junio 2020

Almacén

Recibí

COPIA No. 2



7.2.2 Proyección adquisición EPP Regional Meta

	SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA
---	--

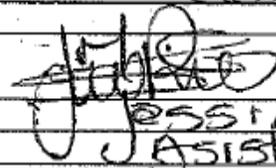
SUCURSAL/SEDE: VILLAVICENCIO FECHA: 30/06/2020

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

ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
10	BATA QUIRURGICA	MANGA LARGA X 10U	31
14	CURAS REDONDAS	CAJA	1
25	GORROS	BOLSA X 100U	16
26	GUANTES DE MANEJO	TALLA S	5
27	GUANTES DE MANEJO	TALLA M	5
42	MICROPORE 2.5CMX9,1YD	CAJA	12
43	MICROPORE 2X10YD	CAJA	12
45	SABANAS	90X2 BOLSA X10 U	2
47	TAPA BOCAS	CAJA X 50U	1200
48	TAPA BOCAS N95	CAJA	190
57	ALCOHOL GALON	GALON	7
59	GEL ANTIBACTERIAL	FRASCO X LITRO	5
68	SOLUCION SALINA 0,9%-100ml	BOLSA	30
71	CIDEX OPA	GALON	2

FIRMAS

SOLICITADO POR

FIRMA	
NOMBRE	Olga Soledad Linares C
CARGO	Coordinadora de Jersalud
RECIBIDO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	JESSICA CARON
CARGO	Asistente Admin
APROBADO POR:	
FIRMA	
NOMBRE	
CARGO	

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Operativa - Oficina General de Asesoría Jurídica
 Calle Comuna Nacional, 05000193032
VIGILADO



	SOLICITUD DE ARTICULOS DE PAPELERIA
---	--

SUCURSAL/SEDE: VILLAVICENCIO FECHA: 02/07/2020

UNIDAD	SERVICIO DE ATENCION DOMICILIARIA
CENTRO DE COSTO	
UBICACIÓN	

ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
8	APLICADORES DE ALGODÓN	PQUETE X 20U	20
11	COMPRESAS	BOLSA	2
21	FIXIMURT	NA	2
23	GASAS ESTERIL	PQUETE X 24U	40
26	GUANTES DE MANEJO	TALLA S	10
27	GUANTES DE MANEJO	TALLA M	30
30	GUANTES QUIRURGICOS	TALLA 7,5 CAJA	3
31	GUANTES DE VNYLO	TALLA M CAJA	10
36	JERINGAS X 10CC	CAJA	6
39	JERINGAS X 60 CC -CAJA X 20 UNIDADES	CAJA	6
40	JERINGAS X 5CC	CAJA	1
49	TAPA BOCAS	CAJA	30
50	TAPA BOCAS N95	CAJA	20
54	VENDAS ELASTICAS	BOLSA	10
58	ALCOHOL GALON	GALON	1
60	GEL ANTIBACTERIAL	FRASCO	30
64	JABON QUIRURGICO	FRASCO X 120 ml	5
66	JABON ANTIBACTERIAL	500 ml	30
69	SOLUCION SALINA 0,9% x500 ML	BOLSA	30
70	SOLUCION SALINA 0,9%-100ml	BOLSA	10
76	ISODINE ESPUMA	FRASCO	2
81	SONDA NELATON # 8		100
82	SONDA NELATON # 10		60
85	BAJALENGUAS PLASTICO	AQUETE X 20 UNIDADES	7
86	MASCARA PARA MICRONEBULIZACION ADUL	TALLA M	15
88	TRAJE PARA CIRUGIA MANGA CORTA TALLA M		20
89	OVEROL ANTIFLUIDOS TALLA M		20
93	BROMURO DE IPRATROPIO	SOLUCION PARA INHALACION	3
94	ISOPOS DE MADERA	PAQUETE X20 UN	10
95			
96			

FIRMAS

FIRMA
NOMBRE
CARGO

SOLICITADO POR
Ruth Mary Baquero M.
 Enfermera
 Ruz. 0481



FIRMA
NOMBRE
CARGO

RECIBIDO POR:

JESSICA CARON
 ASISTENTE Admin.
 APROBADO POR:

FIRMA
NOMBRE
CARGO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 Unidad Central Nacional - 01800010303
VIGILADO



7.2.3 Proyección adquisición EPP Regional Casanare

SOLICITUD COTIZACION DE INSUMOS			
SUCURSAL/SED E: <u>Yopal</u>		FECHA: <u>02/07/2020</u>	
UBICACIÓN	Calle 40 N° 23-99		
ITEM	DETALLE	UNIDAD	CANTIDAD
1	TERMOMETRO DIGITAL	UNIDAD	1
3	SABANAS AZUL CON CAUCHO *10 UNIDADES	PAQUETE	10
4	BATAS DESECHABLE MEDICO CON MANGAS	UNIDAD	60
5	GEL ANTIBACTERIAL EN DISPENSADOR	UNIDAD	10
6	GASA ESTERIL NO TEJIDA *2 uni	PAQUETE	20
7	CONOS PARA OTOSCOPIO * 20 UNI	PAQUETE	10
8	LIDOCAINA SIN EPINEFRINA AL 2%	FRASCO	0
9	CITOKITS	UNIDAD	100
10	GUANTES QUIRURGICOS TALLA M	CAJA	5
11	TAPABOCAS N95	UNIDAD	30
12	CAJA DE TAPABOCAS DESECHABLE	CAJAX100U	4
13	ALCOHOL	GALON	2
14	VENDAS ELASTICAS 5" X 5 YARDAS	UNIDAD	3
17	EUCIDA ADVANCE 750 ML	FRASCO	1
18	GORROS QUIRURGICOS	UNIDAD	100

Página 1



8. EVIDENCIAS SOLICITUD APOYO ARL PARA ADQUISICIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Evidencia Entrega de EPP por parte de ARL Positiva



Analista SST - Gabriela Gutierrez
Lun 08/06/2020 11:12

Para: Diana Vivian Daza Mosquera <diana.daza@positiva.gov.co>

CC: Dra. Patricia Velasquez; Diany Duarte; Eliana Araque; Karen Melo; Analista SST - Aura Londoño; Asistente TH Yopal; ASISTENTE ADMINISTRATIVO <asistentea.jersalud@gmail.com> y 1 usuarios más

FICHA TECNICA GUANTES DE...
157 KB

Buen día
Cordial saludo
Estimada Asesora Diana Daza ARL Positiva

El día de hoy recibimos los elementos de protección personal EPP por parte de ARL Positiva en el cual recibimos los artículos relacionados a continuación:

20 cajas de Guantes de látex por 100 unidades
100 Unidades de gel antibacterial por 120 ml

Agradezco enormemente su gestión para la llegada de estos.

Cordialmente,



Jenny Gabriela Gutiérrez Martínez
Analista SST Jersalud S.A.S Regional Boyacá
Cel. 3122584435
Carrera 6 # 64B-195 Oficina 210
Centro Comercial Nogal Plaza
Tunja Boyacá

9. EVIDENCIA SOLICITUD APOYO ARL PARA EL TAMIZAJE CON PRUEBAS RAPIDAS PARA COVID-19.

LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19

Karen Melo
Jue 11/06/2020 9:51
Para: Analista SST - Aura Londoño; diana.daza@positiva.gov.co
CC: Eliana Araque; Coord Calidad - Sandra Peñalosa; asistenteTH Jersalud - AsistenteTH.Yopal@jersalud@outlook.com

GIPS21 (3).pdf
690 KB

Buenos días
Señora
DIANA DAZA
ARL POSITIVA

teniendo en cuenta los LINEAMIENTOS PARA EL USO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS 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 11:

10. 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 pebeteros de pacientes con COVID-19, Unidades de Cuidado Intensivo adulto, pediátrica y neonatal y Unidades de cuidado intermedio adulto y pediátrica, 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 este 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.
- Para los demás servicios se considera prueba rápida serológica de Anticuerpos IgG/IgM cada mes.

13.3 Pruebas que se realicen en el marco de acciones de búsqueda activa:

GRUPO POBLACIONAL	QUEEN REALIZA LA PRUEBA	QUEEN CUBRE EL COSTO DE LA PRUEBA SEROLÓGICA	QUEEN CUBRE EL COSTO DEL AISLAMIENTO
Población y Fuerzas militares	Prebitor de Servicios de Salud o prestador (físico o jurídica)	Regimen especial FPM - pública	Regimen especial FPM - pública
Población privada de la libertad	Prebitor de Servicios de Salud o prestador (físico o jurídica)	Fondo Nacional de Salud de la PPL	Fondo Nacional de Salud de la PPL
Personas que son cuidadas en Centros de Salud o prestador (físico o jurídica)	Prebitor de Servicios de Salud o prestador (físico o jurídica)	Entidad territorial	Entidad territorial

Para: 19 de 21

Una vez descargado este documento de control de copia de seguridad

ASISTENTE ADMINISTRATIVO

GESTIÓN DE LAS INTERVENCIÓNES REGIONALES Y COLECTIVAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD TRANSMISIDA POR EL VIRUS SARS-CoV-2 (COVID-19) EN COLOMBIA

GRUPO POBLACIONAL	QUEEN REALIZA LA PRUEBA	QUEEN CUBRE EL COSTO DE LA PRUEBA SEROLÓGICA	QUEEN CUBRE EL COSTO DEL AISLAMIENTO
Población habitante de calle	Prebitor de Servicios de Salud o prestador (físico o jurídica)	Entidad territorial	Entidad territorial
Población residente en albergues	Prebitor de Servicios de Salud o prestador (físico o jurídica)	Entidad territorial	Entidad territorial
Población indígena	Prebitor de Servicios de Salud o prestador (físico o jurídica)	Entidad territorial	Entidad territorial
Otras poblaciones prioritarias por las autoridades de salud pública	Prebitor de Servicios de Salud o prestador (físico o jurídica)	Entidad territorial	Entidad territorial
Personas en alta intensidad en virtud de sus actividades, que son cuidadas en Centros de Salud o prestador (físico o jurídica)	Prebitor de Servicios de Salud o prestador (físico o jurídica)	Emprendedor a las cuales se les cubren los costos en la ARL o EPS o la EPS	Emprendedor a las cuales se les cubren los costos en la ARL o EPS o la EPS
Personas que son cuidadas en Centros de Salud o prestador (físico o jurídica)	Prebitor de Servicios de Salud o prestador (físico o jurídica)	ARL	ARL
Trabajadores de la salud	Prebitor de Servicios de Salud o prestador (físico o jurídica)	ARL	ARL

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
3132791800



LINEAMIENTO DE PRUEBA RAPIDA PARA COVID-19

1

D

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

<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_TW.jpg
 https://www.positiva.gov.co/la-compania/Compania/ArchivosMaillings/FIRMA_YT.jpg

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 <piEDAD.angarita@boyaca.gov.co>

Cc: Dra. Patricia Velasquez <GerenciaBoyaca@jersalud.com>; Coordinacion Sogamoso <Coord.Sogamoso@jersalud.com>; prestacionsalud.alcsogamoso@gmail.com <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.



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 desalojarlo de su sistema.

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 Ginecología, 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 Rodríguez Pérez



mpp

SC - CER132375

NIT.891800346 - 1

Calle 19 N° 9 - 95 cuarto piso edificio municipal,
Tunja, Boyacá - 740 57 70 ext. 1720 • proteccionsocial@tunja.gov.co
• 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.

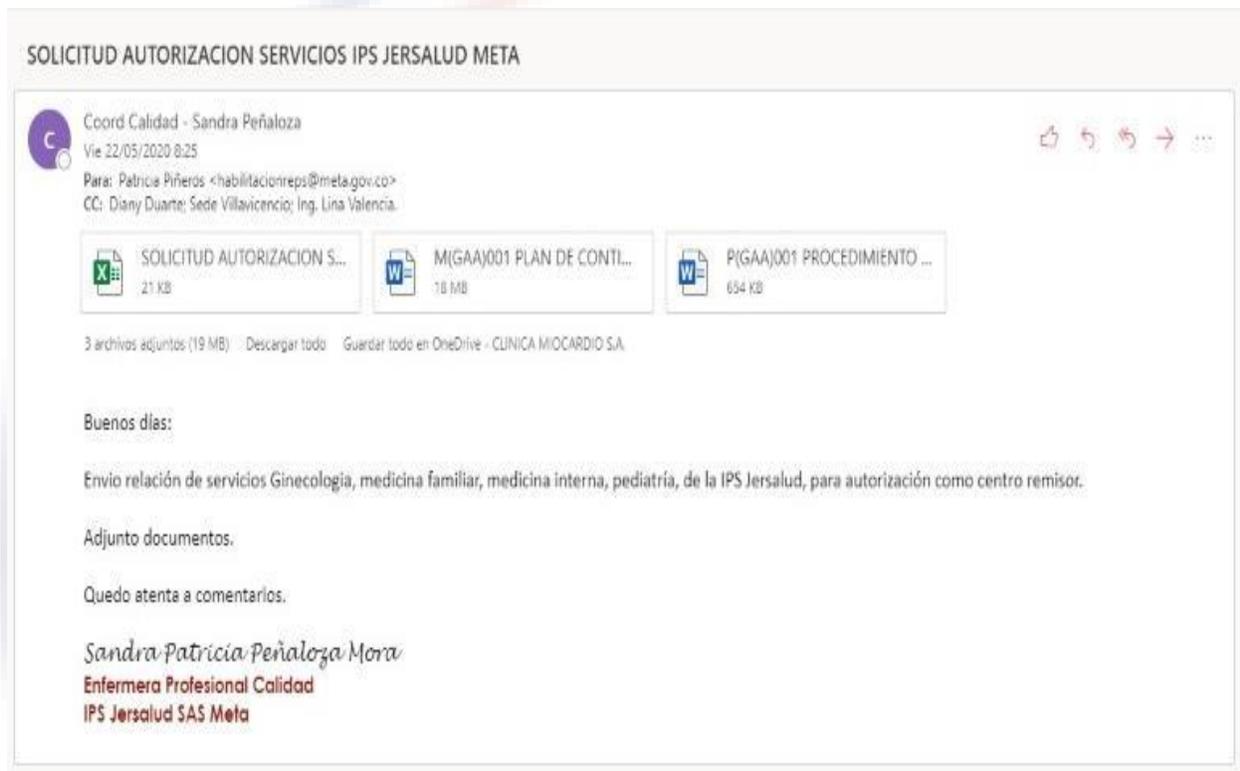
Agradezco la atención y oportuna respuesta.

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

📎 8 ▼ 📧



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



The screenshot shows the Jersalud S.A.S. website interface. At the top right, there is a navigation menu with links: INICIO, NOSOTROS, ATENCIÓN AL USUARIO, CONTACTENOS, and SOPORTE. Below the navigation menu is a dark blue header with the Jersalud S.A.S. logo and the text "Informe Bioseguridad". On the left side, there is a vertical list of eight PDF documents, each with a red PDF icon and the text "Informe General Bioseguridad" followed by a number from 1 to 8. On the right side, there is a large image showing a microscopic view of cells, likely related to biosecurity or health.

12.2 Link de ingreso publicación informe Bioseguridad en pagina web Jersalud S.A.S

<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%20UNIO.pdf>

<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%202%20UNIO.pdf>

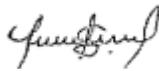
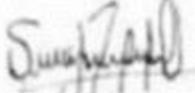
<http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%203%20UNIO.pdf>

[http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20UNIO\(2\).pdf](http://jersalud.com/pdf/INFORME%20GENERAL%20BIOSEGURIDAD%20SEMANA%204%20UNIO(2).pdf)

www.jersalud.com



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	
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	

